

**KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİ
TEKNİKLERİ VE PSİKOEĞİTİMİN
ŞİZOFRENİ HASTA AİLELERİNDE
ÖZ-ETKİLİLİK VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

Hatice DURMAZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayşe OKANLI**

Doktora Tezi-2015

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİ TEKNİKLERİ VE
PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTA AİLELERİNDE
ÖZ-ETKİLİLİK VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

Hatice DURMAZ

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

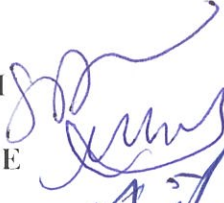
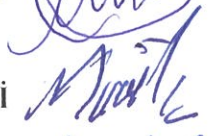
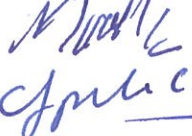
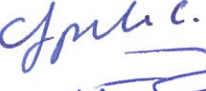
**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayşe OKANLI**

**ERZURUM
2015**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİ TEKNİKLERİ VE
PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTA AİLELERİNDE ÖZ-
ETKİLİLİK VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

Hatice DURMAZ

Tez Savunma Tarihi:	20.11.2015
Tez Danışmanı:	Doç. Dr. Ayşe OKANLI 
Jüri Üyesi :	Doç. Dr. Ayşegül BİLGE 
Jüri Üyesi :	Doç. Dr. Meral KELLECI 
Jüri Üyesi :	Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK 
Jüri Üyesi :	Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM-2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şizofreni.....	5
2.2. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi.....	13
2.3. Psikoeğitim	21
2.4. Öz-Etkililik Kavramı	22
2.5. Bakım Yüğü Kavramı.....	24
2.6. Şizofreni Hasta ve Ailelerinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	27
3. MATERYAL VE METOT.....	29
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
KAYNAKLAR	72
EKLER	87
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	87
EK-II. OLGU SUNUMLARI	88
EK-III. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	91
EK-IV. ÖZ ETKİLİLİK YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	92

EK-V. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ	93
EK-VI. KİŞİLERARASI İLİŞKİLER ENVANTERİ.....	94
EK-VII. KİŞİLERARASI PSİKOTERAPİ TEMEL EĞİTİM SERTİFİKASI.....	95
EK-VIII.KİŞİLERARASI PSİKOTERAPİ MODÜLER EĞİTİM SERTİFİKASI	96
EK-IX. TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZISI.....	98
EK-X. ETİK KURUL ONAY FORMU.....	99
EK-XI. TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI.....	100

TEŞEKKÜR

Lisanstan başlayarak beni doktora savunmaya kadar taşıyan, her zaman bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım çok kıymetli hocam Doç. Dr. Ayşe OKANLI'ya,

Tez izleme komitesinde yer alan ve önerileriyle bu tezin hazırlanmasına önemli katkılarda bulunan saygıdeğer hocalarım Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ ve Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a

Savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran değerli hocalarım Doç. Dr. Meral KELLEÇİ ve Doç. Dr. Ayşegül BİLGE'ye,

Sıkıştığım her noktada güler yüzüyle bana umut aşılayan çok değerli hocam ve arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Ayla ÇAPIK'a,

Araştırmanın uygulanabilmesi için destek veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve araştırmama katılmayı kabul eden şizofreni hasta bakım vericilerine,

Sevgisiyle ve duasıyla hayatıma yön veren manevi babam Sermet GÖK'e ve her anımda yanımda olan canım AİLEM'e sonsuz teşekkür ederim.

Hatice DURMAZ

ÖZET

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi (KİPT) Teknikleri ve Psikoeğitimin Şizofreni

Hasta Ailelerinde Öz-Etkililik ve Bakım Yüküne Etkisi

Amaç: Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine uygulanan iki farklı girişimin öz etkililik ve bakım yüküne etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot: Ön test-son test, kontrol grubu düzeninde yarı deneysel bir çalışma olarak yürütülen bu araştırmanın evrenini Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni hastalarına bakım veren ve araştırma kriterlerini taşıyan tüm aile üyeleri (98) oluşturmuştur. Örneklemi ise bu aileler içinden randomize olarak seçilen 21 hasta ailesi oluşturmuştur. Araştırmaya alınan aile üyeleri iki deney bir kontrol olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Girişim olarak birinci gruba kişilerarası ilişkiler terapi teknikleri ve psikoeğitim birlikte uygulanmıştır. İkinci gruba ise yalnızca psikoeğitim uygulanmıştır. Görüşmeler, 4 haftası sürdürüm tedavisi olmak üzere toplam 16 haftada tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında "Sosyodemografik Veri Formu", "Kişilerarası İlişkiler Envanteri", "Öz Etkililik Ölçeği" ve "Bakım Yüğü Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar ve aritmetik ortalama, kontrol değişkenlerini belirlemek için ki-kare ve Kruskal Wallis testi, grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarda Fridman ve Kruskal Wallis testleri, ileri analizlerde ise Wicoxon ve Dunnett'3 testleri yapılmıştır.

Bulgular: Girişimlerden önce benzer olan iki grubun girişim sonunda davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama, engellerle mücadele bileşenleri ile toplam öz etkililik son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucu Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi teknikleri ve psikoeğitim

uygulanan grupta öz etkililik puanının yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım yükü ölçeği toplam son test puan ortalamaları arasındaki sonuçlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$), yapılan ileri analiz sonucu Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi ve psikoeğitim uygulanan aile üyelerinin bakım yükü puanlarında, yalnızca psikoeğitim uygulanan aile üyelerinin ve kontrol grubunda yer alan aile üyelerinin puanlarına göre daha fazla azalma olduğu saptanmıştır.

Sonuç: 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.

Anahtar Kelimeler: Bakım Yüğü, Hemşirelik, Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi, Öz etkililik, Psikoeğitim

ABSTRACT

Effects of Interpersonal Psychotherapy (IPT) Techniques and Psychoeducation on Self-Efficacy and Care Burden in Families of Patients with Schizophrenia

Aim: This study aims to investigate the effects of two different interventions on the self-efficacy and care burden in caregiver family members of patients with schizophrenia

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted with pre-test/post-test control group design; and, the study population consists of caregiver family members (n=98) of patients with schizophrenia who met the research criteria and registered in Community Mental Health Center in the Province of Erzurum, Turkey. The sample consisted of 21 families of patients selected randomly among these families. The family members included in the study were divided into two experimental groups and one control group. Interpersonal psychotherapy techniques and psychoeducation interventions were together applied to the first group. And, the second group received only the psychoeducation. Interviews were completed in 16 weeks total, of which 4 weeks were maintenance treatment. The "Sociodemographic Data Form", "IPT Interpersonal Inventory", "Self-Efficacy Scale" and "Care Burden Scale" were used for data collection. In the evaluation of the data, percentage distributions and arithmetic means were used, control variables were determined by Chi-Square and Kruskal-Wallis tests, Friedman and Kruskal-Wallis tests were used for in-group and intergroup comparisons, and Wilcoxon & Dunnett tests were performed for further analysis.

Results: Although the groups were similar before the interventions, the difference between mean self-efficacy post-test score and the initiating behavior, sustaining behavior, completing behavior and the coping with difficulties sub-scales were found to be statistically significant ($p < 0.05$). Advanced analysis, which was performed to identify

the source of difference, showed that the level of self-efficacy of family members who underwent Interpersonal psychotherapy techniques and received psychoeducation was found to be increased compared to the control group and the group who received psychoeducation only.

The comparison of mean total post-test scores taken in the care burden scale revealed that the difference between the groups was significant ($p < 0.05$); and, further analysis showed that the care burden scores of family members who underwent Interpersonal Psychotherapy techniques and received psychoeducation were lower than of the control group and the group who received psychoeducation only.

Conclusion: Interpersonal psychotherapy techniques applied together with psychoeducation were found to be more effective in reducing the burden of care and increasing the self-efficacy, compared to the group who received only psychoeducation and the control group.

Keywords: Care Burden, Nursing, Interpersonal Psychotherapy (IPT), Self-Efficacy, Psychoeducation

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BYÖ** : Bakım Yüğü Ölçeği
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- KİPT** : Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi
- ÖEYÖ** : Öz-Etkililik Yeterlilik Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Şizofreni risk etkeni modeli	6
Şekil 2.2. Şizofrenide görülen belirtiler ve etkilenen alanlar.....	8
Şekil 2.3. KİPT'in Yapısı.....	17
Şekil 2.4. Bakım Verici Yük Modelinin Yapısal Şekli.....	25
Şekil 3.5. Araştırma Süreci Akış Şeması.....	32
Şekil 3.6. Psikoeğitim Programının Uygulanması.....	39
Şekil 3.7. Kişilerarası İlişkiler Terapi Tekniklerinin Uygulanması.....	43
Şekil 3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	43
Şekil 4.7. Bakım Veren Aile Üyelerinin Karşılaştıkları Güçlüklerin Dağılımı.....	48
Şekil 4.8. Grup 1, grup 2 ve kontrol grubunda yer alan bakım verici aile üyelerinin gruplararası öz-etkililik ve bakım yükü puan ortalamalarının değişimi	58

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı	47
Tablo 4.3. Grup 1’de Yer Alan Aile Üyelerinin Kişilerarası İlişkiler Envanteri ile Belirttikleri Sorunların Dağılımı	49
Tablo 4.4. Gruplar Arası Öz Etkililik ve Bakım Yüğü Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.5. Gruplar Arası Öz Etkililik ve Bakım Yüğü Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.6. Gruplar Arası Öz Etkililik ve Bakım Yüğü İzlem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.7. Grup 1, Grup 2 ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bakım Verici Aile Üyelerinin Öz-Etkililik Ve Bakım Yüğü Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	57

GİRİŞ

Davranışlarda ve düşünce süreçlerinde bozukluklara yol açan şizofreni, beynin fizyolojisinde ve kimyasal yapısında birçok olumsuz değişikliğin gerçekleştiği psikiyatrik bir hastalıktır. Şizofrenide erken yaşlardan başlayarak algıda, düşünce süreçlerinde, iletişim alanlarında, toplumsal ilişkilerde ve duygudurumda bozulmalar meydana gelmektedir.¹

Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarına göre dünyada yaşayan bireylerin yaklaşık % 25-30'u belirgin bir ruhsal hastalık nedeni ile tedavi görmek üzere tıbbi kurumlara başvurmaktadır. Hastalığın türü ve kaynağı ne olursa olsun tüm tıbbi bozuklukların yaklaşık % 75-90'ı değişik ruhsal olaylardan etkilenmektedir.² Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Fakat gerçek sıklık ve yaygınlığı üzerine veriler oldukça değişkendir. Ülkemizde yapılmış olan bir sistematik incelemede şizofreninin yaşamboyu yaygınlığının 1000'de 8.9 olduğu saptanmıştır.³ Üretkenliğin yitimi ve tedaviyle ilişkili olarak yüksek maliyete, yaşam süresinin azalmasına ve intiharlara yol açan şizofreni hastalığı tüm psikiyatri kliniklerindeki yatakların %25'ini işgal etmektedir.^{4,5} Ayrıca Sağlık Bakanlığı şizofreninin, yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında erkeklerde 9. ve kadınlarda 11. sırada yer aldığını belirtmiştir.⁶ Dünyada yaklaşık 40 milyon⁷, Türkiye'de ise 650 bin şizofreni hastası bulunmaktadır.⁸ Hastalığın yakınlarına getirdiği sosyal yük de göz önünde bulundurulursa Türkiye'de 1-2 milyon kişinin şizofreni hastalığından etkilendiği belirtilmektedir.⁹

Şizofreni hastalığı yalnızca hasta bireyi değil, bakım verici aile üyesini de etkilemektedir. Hastalık yükünün büyük bir kısmı bakım verici ailelerin üzerinedir. Şizofreni tedavisinde en önemli rolü üstlenen aile üyeleri bakım sürecinde çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Hasta yakınlarının deneyimledikleri bakım yükü zamanla öfke, suçlama,

ihmal, duygusal şiddet oranında artışa yol açabilir.¹⁰ Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin karşılaştıkları güçlüklerle bakıldığında hasta ile iletişim kuramama, sosyal destek yetersizliği, hastanın davranış sorunları ile baş edememe, şiddete maruz kalma gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir.¹¹⁻¹³

Şizofreni hasta ailelerinde yaşanan büyük problemler ve sosyal destek yetersizliği bireylerin problem çözme becerisini azaltır. Hastalık belirtilerindeki şiddetlenme, hastanın alevlenme dönemleri aile üyelerinde umutsuzluk ve çaresizlik oluşturur. Girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlandığını gören aileler geri çekilebilirler, sorunu yadsıyabilirler ya da farklı iletişim biçimleriyle çatışma yaşayabilirler. Literatürde yer alan birçok yerli ve yabancı çalışma mental bir sorunu olan hastaya bakım veren ailelerin kişilerarası sorun yaşadıklarını, hatta bakım yükünün zamanla depresyona yol açtığını belirtmiştir.¹²⁻¹⁶

Ülkemizde bakım vericilerin yaşadıkları güçlükleri tanımlayan birçok araştırma bulunmasına rağmen sorunların çözümüne yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bakım vericilerin sorunlarını çözmeye yönelik yapılan sınırlı çalışmalar ve bu araştırmalara rağmen sorunların halen devam etmesi bu konuda daha etkin ve farklı yöntemlerin kullanılmasını zorunlu kılmıştır. İletişim yetersizliği, sosyal destek eksikliği gibi nedenlerle oluşan depresif belirtileri azaltmak, kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stresle başa çıkmaya yardımcı olmak ve kişilerarası işlevselliği artırmak amacıyla geliştirilmiş bir yöntem olan Kişilerarası İlişkiler Terapisi ülkemizde oldukça yeni kullanılan bir terapi yöntemidir.¹⁷

Özellikle kişilerarası ilişki sorunlarını ve bu sorunlara dayalı depresyonun tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan Kişilerarası İlişkiler Terapisi kısa sürede yapılan, kişilerarasında yaşanan problemlere odaklanan, ilişki sorunlarından kaynaklanan depresif semptomların azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir terapi

çeşididir.¹⁷⁻¹⁹ Terapide amaç, bireyin kişilerarası ilişkilerini düzeltmesine ya da bu ilişkilerden beklentilerini değiştirmesine yardımcı olmaktır. Ayrıca bireylerin stresle başa çıkabilmelerini sağlamak için sosyal destek sistemlerini geliştirmelerine yardımcı olmayı hedeflemektedir.²⁰ Amaç bireyin kişilerarası ilişki sorunlarını fark etmesi, sorunları doğru tanımlayabilmesi ve çözüm stratejilerini geliştirebilmesidir.²¹

Literatürde^{11,13,22,23} şizofreni hastasına bakım veren aileler ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde bakım verme rollerini yerine getirirken profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları gibi bilgi gereksinimlerinin de olduğu görülmektedir. Ailelerin; hastalığın belirtileri ve mücadele yöntemleri, ilaçların normal veya beklenmeyen yan etkileri, hasta birey ile iletişim kurma, yasal haklar, saldırgan davranışları ile nasıl baş edecekleri konularında yardıma ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

Bireyin hayat boyu karşısına çıkabilecek sorunları çözmesinde ne kadar başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancı olan öz etkililik olumlu sağlık davranışlarının oluşturulması ve devam ettirilmesinde önemli bir parametredir.²⁴ Kişilerde öz etkililik algısının pozitif yönde değişimi olumlu sağlık davranışlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır.²⁵ Öz etkililik kavramının birey üzerinde etkilediği durumlardan biri olan bakım yükü ise şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin en çok zorluk yaşadıkları alanların başında gelir. Bakım veren bireyin kendini etkili ve yeterli olarak algılaması yaşanan değişik problemleri çözmesinde önemli bir faktördür.²⁶

Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan çalışmalarda psikoeğitimin ailenin bilgi gereksinimini karşıladığı ve bakım yükünü azalttığı bulunmuştur.²⁷⁻²⁹ Fakat psikoeğitimin bakım verici aile üyelerinin kişilerarası ilişki sorunlarını düzelttiğine yönelik bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırma da şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine uygulanan iki farklı girişimin öz-etkililik düzeylerini arttırmada ve bakım yüklerini azaltmada etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine psikoeğitimle birlikte uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Teknikleri'nin öz-etkililik düzeyini artırmada etkisi yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre daha farklıdır.

H₂: şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine psikoeğitimle birlikte uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi Teknikleri'nin bakım yükünü azaltmada etkisi yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre daha farklıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

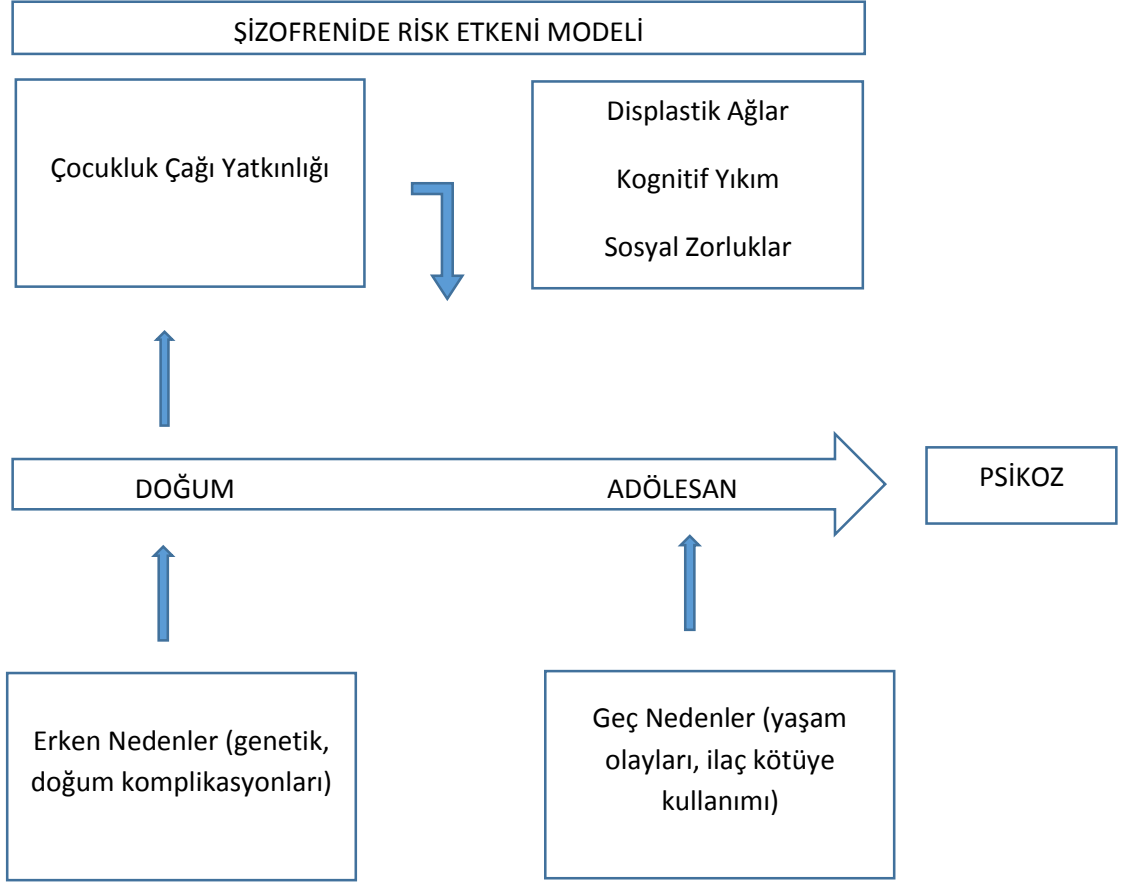
Her birey içinde yaşadığı çevreye uyum sağlayabilmek için düşüncelerini, algılarını, duygularını ve dürtülerini birbirleriyle tutarlı bir bütünlük oluşturacak şekilde örgütler. Psikotik hastalar ise dört temel zihinsel işlevden herhangi birinin ciddi şekilde bozulmasından dolayı çevrelerine uyumda zorluk çekmektedirler.² En sık rastlanan psikotik bozukluklardan biri olan şizofreni; algılarda, düşünme sürecinde, konuşma biçimi ve dilde, toplumsal etkileşimler ve motor davranışta, dikkat, istem, dürtü kontrolü ve duygudurum alanlarında önemli bozuklukların olduğu çok sistemli psikiyatrik bir bozukluktur.^{1,30}

Şizofreni hastalığı genç yaşlarda başlayıp bireyi sosyal hayattan ve gerçek dünyadan uzaklaştırır. Kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşayan hastalar düşünce, duygu ve davranış alanlarında önemli bozukluklar sergilerler. Hastalığın akut dönemlerinde hezeyanlar, halisünasyonlar, ileri derecede dezorganize ve katatonik davranışlar göze çarpar. Her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülmekle birlikte sosyoekonomik yönden düşük olan ya da düzensiz ortamlarda daha yüksek oranda görülmektedir.^{1,2,4}

2.1.1. Şizofreninin Etyolojisi

Şizofreninin nedeni tam olarak bilinmemektedir fakat biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olan stres yatkınlık modeline göre özel bir yatkınlığı bulunan birey üstesinden gelemediği bir stresle karşılaştığında şizofreni belirtileri gelişmektedir.^{1,2,30}

Şekil 2.1’de şizofreni hastalığı için risk oluşturan genel etmenler gösterilmiştir:



Şekil 2.1. ³¹ Şizofreni Risk Etkenleri Modeli.

Bu etmenlerin yanısıra şizofreninin aşırı dopaminerjik aktivitenin bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenmektedir.^{1,4,32} Şizofreninin dopamin kuramı pozitif belirtilerin artmış dopaminerjik ekinliğin bir sonucu olduğunu ileri sürer. Ayrıca beyin görüntüleme yöntemleri şizofrenide birtakım nöropatojenik durumlar olduğunu açığa kavuşturmuştur.³³

Anne babadan herhangi birinin şizofreni olması durumunda çocukta şizofreni gelişme olasılığı %12’dir. Anne babadan her ikisinin de şizofreni olması durumunda çocukta şizofreni gelişme olasılığı %40’dır.³³ Şizofreni geçişinde genetik bir komponent olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle aile üyelerinin birinde şizofreninin bulunması diğer aile bireyleri risk oluşturmaktadır.³²

2.1.2.Şizofreninin Belirti Bulguları

Bleuer hastalardaki zihinsel bölünme teorisini geliştirmek için temel belirtileri tanımlamıştır. Bu belirtiler 4A olarak tanımlanmakta olup;

Çözülme şeklinde (associations) bozuklukları,

Duygulanım (affect) bozuklukları,

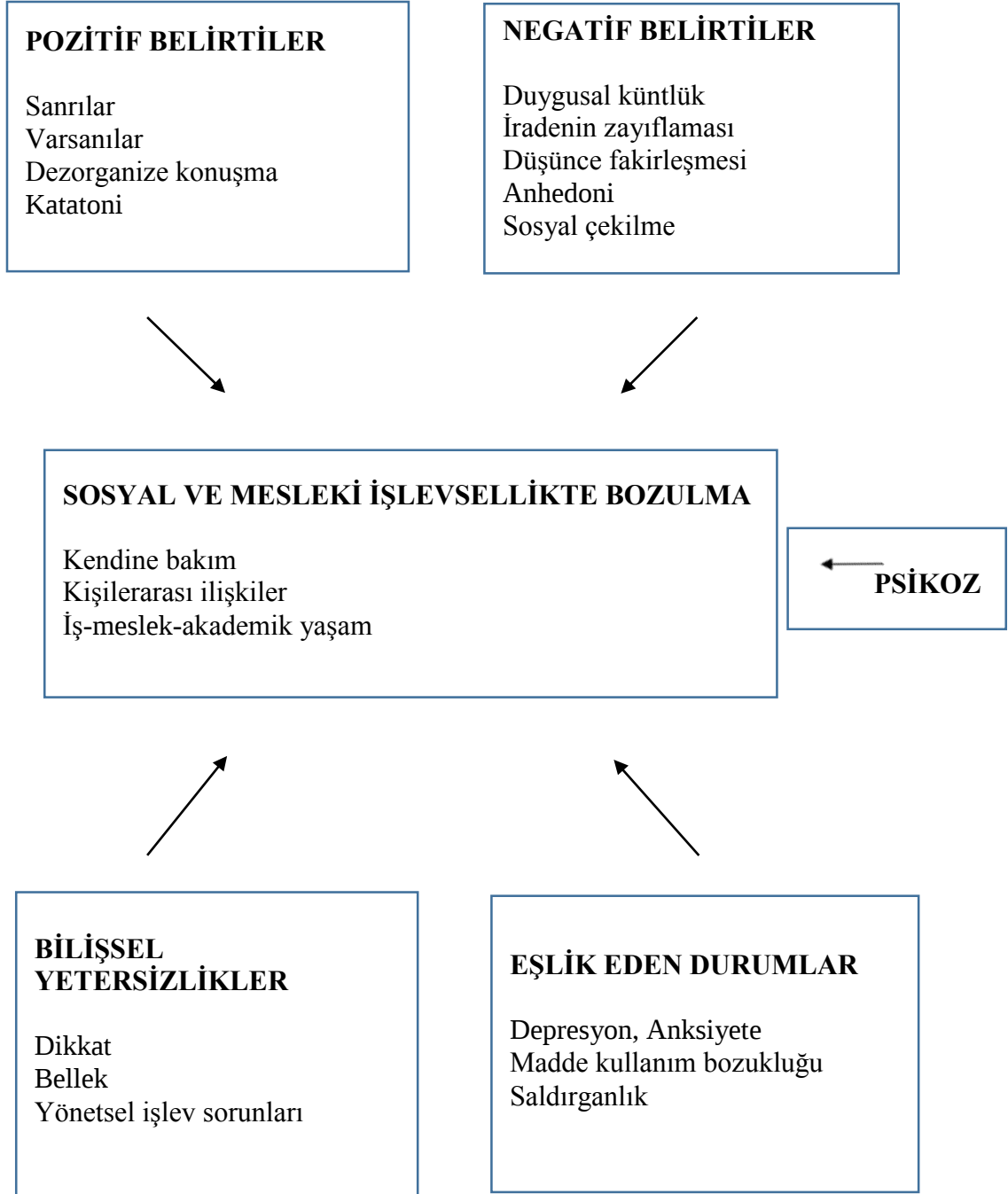
Otizm (autizm) bozuklukları

İkilemi (ambivelans) içermektedir.³²

Bleuler içe kapanma kavramını da geliştirmiş, şizofrenide gerçek dünyadan uzaklaşmanın ve dış gerçekliğin yerine kendi iç gerçekliğinin hakim olduğunu, sanrı, varsanı ve motor bozuklukların ortaya çıktığını belirtmiştir.¹

Şizofreni belirtileri pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılır. Pozitif belirtiler anormal davranışlardaki aşırılıkları, artışları ve dezorganizasyonu; negatif belirtiler ise tekdüze duygulanımı, düşünce yoksulluğunu, hiçbir şeyden zevk alamama ya da toplumdan kopmayı, duygusal donukluğu ya da genel bir isteksizlik halini ve ilgi eksikliğini gösterir.^{2,33}

Duygu, düşünce ve davranış alanlarında birçok bozukluk içeren şizofreni hastalığının genel belirtileri Şekil 2.2’de gösterilmiştir:



Şekil 2.2.³⁴ Şizofrenide görülen belirtiler ve etkilenen alanlar

2.1.3. Epidemiyoloji ve Prevelans

Şizofreninin kadın ve erkeklerde görülme oranı aynıdır. Buna karşın iki cinsiyet de hastalığın başlaması ve seyri konusunda çeşitli farklılıklar gösterirler. Erkek şizofreni hastaların yarısından fazlası kadın şizofreni hastaların ise ancak üçte biri ilk kez 25 yaşından önce hastaneye yatırılmıştır. Başlangıç yaşı genelde erkekler için 15-25, kadınlar için 25-35 arasındadır. On yaşından önce veya 50 yaşından sonra şizofreni başlangıcı çok nadirdir. Şizofreni tedavisi alan hastaların yaklaşık % 90'ı 15-55 yaş arasındadır. Genel olarak kadın şizofrenilerde seyir erkeklere göre daha iyidir.^{2,4,30}

Tüm psikiyatri kliniklerinde bulunan yatakların %25'inin işgal edilmesine, üretkenliğin yitimi ve tedaviyle ilişkili olarak yüksek maliyete, yaşam süresinin azalmasına ve intiharlara yol açan şizofreninin^{4,5} yaygınlığı 1000'de 8.9 olarak saptanmıştır.³ Ayrıca Sağlık Bakanlığı şizofreninin, yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında erkeklerde 9. ve kadınlarda 11. sırada yer aldığını belirtmiştir.⁶ Dünyada yaklaşık 40 milyon, Türkiye'de ise 650 bin şizofreni hastası bulunmaktadır.^{7,8} Hastalığın yakınlarına getirdiği sosyal yük de göz önünde bulundurulursa Türkiye'de 1-2 milyon kişinin şizofreni hastalığından etkilendiğini söylemek mümkündür.⁹

2.1.4. Şizofrenide Prognoz

Şizofreni genelde ataklar ve iyileşme dönemleri şeklinde ilerler. İlk psikotik ataktan sonra hasta iyileşmeye başlar ve işlevsellik göreceli olarak normale yaklaşır. İlerleyen süreçte hastalar genelde relapslarla karşılaşır ve genelde tanı aldıktan sonraki beş yıl içinde hastalık süreci prognozun nasıl ilerleyeceğini gösterir. Şizofreni hastalarının üçte biri sınırdan veya bütünleşmiş bir sosyal yaşama sahip olsa da birçoğu amaçsız, inaktif ve sıklıkla hastaneye yatışın tekrarlandığı bir yaşama sahiptir.^{1,32}

Genelde hastalık öncesi işlevsellik prognozu belirler. Bireyin hastanede kalma süresi ve sayısı, hastalık belirtileri ve genel işlevsellik düzeyi prognozun gidişatını gösterir.³⁰

Genel olarak prognozun olumlu ya da olumsuz olarak ilerleyeceğini gösteren bazı belirtiler bulunmaktadır:

Olumlu Gidiş Göstergeleri

- Ani başlangıç,
- Hastalığın ortaya çıkışında çevresel stresörlerin hakim olması,
- Katatonik ve şizoaffektif tür şizofreniler,
- Pozitif belirtilerin baskın olması,
- Düzenli bir aile ortamının bulunması,
- Tedaviye erken dönemde başlanmasıdır.

Olumsuz Gidiş Göstergeleri

- Hastalığın erken yaşta başlaması,
- Tanı konulmadan önce kişiliğin şizoid ya da şizotipal olması,
- Negatif belirtilerin baskın olması,
- Ailede kalıtsal geçişin bulunması,
- Madde kullanımının bulunması,
- Aile ortamının bozuk ve dağınık olmasıdır.^{1,33}

Şizofreni genellikle yaşam boyu süren kronik bir hastalıktır. Hastalık ilerledikçe bilişsel işlevsellikte genel bir düşme görülür. Sonlanım açısından üçler kuralı

uygulanabilir. Hastaların üçte birinde giderek artan bir yıkımın olduğu bir gidiş görülür, diğer üçte birinde belirli düzeyde bir bozulma olur, geriye kalan üçte birinde oldukça yüksek düzeyde işlevsellik düzeyi korunur.³³

2.1.5. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavisinde ilk amaçlar; bireyin çevreye ve kendisine zarar vermesinin engellenmesi, dezorganize davranışlarının kontrolü, belirtilerin azaltılması, işlevselliğin düzeltilmesi, yaşam niteliğinin ve uyumun artırılması, hasta ve ailesi ile işbirliğinin sağlanması, yeti kaybının en aza indirilmesidir.^{1,2,30}

Şizofrenide biyolojik, psikolojik ve sosyal yöntemler birlikte uygulanmalıdır. Tedavi sürecine aile üyelerinin katılımını sağlamak tedavi programlarının etkinliğini artırır. Duygu dışavurumunun fazla olduğu ailelerde hastalığın tekrar oluşma riski yüksektir.³⁰

Şizofreni hastaları sıklıkla çok yetersiz sosyal yetilere sahiptir. Sosyal eğitim yaşam kalitesini iyileştirmeye çok önemli bir faktördür. Terapötik iletişimin kullanılması hastanın stabilize olmasına yardımcı olarak toplumda daha üretken bir rol üstlenmesini sağlayabilir.³⁵

2.1.6. Şizofreninin Aile Üyeleri Üzerindeki Etkisi

Şizofreni, duygu, düşünce, davranış ve kişilerarası ilişki alanlarında önemli bozuklukların görüldüğü bir hastalıktır. Bu bozukluklar aile üyelerinde stres oluşturmakta, ailenin dengesini bozmakta ve hastanın içinde bulunduğu toplumu çeşitli şekillerde sarsmaktadır.¹

Hastalığın oluşturduğu bakım yükünün büyük bir kısmı ailelerin üzerinedir. Hasta yakınlarının yüksek düzeyde bakım yükü yaşamaları zamanla öfke, suçlama, ihmal, duygusal şiddet hatta direkt şiddet oranında artışa yol açabilir. Aile bireyleri yüksek

bakım yükü nedeniyle pozitif düşünemeyebilirler ve hastayı, hastalık belirtilerini inadına gösteriyor gibi algılamaya başlayabilirler.¹⁰

Uluslararası literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde Magliona ve ark. şizofreni hasta yakınlarının ekonomik, duygusal ve günlük hayatla ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.³⁶ Bakım vericilerin bakım verme rolünden dolayı yaşadıkları sorunların başında, ekonomik gelir sağlanan işin devamında aksaklık yaşama, sosyal faaliyetlere zaman ayıramama, stres düzeyinde ve toplum içindeki damgalanma algısında artma olduğu ayrıca bakım vericilerin kronik hastalıklardan dolayı daha fazla hastane başvurularının olduğu bildirilmektedir.^{36,37} Magana ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada da şizofreni hastasına bakım verenlerin %40'ının depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir.³⁸

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Aydın ve ark. yaptıkları bir çalışmada bakım veren yük düzeyinin hastanın alevlenme dönemleri ve hastanede yatarak tedavi görme durumlarıyla ilişkili olduğunu bulmuştur.³⁹ Yine Gülseren ve arkadaşlarının 239 şizofreni hasta ve yakınıyla yaptıkları çalışmada hastalık belirtileri ve hastanın işlevsellik durumu ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir.⁴⁰

Özet olarak bir şizofreni hastası ile yaşamak aile üyelerinin günlük yaşantısını etkileyip gittikçe artan bir baskı oluşturmaktadır. Bazı bakım verici aileler hastayı korumak amacıyla onu sosyal aktivitelerden soyutlarlar. Bu tür ailelerin yanında yaşayan şizofreni hastaları kendilerini yalnız hissederler. Böylece hasta en önemli desteği olan aileden uzaklaşmaya başlar ve sosyal izolasyon yaşar.¹⁰

2.1.7. Şizofreni Tedavisinde Ailenin Önemi

Şizofreni hastasına bakım veren aile üyeleri ile tedavi ekibi arasında işbirliği kurulmadığında aile inkar ederek, yansıtarak, misilleme yaparak ya da ortadan kaybolarak

bakımdan uzaklaşmaya ve kendini korumaya çalışabilir. Bakım veren aile üyeleri, hastaneye yatışlar arttıkça bilgilendirilmedikleri zaman sebepsiz yineleyici yatışların neden olduğu keder ve umutsuzlukla başa çıkamadıkları için hastayı öfkeyle reddetme yoluna başvurabilirler.^{40,41} Sağlıklı bir toplum için hastanın sorumluluğunun mümkün olduğunca geniş bir alanda üstlenilmesinde yarar olacağı kuşkusuzdur. Sürengen ve zor hastaların bakımı tamamen aileye bırakılırsa başlangıçta sağlıklı olan aile bireylerinin de zaman içerisinde psikiyatrik yardıma muhtaç hale geldikleri görülebilir.³⁴

Ulusal ve uluslararası literatürde yapılan çalışmalarda, şizofreni tedavisinde aileye yapılan müdahalelerin ailenin işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla hastanın tedaviye uyumunu arttırdığı belirtilmektedir.⁴²⁻⁴⁴ Hastanın sorunları ile baş edebilecek düzeye gelmesi için aile üyeleri ile işbirliğinin sağlanması ve uygulanacak program ve müdahalelerle bakımın güçlendirilmesi gerekmektedir.⁴⁵

Şizofreni hastalığının tedavi sürecinde aile üyelerinin gözlemleri çok önemlidir. Birey, hastalık belirtilerini gizleyebilir, hastalığını farklı yansıtabilir veya yaşadığı problemleri hatırlamayabilir. Bu durumlarda ailenin bilgisine başvurulmalıdır. Ailenin tedaviye dahil edilmemesi nedeni ile hatalı tanı ve tedavi riski artar. Sadece aileden bilgi almak yeterli değildir. Ailenin sosyokültürel ve sosyoekonomik durumları, eğitim seviyeleri, kişilik özellikleri tesbit edilmeli, bu tesbitin ışığında uygun tedavi programı belirlenmelidir.^{1,9,10}

2.2. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi

Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde Weismann ve Klerman tarafından major depresyonu tedavi etmek amacıyla geliştirilmiştir ve 1984'de Klerman tarafından bir kılavuz şeklinde sistematize hale getirilmiştir.⁴⁶

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT) kısa süreli, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan, kişilerarası ilişki sorunlarından kaynaklanan depresif belirtilerin azalmasını ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen bir psikoterapidir. Tedavide amaç, bireyin kişilerarası ilişkilerini düzeltmesine ya da bu ilişkilerle ilgili beklentilerini değiştirmesine katkı sağlamaktır. Ayrıca bireylerin stresle başa çıkmalarını kolaylaştırmak için sosyal destek sistemlerini artırmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir.^{17,20}

Terapide hastanın iletişimi ve kişilerarası davranış örüntüleri ele alınır. Terapide birincil amaç hastanın iletişim biçimini düzenlemesine yardımcı olmaktır. Kişilerarasında oluşan iletişim süreci, iletişim analizi denilen teknikle öğrenilmeye çalışılır. Sorunlu olan ilişkiler ve iletişim kalıpları KİPT teknikleri ile düzeltilmeye çalışılır. Bireyin problem çözme yöntemleri geliştirilir. Kişilerarası ilişkiler bağlamında model olabilmek için rol yapma tekniği kullanılabilir.¹⁷

Genel olarak kısa süreli uygulanan (12-20 seans), kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin dört temel aşaması vardır: 1.Değerlendirme/ Başlangıç görüşmeleri, 2.Orta aşama, 3.Akut tedavinin sonlandırılması ve 4.Sürdürüm tedavisi. Her bir aşama hasta birey ile yapılır. Amaç bireyin kişilerarası ilişki sorunlarını fark etmesi, sorunları doğru tanımlayabilmesi ve çözüm stratejilerini geliştirmesidir.^{17,19,20}

2.2.1. KİPT'in Sorun Alanları

KİPT'nin ilgilendiği üç temel sorun alanı bulunmaktadır.

Kişilerarası çatışmalar: kişinin diğer insanlarla olan anlaşmazlıkları, iletişim sorunları, gerçekçi olmayan beklentilerinin oluşturduğu stres nedeni ile yaşanır. Envanterle ortaya çıkan kişilerarası ilişki çatışmalarına en uygun KİPT teknikleri belirlendikten sonra terapist ve danışan çatışmaya neden olan akut krizi çözmeye çalışır. Kişilerarası çatışmalar iletişim biçiminin zayıf olmasından ya da karşılıklı beklentilerin

uyuşmamasından kaynaklanmaktadır.⁴⁷ Kişilerarası yetersizlik, bireyin kişilerarası sosyal ilişkiler kurması ve devam ettirmesi konusunda zorluklar yaşaması anlamına gelir. Bu konuda bireyin sevdiği arkadaşlarıyla iletişime geçerek, yeni arkadaşlıklar kurmasına yardımcı olarak, sosyal aktivitelere katılmasını destekleyerek yeni öğrendiği becerileri hayata geçirmesi için hasta cesaretlendirilir.^{17,20}

Rol geçişleri: bireyin sosyal yaşamındaki değişimleri ve bu değişimde yaşanan sorunları içerir. Bu alanda eski rolün kaybı nedeniyle duyulan üzüntü ve yeni role karşı uyum sağlamada yetersizlik ya da yeni rolün tamamen reddedilmesi sorunları yer alır. Rol değişimi yaşandığında hastanın hayatındaki önemli sosyal desteklerde ya da bağlı olduğu değerlerde kayıplar yaşanabilir, farklı sosyal becerilerin öğrenilmesi gerekebilir. Hastanın iletişimi değerlendirilir ve diğer sorun alanlarında olduğu gibi sosyal desteğinin güçlenmesi için çaba sarfedilir.¹⁷

Yas ve kayıplar: Yas süreci bir kayıp ya da kayıp tehdidi sonrası başlamaktadır.⁴⁸ KİPT kapsamında hasta tarafından tanımlanan ve onun hayatını kişilerarası ilişkiler bağlamında etkileyen her türlü kayıp yas sürecini oluşturur. Tedavinin odağında bireyin halen atlatamadığı bir yas süreci bulunuyorsa terapistin hedefi hastanın yas tutma sürecini kolaylaştırmak, normal yaşamına devam etmesinde, yeni kişilerarası ilişkiler geliştirmesinde, daha fazla sosyal destek temin etmesinde ve varolan ilişkilerini düzenlemesinde yardımcı olmaktır.¹⁷

2.2.2. KİPT'in Aşamaları

Değerlendirme/Başlangıç Aşaması:

Bu aşamada görüşme yapılacak bireyin KİPT için uygun olup olmadığına ya da KİPT'in hasta için en iyi tedavi seçeneği olup olmadığına karar verilir. Kişiler arası ilişkileri fark edebilmek ve bireyin iletişim tarzını ortaya koyabilmek için ilişki çemberinden yararlanılır. Uygun olduğuna karar verilen danışanlarla tedavi anlaşması

yapılır. Bu noktada KİPT’i diğer tedavi seçeneklerinden ayıran özellik sürecin esnek olmasıdır. Tüm görüşmeler kişi yönelimli yapılır, her aşamada bireyin fikirleri, duyguları ve istekleri desteklenir. Tedavi aşamasında seansların sıklığı, sayısı ve süresi yer alır. Danışan ve terapistin karşılıklı beklentileri ele alınır. Oluşabilecek acil durumlar için B planları oluşturulur.^{17,20}

KİPT hangi bireyler için uygundur?

Sosyal işlevselliği fazla bozulmamış (sadece genel ya da sosyal işlevselliğinde bozulmalar olan) bireylerin, depresyonu olan hastaların, kişiler arası ilişkilerinde sorun yaşayan ve depresyonu stresli yaşam olayı ile ilişkilendirilebilen hastaların KİPT’den yararlandıklarını ve depresif belirtilerinin azaldığı söylenmektedir.^{17,20,46,49}

Orta Aşama

Bu aşamada değerlendirme aşamasında belirlenen sorun alanları üzerine yoğunlaşılır. Orta aşama kişilerarası çatışmaların çözümlendiği, rol geçişlerinin tanımlandığı, sosyal desteğin artırıldığı ve yas sürecine uyumun sağlandığı bir süreçtir. KİPT uygulayıcısı hangi sorunların ele alınacağına danışanla birlikte karar verir. Genel olarak bir ya da iki sorunun ele alındığı süreç boyunca KİPT teknikleri uygulanır. Her hafta ilişki çemberi yenilenerek bireyin ilişkilerindeki güçlü ve zayıf yönleri ortaya konur. Bu aşamada sürekli pratik yapılır, kişinin baş etme becerileri artırılmaya çalışılır.^{17,20}

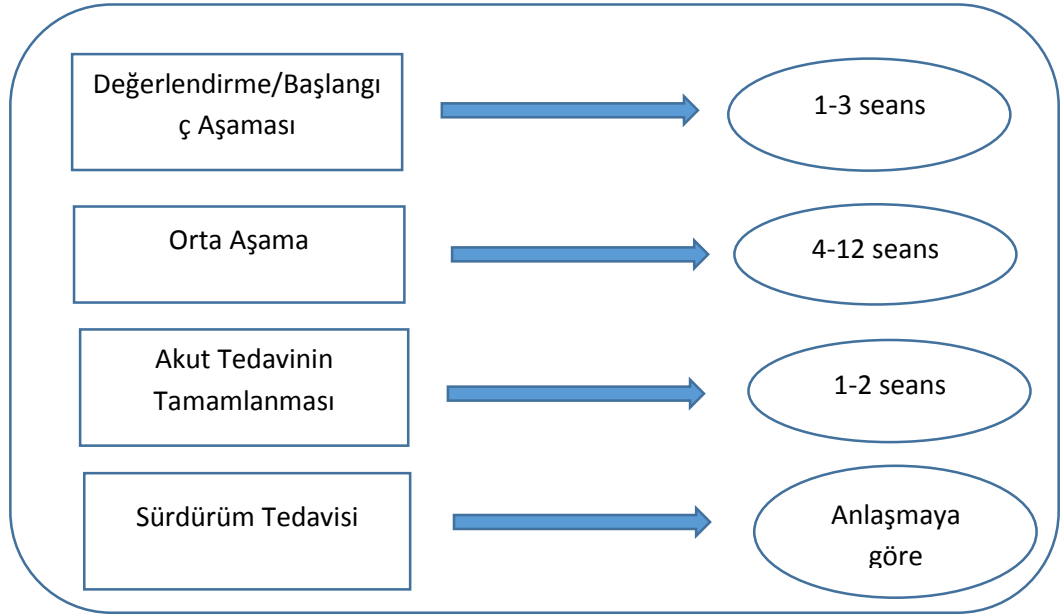
Akut Tedavinin Tamamlanması

KİPT’in yoğun, sınırlı, süreli kısmının bitirildiği aşamadır. Başlangıçta envanter yardımıyla belirlenen sorunların çözümü ve kişinin sürdürüm tedavisine rahat bir şekilde geçirilmesi hedeflenir. Başlangıç aşamasında olduğu gibi sürdürüm tedavisi için danışanla anlaşma yapılır. Ayrıca görüşmeler tamamlandıktan sonra ileride oluşabilecek muhtemel sorunlara yönelik tedavi stratejileri geliştirilir. Bireye bakım sürecinde bağımsızlık kazandırıldığı gibi, isterse terapistle ulaşabileceği güveni de verilir.

Sürdürüm Tedavisi

Bu aşamanın belli bir aralığı ya da süresi bulunmamaktadır. Tedavinin ne şekilde ilerleyeceğine danışanla birlikte karar verilir. Hastanın sorunlarının tekrarlama ihtimali varsa belli aralıklarla (ayda bir kez gibi) görüşmeler devam ettirilir. Fakat danışan kendinden eminse kişilerarası sorunlarını bireysel çözebiliyorsa sürdürüm aşaması telefonla ya da e-posta üzerinden yürütülebilir.^{17,50}

Aşağıda verilen şekilde KİPT'in uygulama yönergesi yer almaktadır.¹⁷



Şekil 2.3¹⁷ KİPT'in Uygulama Yönergesi

Her bir aşamada KİPT uygulanacak bireyin yaşamındaki önemli kişileri belirlemek, bu kişilerle şu an ve geçmişteki ilişkilerinin ayrıntılarını öğrenmek için kişilerarası ilişkiler envanteri oluşturulur.^{51,17,20} Envanter tamamlandıktan sonra danışan ve terapist beraber odak kuracakları bir veya iki sorunlu ilişkiye karar verirler, daha sonrasında ise belirlenen sorun alanı üzerinde çalışırlar. Terapi boyunca envanter sürekli yenilenir ve aşama kaydedilir.

2.2.3. Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi

Kişilerarası ilişkiler envanteri bireyin hayatında yer alan önemli kişileri ve bu kişilerle olan ilişkilerinin ayrıntılarını ortaya koymak için yapılır. Hastanın güncel yaşamındaki önemli kişilerden başlanarak geçmişe doğru gidilir. Hastanın yaşamındaki önemli kişilerle ne sıklıkla görüştüğü, ilişkinin kalitesi, hem hastanın hem de diğer kişilerin birbirlerinden beklentileri, bu beklentilerin karşılanıp karşılanmadığı ayrıntılı örnekleriyle araştırılır.⁵² Çember tamamlandıktan sonra danışanla birlikte odak kurulacak bir ya da iki sorunlu ilişki belirlenir. Sorunlar seçilirken KİPT'in çalışma alanları ve danışanın istekleri göz önünde tutulur. Bireylerin yaşadığı kişilerarası sorunlar benzer niteliktedir ve genelde bu sorunlar yeterli olmayan sosyal destekten ve başedilemeyen stres etkenlerinden kaynaklanır. Bu nedenle, sorunu ele alırken çaba her zaman hastanın sosyal desteklerini iyileştirmeye yönlendirilmelidir.^{50,51}

KİPT'nin her aşamasında uygulanacak olan bu envantere amaç kişinin hayatında var olan insanlar ile ilişki düzeylerini belirlemek ve sorun alanlarını ortaya çıkarmaktır. Her seansta yenilenecek olan bu envanterle terapi teknikleri uygulanan birey geçen zaman aralığında düşüncelerinin ve duygularının değişiminin farkında olacaktır. Seanslar boyunca çok yakın olan bir kişi çemberin dışına çıkabilirken dışarda olan bir kişi, çemberin merkezine geçebilir. Envanter uygulanmasının amacı ilişkileri sistematik bir şekilde dizayn etmek ve terapi uygulanan bireyin farkındalığını artırmaktır. Terapi boyunca envanter tekrarlanır, çarpık ilişkiler ortaya çıkarılır. Kişi için en önemli olan iki ya da üç sorun belirlenir ve çözüm yolları geliştirilir. Terapinin her aşamasında birey aktiftir, terapistin görevi bireyi doğru yönlendirmek ve farkındalığını artırmaktır. Envanterler kayıt altına alınır ve her hafta terapi uygulanan birey ile gözden geçirilir.^{17,50}

Kişilerarası terapide ele alınan sorun alanları: 1.yas ve kayıp; 2. kişilerarası çatışmalar; 3. rol değişimi ve 4. kişilerarası yetersizlik olarak adlandırılır. Her dört

başlıkta şizofreni hasta ailelerinin hastaları ve çevreleriyle yaşadıkları sorunlar arasında yer almaktadır. Terapide amaç danışanın sorunlarını çözebilmesi için sahip olduğu kaynaklarını ve becerilerini kavramasına yardımcı olmak ve tedaviye ait kazanımlarını kendisine bağlamaktır.^{17,51}

Kişilerarası Envanterin Özellikleri

- Son zamanlarda yaşanan ve birey için önemli güncel ilişkileri içerir
- İlişkilerin negatif oluşmasına zemin hazırlayan faktörler hakkında ayrıntılar içerir
- Kişinin sosyal destek sistemlerini ana hatlarıyla ortaya koyar
- İletişim problemlerini tanımlar
- Kişinin ilişkilerindeki beklentileri tanımlar
- Hangi probleme odaklanılacağını belirler
- Tedavi planının oluşturulmasını kolaylaştırır
- KİPT uygulandığı süre boyunca gelişir, değişir ve üçüncü bir göz görevi görür
- Sorunlara ve çözümlere yeniden yönelme için referans noktası sağlar.^{17,20,50}

Kişilerarası ilişkiler envanteri KİPT'e özgü bir araçtır. İhtiyaç duyulan tüm bilgileri, kolay ve kısa sürede etkin bir şekilde toplamaya yardımcı olur. Envanter iyi ve dikkatli dinlemenin yapılandırılmış bir şeklidir. En önemli avantajı hastada farkındalık oluşturulması, zamanla gelişmesi ve değişmesi sayesinde tedavi sürecinin danışan ve terapist tarafından net bir şekilde görülmesini sağlamasıdır.

2.2.4. Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri

Araştırmacının şizofreni hastasına bakım veren aile üyeleri ile yapmış olduğu çalışmada belirlediği sorunlara uygun olduğu düşünülen KİPT teknikleri şunlardır:

1. Açık uçlu soru ya da ifadeler kullanma: Danışanı tanıma ve sorunları hakkında bilgi toplama aşamasında kullanılır.

2. Terapötik ilişkinin kullanılması: Bu teknikte danışanın KİPT ve terapist hakkındaki duygularına odaklanılır. Danışanın terapiden beklentileri ve endişelerini paylaşması önemlidir çünkü danışanın terapistte duyduğu güven tüm seanslar boyunca iletişimine ve işbirliğine etki edecektir. Daha sonraki aşamalarda terapötik ilişkinin tüm kişilerarası etkileşimlerde kullanılması desteklenir.

3. Derinlemesine sorun analizi yapma: Kişilerarası ilişkiler envanteri ile belirlenen sorunlar derinlemesine incelenir. Öncelikle doğru sorunun belirlenip belirlenmediği araştırılır. Sorunun esas nedeni ortaya çıkarılır.

4. Duygu dışavurumunu destekleme: Danışanın hangi kişilerarası ilişki nedeniyle olumsuz duygular hissettiğini fark ettirmek amacıyla kullanılan bir tekniktir. Bu sayede olumlu duygular pekiştirilirken olumsuz duygularla baş etme yöntemleri oluşturulur.

5. Berraklaştırma: Bireyin anlattıklarını yeniden yapılandırarak ve hastaya geri bildirim olarak sunmak için kullanılan bir yöntemdir.

6. İletişim analizi: İletişim analizi hastanın ilişkilerinde gözlenen iletişim sorunlarının ve rol çatışmalarının incelenmesini amaçlar.

7. Davranış değişikliği teknikleri: Bireyin kişilerarası ilişki sorunlarını tamamen halledebilmesi için sorun alanlarını fark ettikten sonra davranışlarında değişiklikler yapabilmesine bağlıdır. Karar analizi ve rol oynama KİPT de kullanılan davranış değişikliği tekniklerinden bazılarıdır.^{17,20,50,51}

8. Rol oynama yöntemi: Hastanın iletişim tarzı hakkında daha çok bilgi toplamak, kişilerarası ilişkilerindeki içgörü düzeyini artırmak, iletişim kurduğu kişilerin tepkilerini anlamasına yardımcı olmak ve davranışsal değişimi sağlamak için kullanılan bir tekniktir.

Rol oynama ile geçmişte oluşmuş ve gelecekte oluşabilecek etkileşimlerde, arzulanan değişiklikleri modelleyerek oluşturma sağlanır.

9. Ev ödevi: Stres ve sıkıntıyı azaltmak, kişilerarası işlevselliği iyileştirmek ve sosyal desteği artırmak amacıyla yapılan her türlü yönlendirme ev ödevi kapsamında yer alır. Amaç danışanın sorunlarını çözecek yapıcı iletişim değişikliklerini sağlamaktır.¹⁷

Genel anlamda kişilerarası ilişki sorunları ve sorun çözme stratejileri hakkında hastaya bilgi vermek, hastanın kendisinin yararına bir karar veremediği durumlarda önerilerde bulunmak, kendisine ve etrafına zarar verici davranışlar yapabilecek bireyler için sınırlandırıcı olmak ve psikiyatriste yönlendirmek direktif tekniklerdendir. Amaç bireyin bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürüp kararlarını vermesi ve daha etkin yaşamasını sağlamaktır.^{17,50}

2.3. Psikoeğitim

Psikoeğitim, ilaç tedavisi dışında hastalık ve tedavi üzerine verilen sistematik, yapılandırılmış ve öğretici bilgi olarak tanımlanmaktadır. Psikoeğitimin içeriğini hasta ve bakım vericilerin tanı ve tedavi sürecinde ihtiyaç duyacakları tüm konular oluşturur.^{4,53}

Bakım verici aileler bakım verme rolünü yerine getirirken hastalığın tanı ve tedavi süreci, şizofreninin belirtileri ve stresle baş etme, hasta ile iletişim kurma, hasta için sosyal aktiviteler planlama, problem çözme ve hastaların yasal hakları ile ilgili bilgilere gereksinim duymaktadırlar.²² Bakım verenlerin bu gereksinimlerine yönelik çeşitli girişimler uygulanmaktadır. Bu girişimler arasında aile psikoeğitimi geniş bir yer tutmaktadır.²⁹

Son yıllarda psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile psikoeğitiminin ilaç tedavisine eklenmesi sonucu tedavi etkinliğinin, toplumsal uyum ve tedavi işbirliğinin arttığı, relaps oranlarının düştüğü belirtilmektedir.^{1,54,55} Konuyla ilgili yabancı literatür incelendiğinde bakım veren ailelerin sosyal desteğe, hastalık hakkında bilgiye, bakım

verici rolüne uyum sağlama ve baş etme konularında desteğe ihtiyaç duydukları²³ bakım verenlere sosyal destek sağlamanın ve stresle baş etme becerilerini geliştirmenin yaşanan yükü azalttığı⁵⁶, bakım vericinin eğitim düzeyi ile bakım yükü arasında negatif bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir.⁵⁷ Ayrıca bakım yükünün depresyon ve anksiyete ile de ilişkili olduğu saptanmıştır.⁵⁸

Ulusal literatürde şizofreni hastasına bakım veren aileler ile yapılmış bir çalışmada bakım verme rollerini yerine getirirken profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları ve bilgi gereksinimlerinin olduğu bulunmuştur. Ailelerin; hastalığın belirtileri ve mücadele yöntemleri, ilaçların normal veya beklenmeyen yan etkileri, hasta birey ile iletişim kurma, yasal haklar, saldırgan davranışları ile nasıl baş edecekleri konularında yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.²²

Genel olarak şizofreni hastasına bakım veren aileyi içine alan psikoterapötik bir yaklaşım aşağıdakileri içermelidir:

- Sizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında aileye bilgi verilmelidir.
- Hastalığın iyileşme durumunun birçok etkene bağlı olduğu belirtilmelidir.
- Aile içinde ve sosyal hayatta ilişkileri düzenlemeler ve geliştirmeler yapılmalıdır.
- Yüksek olan duygu dışavurumunu azaltacak önerilerde bulunulmalıdır.
- Aile üyesinin duygu dışavurumuna yol açacak suçlamalardan, yargılamalardan uzak durması sağlanmalıdır
- Aileler, şizofreni hasta ailelerinin kurduğu derneklere yönlendirilmelidir.
- Bireylerin gerçek beklentiler oluşturmalarına yardım edilmelidir.^{1,2,33}

2.4. Öz Etkililik Kavramı

Öz etkililik kavramı, insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak Sosyal-Bilişsel Kuram kapsamında Bandura tarafından tanımlanmıştır.⁵⁹ Bandura bu kavramdan

ilk kez 1977 yılında “*Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*” isimli araştırmasında söz etmiştir. Sosyal Öğrenme Kuramı’na göre bireyler kendi eylemlerini düzenleyerek ve insiyatif kullanarak davranışlarına yön vermektedirler.²⁴ Bandura’ya göre öz etkililik, davranışların oluşmasında etkili olan bir niteliktir. Ortaya çıkan problemlerle baş edebilme gücü ve herhangi bir performansı sergilemek için gerekli olan kapasite hakkında bireyin kendi algılayışı, inancı ve yargısıdır.⁶⁰ Bandura öz etkinliği, bireyin istenilen sonucu elde etmek için yapılması gereken davranışı başarılı şekilde gerçekleştirebilmesine olan inancı olarak tanımlamıştır.²⁴

Öz etkililik bireyin olası durumlar ile başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine ilişkin inancını ifade etmektedir.⁶¹

2.4.1.Öz Etkililiğin Bireyler Üzerindeki Etkisi

Öz-Etkililik Teorisi davranış değişikliğini başarmak ve anlamak için kullanılan bir çerçevedir. Bireyler öz-etkililiğin kendi davranışlarının bir belirleyicisi olduğuna inanmaktadırlar.⁶² Öz etkinlik beklentisi davranışsal değişimin en önemli belirleyicisidir, çünkü bu beklenti bir davranışı ortaya koymak için içsel kararı ve harcanan çabayı belirler.⁶⁰

Öz yeterlilik bireyin kendi kaynaklarına güvenmesidir. Yüksek bir öz yeterlilik başarı ve iyilik halinin oluşmasını, kişisel gelişimi ve becerilerin çeşitlenmesini sağlar.^{60,63}

Öz yeterlilik algısının kişilerin girişken olmalarında yüksek performansın bir açıklayıcı faktörü olabileceği belirtilmiştir.⁶⁴

Yapılan çalışmalarda öz-etkililik algısı yüksek olan bireylerin bir eyleme başladıklarında hedefe ulaşmak için öz etkililik algısı düşük olan bireylerden çok daha fazla mücadeleci davrandıkları belirtilmiştir.⁶⁵⁻⁶⁹ Özetle, öz-etkililik-yeterlilik algısı bireylerin stresle baş etme becerilerinin bir yansımasıdır.⁷⁰

Öz-etkililik kavramı; kognitif (kişisel hedefler, bireyin kendini değerlendirebilmesi ve analitik düşüncenin kalitesi), çevresel (olaylara meydan okuma) ve davranışsal (seçimlerini gerçekleştirime) durumlar olmak üzere üç faktörle ilişkilidir.^{71,72}

Kişilerde öz-etkililik düzeyinin düşük olmasının anksiyeteye ve çaresizliğe yol açabileceği belirtilmektedir.⁷³

2.4.2. Öz Etkililiğin Tedavide Kullanımı

Yapılan çalışmalar hastaların sağlıklarıyla ilgili davranışlarının oluşumu ve değiştirilmesinde öz yeterlilik kavramının kullanılmasının pozitif etkisi olduğu gösterilmiştir.⁷⁴⁻⁷⁷ Yapılan birkaç çalışmada hipertansiyonda ilaca bağımlık öz etkililik düzeyi ile kontrollü kan basıncı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.^{78,79}

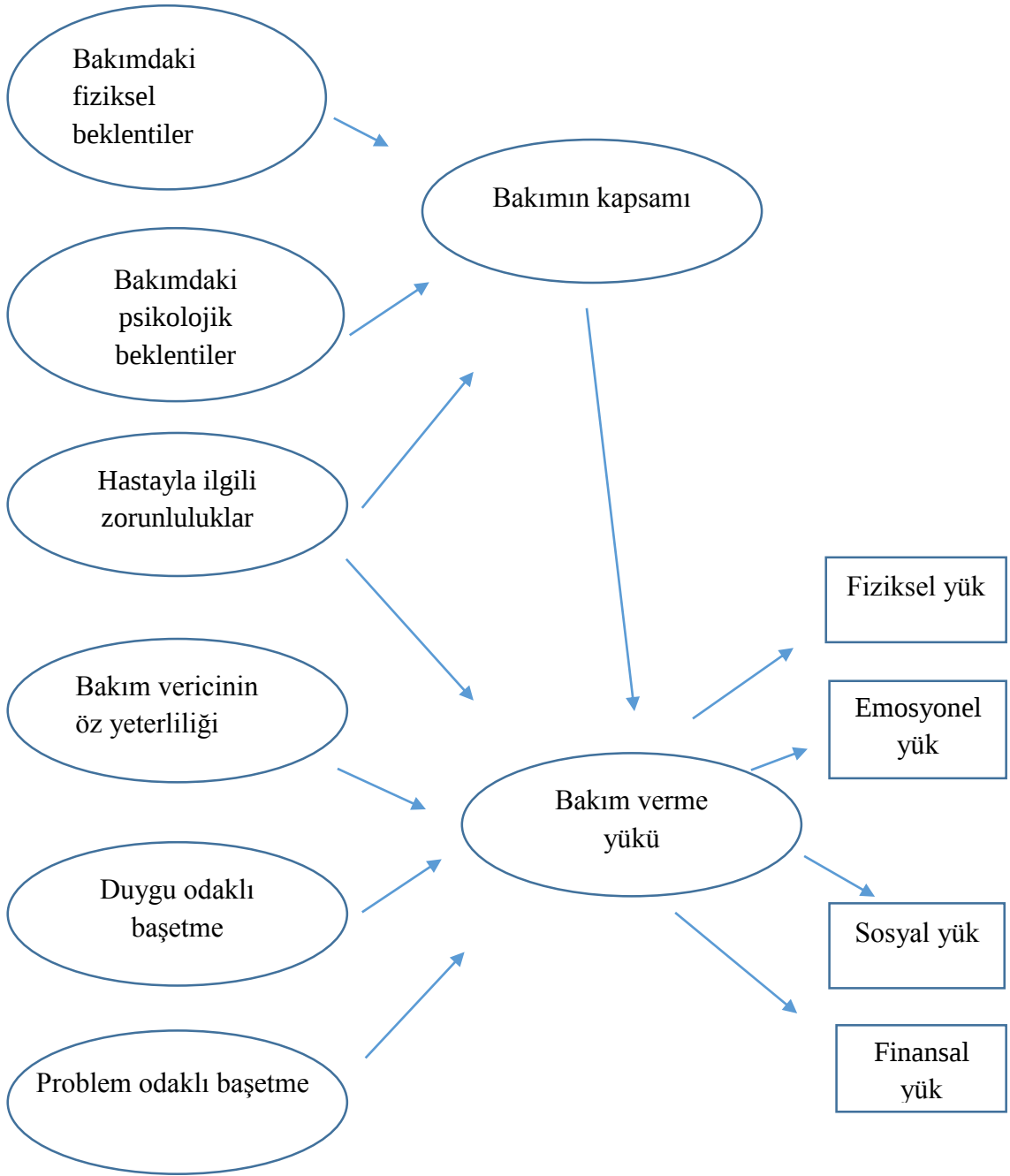
Psikiyatri alanında ise öz yeterlilik depresyonla^{80,81}, yaygın anksiyete⁸², travma sonrası tepkilerle ya da psikososyal zorlayıcılarla ilgili tepkilerle^{83,84} ilişkili bulunmuştur. Ayrıca öz etkililik düzeyinin ruhsal anlamda iyilik halini⁸⁵ ve tedavi sonrasında duygudurum bozukluğu olan hastaların artmış psikososyal uyumunu belirlediği saptanmıştır.⁸⁶

Madde bağımlısı olan bireylerde yüksek öz yeterliliğin olumlu gidişi belirleyen önemli bir etmen olduğu gösterilmiştir.^{87,88}

2.5. Bakım Yükü Kavramı

Bakım verme sürecinin kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini tanımlamak için yük kavramından bahsedilmiştir. Literatürde yük; bakım verenlerin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır.^{24,26} Şizofreni belirtilerinin, hastalık sürecinin ve yeti yitiminin, aileye ve topluma büyük bir maddi ve manevi yük getirdiği belirtilmektedir.⁸⁹

Şekil 2.3'te bakım verme yükünün ilişkili olduğu faktörler gösterilmiştir:



Şekil 2.4.⁹⁰ Bakım Verici Yük Modelinin Yapısal Şekli

2.5.1. Bakım Yükünün Tanımları

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır.⁹¹

Bakım veren yükü, bakım sürecinde yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade eder.⁹²

Bakım verme yükü; bakım verici kişinin zorlanması, kendini baskı altında hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilmektedir.⁹³

Yük, ruhsal hastalığı olan bireyin aile üzerindeki olumsuz etkisidir.⁹⁴

2.5.2. Bakım Verme Yükünün Aile Bireyleri Üzerindeki Etkisi

Bakım verme, bakım verici bireyin sağlığını ve iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Bakım veren bireylerin yaşadığı bakım verme yükünün yanısıra bakım vericinin hastaya karşı duygusal yükünün fazla olması, bakım verenin kendi sağlık sorunları, sosyal desteğin yetersiz olması gibi durumlar depresyon ve anksiyete gelişimini arttıran faktörlerdir. Depresyon ve anksiyete ise bakım verenin yaşam kalitesini düşüren ve dolaylı olarak hasta bakımını da olumsuz etkileyen önemli sorunlardandır.^{13,92}

Dunkin bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.⁹⁵ Larsen ve Bonnel bakım vericilerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulduğunu vurgulamışlardır.^{96,97} Bonnel bakım vericileri risk altındaki topluluklar olarak bildirmiştir.⁹⁷ Stommel' e göre depresyon, bakım verme işine bir reaksiyon olarak görülebilir ve bakım sürecini büyük ölçüde etkileyen bir durumdur.⁹⁸

Herhangi bir hastalığa bakım veren bireylerde iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı, kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, kas ağrısı, giyim ve kuşamda dağınıklık, konsantrasyon güçlüğü gibi fiziksel güçlükler ile huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon, iğneleyici davranışlar gibi emosyonel güçlükler görülebilmektedir.^{99,100}

Bedard ve ark. bilişsel fonksiyonlarında yetersizlik olan bireye bakım veren kişilerde psikiyatrik ve fiziksel morbidite riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.¹⁰¹

2.6. Şizofreni Hasta ve Ailelerinde Hemşirelik Yaklaşımı

Şizofreni hastalarının ailelerine destek sağlamaya yönelik girişimde bulunmak için dört aşamalı bir süreç tanımlanmaktadır: Birinci evrede, aileyle bağlantı kurularak hasta için planlanan tedavi ve bilgiler aile ile paylaşılır. Ailenin hastalığa tepkileri incelenir, endişeleri öğrenilir. Karşılıklı olarak amaçlar belirlenerek, tedavi sözleşmesi oluşturulur. Bu evrenin hasta ve ailesini tanımlama evresi olduğu düşünülebilir. İkinci evrede, şizofreni ile yaşamak için aile üyelerinin baş etmeleri üzerine odaklanılır. Ev içinde bakım sürecine katılabilecek diğer kişiler belirlenir. Aile içinde diğer bireylerin birbirlerine desteklerini geliştirebilecekleri planların oluşturulması sağlanır. Üçüncü evrede, ailelerle bireysel olarak tartışmalar yapılır. Bu evrede genellikle iki amaç yer alır. İlki ailenin sınırlılıklarını kuvvetlendirmek, ikincisi ise hastanın yavaş yavaş kendi sorumluluğunu üstlenmesini sağlamaktır. Dördüncü evrede, ileriye yönelik ulaşılacak amaçlar belirlenmektedir. Var olan ve oluşturulacak programlara katılım için ailenin cesaretlendirilmesi söz konusudur.¹⁰²

Psikiyatri hemşiresinin şizofreni hastasına bakım verenlere sağlayabileceği diğer bir destek alanı da psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin aileye sunulmasıdır. Psikiyatrik evde bakım hizmetleri, psikiyatri hemşiresinin de yer aldığı bir ekip tarafından yürütülmektedir.¹⁰³

Evde bakım uygulamalarının hastalığın tekrarlarını ve hastaneye yatış oranlarını azalttığı, kişiler arası ilişkilerde düzelmeye katkı sağladığı, toplumsal davranışlarında iyileşme ve yaşam kalitesinde artma sağladığı açıklanmaktadır. Aynı zamanda hastanın işlevselliğinde ve yaşam kalitesindeki artışın bakım veren aileyi de olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir.¹⁰⁴

Genel olarak şizofreni hasta ve ailesine bakım sürecinde bir psikiyatri hemşiresinin yaklaşımları aşağıdaki gibi olmalıdır:

- Bakım verici aile üyeleri duygusal anlamda desteklenmeli, kendilerini suçlamaları ve damgalamaları engellenmelidir.
- Hastanın bakımı ile ilgili aile üyelerine sorumluluklar verilmeli, aile bakıma dahil edilmelidir.
- Hastalığın belirtileri, prognozu, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri hakkında aileye eğitim verilmelidir.
- Aile yararlanabileceği toplumsal kurumlar ve dernekler hakkında bilgilendirilmelidir.
- Hasta ve ailesiyle terapötik iletişim ve ilişki kurulmalıdır.
- Toplum içinde her türlü damgalamanın önüne geçilmelidir.
- Şizofreni hasta bakımında toplumsal duyarlılık oluşturmak için çaba sarf edilmelidir. Medya organları kullanılmalıdır. ^{1,2,103,105}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Ön test-son test uygulamalı, kontrol grubu düzeninde tasarlanan yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzurum Bölge Eğitim Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Mayıs 2014 – Ekim 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi okuma salonu, mutfak, spor odası, eğitim odası, iş- uğraş odası, televizyon salonu ve yemek odasından oluşmaktadır. Merkezde bir psikiyatrist, bir psikolog, üç hemşire, bir sekreter, iki personel görev almaktadır ve merkez 2 yıldan beri hizmet vermektedir. Merkezde hastaların zamanlarını aktif ve faydalı geçirebilecekleri birçok aktivite bulunmaktadır (bilgisayar odası, spor salonu, yemek yapabilecekleri açık bir mutfak, kütüphane gibi). Ayrıca günlük belirlenmiş aktiviteler giriş kısmında bulunan panoda yer almaktadır. Grupla birlikte olmak isteyen hastalar bu aktivitelere katılabilmektedirler.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

Bakım Verenin;

Erzurum ili merkezinde ikamet etmesi

İletişime ve işbirliğine açık olması

Bakım verdiği hastanın en az bir yıl önce DSM V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olması

Bakım veren bireyin hasta ile en az altı aydır birlikte yaşıyor olması

Bakım veren bireyin hastanın bakımından doğrudan sorumlu olması

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini DSM V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve araştırma kriterlerine uyan şizofreni hastasına bakım veren aile üyeleri oluşturmaktadır (n=98).

Araştırmanın örneklemini belirlemek için ise priori güç analizi yapılmıştır. Güç analizi için benzer bir örnekleme yapılmış olan başka bir çalışma¹⁰⁶ referans alınmıştır. Yapılan analiz sonucu her grupta 7 katılımcı bulunması durumunda tek yönlü analiz için 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %80 güce ulaşılabileceği belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmanın örneklemini 21 katılımcı oluşturmuştur (Referans alınan yayın için, $n_1:18$, $n_2:13$, $\bar{X} 1:57,2\pm9,9$, $\bar{X} 2:34,3\pm9,9$, ES:2,30).

Örneklem için yeterli kişi sayısı belirlendikten sonra araştırmaya alınacak ailelerin seçim işlemine geçilmiştir. Bu işlem için basit rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Randomize olarak seçilen bireyler homojen olarak toplam 3 gruba ayrılmıştır. Araştırmanın örneklemini; KIPT teknikleri ve psikoeğitim uygulanan 1.grup (n=7), yalnız psikoeğitim uygulanan 2.grup (n=7) ve kontrol amaçlı kurulan 3.grup (n=7) olmak üzere toplam 21 şizofreni hasta ailesi oluşturmuştur. Aile üyeleri gruplara randomize olarak dağıtılmıştır. Herhangi bir nedenle aile üyelerinin araştırmadan ayrılması durumunda yer değişimi yapabilmek için her gruba 2 yedek aile üyesi atanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen aile üyelerinin seçimi aşağıdaki gibi gerçekleştirilmiştir:

İlk aşamada araştırmaya başlamadan önce Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı tüm şizofreni hasta aileleri telefonla aranmıştır. Ailelere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve görüşme talep edilmiştir. Görüşmeye gelen ailelere araştırma süreci, araştırma boyunca neler yapılacağı, kendilerinden neler isteneceği, araştırmanın kendilerine yapacağı katkılar ve araştırmanın ne kadar zaman alacağı anlatılmıştır. Daha

sonra verilen bilgiler doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerden ön kayıt alınmıştır.

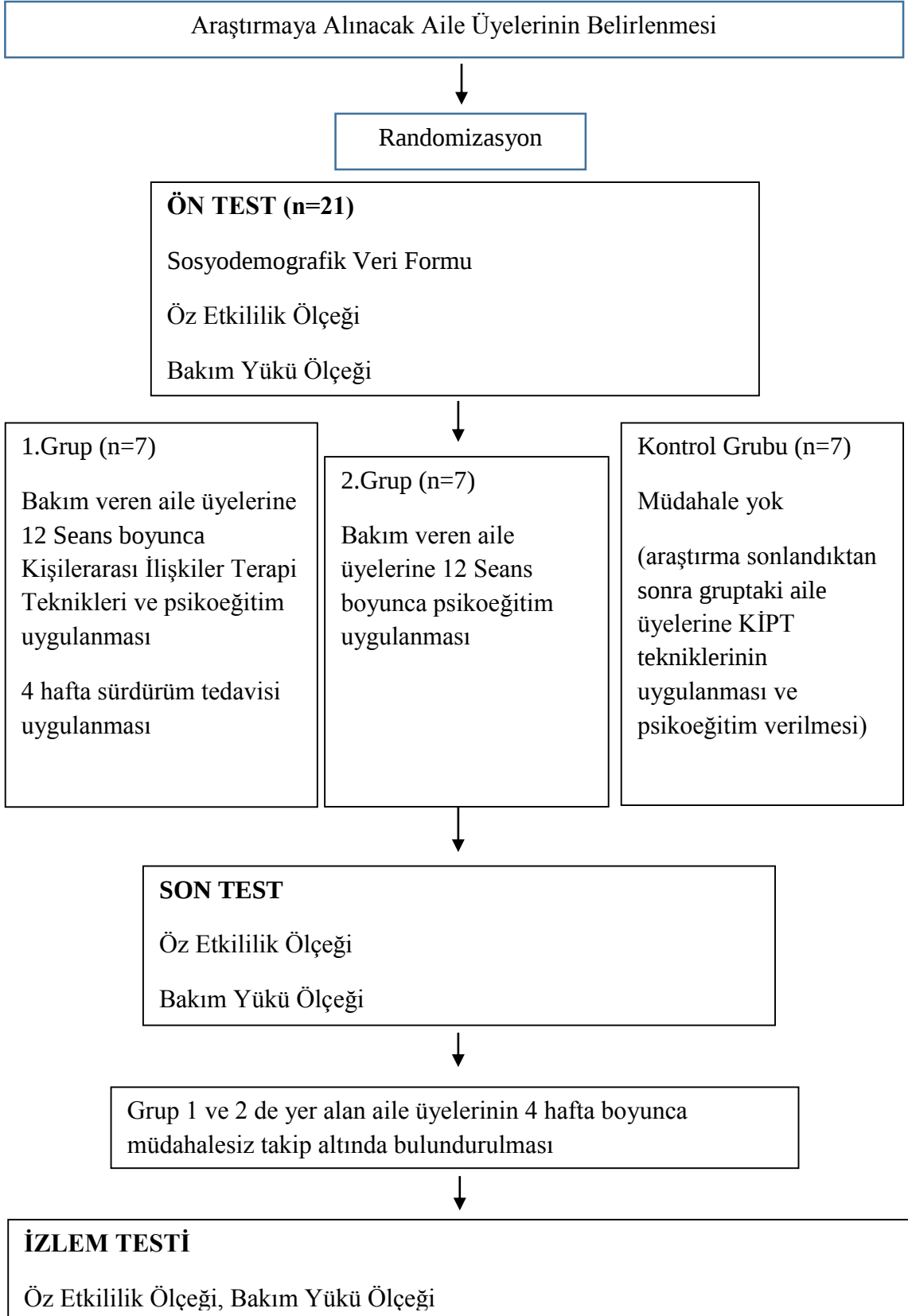
Görüşmeye gelmeyen ailelerin nedenleri arasında mesafenin uzak oluşu, bakım verici aile üyesinin çalışma durumu, süreci takip edememe kaygısı gibi nedenler yer almaktadır.

İkinci aşamada birinci aşamada ön kayıt alınan bireyler arasında araştırmaya alınma kriterleri açısından uygun olan aile üyeleri belirlenmiştir. Araştırmaya alınma kriterlerine uygun olmayan aile üyeleri araştırmaya dahil edilmemiştir.

Üçüncü aşamada kriterleri karşılayan aile üyeleri arasında basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak gruplara atama yapılmıştır. Seçimde ilk çıkan aile üyesi 1.gruba, ikinci çıkan aile üyesi 2.gruba ve üçüncü çıkan aile üyesi kontrol grubuna dahil edilmek üzere işlem sıra ile tekrarlanmıştır. Grup sayıları planlandığı gibi 7 aile üyesine ulaştıktan sonra kayıplar olabileceğı düşünülerek 2 seçim daha yapılmıştır (**Şekil 3.5**).

Araştırma süresince psikoeğitimle birlikte KIPT tekniklerinin uygulandığı birinci grupta girişimler başlamadan önce taşınma nedeni ile bir hasta ailesi ayrılmıştır. Daha önceden randomize olarak seçilen yedek aile üyesi gruba dahil edilmiştir. Araştırma tamamlanıncaya kadar her üç grupta da başka ayrılan aile üyesi olmamıştır.

ARAŞTIRMA SÜRECİ AKIŞ ŞEMASI



Şekil 3.5. Araştırma Süreci Akış Şeması

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Literatür verileri doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuş 15 sorudan oluşan bir ankettir (**EK-III**). Ankette aile üyelerinin eğitim durumları, medeni durumları, yaşları, ekonomik durumları sorgulanmaktadır. Ayrıca bakım verilen hasta ile yaşama süresi, bakımdan sorumlu olup olmadığı, hastanın tanısı gibi sorular da bulunmaktadır.

Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği

Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.¹⁰⁷ Ölçek bireyin öz etkililik yeterlilik düzeyini ölçmektedir. Gözüm ve Aksayan tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek öz değerlendirmeye dayalıdır.¹⁰⁸ Öz etkililik-yeterlilik; bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı ya da bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısını ifade eder. Ölçek herhangi bir duruma özgü olmayan genel ÖEY algısını ölçer. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği için Cronbach's Alfa katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenirliliği 0.92 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

Öz etkililik ölçeği 5'li likert tipi 23 maddelik bir ölçektir. Her bir madde için; 1 “beni hiç tanımlamıyor”, 2 “beni biraz tanımlıyor”, 3 “kararsızım”, 4 “beni iyi tanımlıyor”, 5 “beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireyin öz-etkililik yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (**EK-IV**).

Ölçeğin davranışa başlama (2,11,12,14,17,18,20,22), davranışı sürdürme (4,5,6,7,16,19), davranışı tamamlama (3,8,9,15,23) ve engellerle mücadele (1,13,21) başlığı altında dört alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyut puanları parantez içerisinde verilen maddelerin puanları toplanarak elde edilmektedir.

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup⁹², İnci tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır¹⁰⁹. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından 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. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğu belirtilmiştir (**EK-V**). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur.

Kişilerarası İlişkiler Envanteri / İlişki Çemberi

KİPT'nin her aşamasında uygulanacak olan bu envanterde amaç kişinin hayatında var olan insanlar ile ilişki düzeylerini belirlemek ve sorun alanlarını ortaya çıkarmaktır. Her seansta yenilenecek olan bu envanterle terapi teknikleri uygulanan birey, geçen zaman aralığında düşünce ve duygularının değişiminin farkında olacaktır. Seanslar boyunca çok yakın olan bir kişi çemberin dışına çıkabilirken dışarda olan biri, çemberin merkezine geçebilir. Envanter uygulanmasının amacı ilişkileri sistematik bir şekilde dizayn etmek ve terapi teknikleri uygulanan bireyin farkındalığını arttırmaktır. Terapi boyunca envanter tekrarlanır, çarpık ilişkiler ortaya çıkarılır. Kişi için en önemli olan iki

ya da üç sorun belirlenir ve çözüm yolları geliştirilir. Terapinin her aşamasında danışan aktiftir, terapistin görevi danışanı doğru yönlendirmek ve farkındalığını arttırmaktır. Envanterler kayıt altına alınır ve her hafta terapi uygulanan birey ile gözden geçirilir^{17,20} (EK-VI).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Girişimler

3.5.1. Psikoeğitim Programının Uygulanması

Bu araştırma kapsamında KIPT teknikleri ile psikoeğitimin birlikte uygulandığı 1.gruba ve yalnızca psikoeğitimin yer aldığı 2.gruba 12 hafta boyunca düzenli eğitimler yapılmıştır. Eğitim programlarının içeriği literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Araştırma boyunca ailelerin bilgi edinmek istedikleri konular için ayrıca zaman ayrılmıştır.

Psikoeğitim programı içerisinde genel olarak şizofreni hastalığından, belirti ve nedenlerinden, bakım verici ailelerin bakım süresince karşılaşılabilecekleri özel durumlardan, ilaç tedavisi, yan etkileri, tedaviye uyumun etkisinden, bakımda aile üyelerinin yaşadıkları genel sorunlar ve çözümlerden bahsedilmiştir.

Psikoeğitimler bakımdan sorumlu her aile üyesine haftada bir kez olmak üzere ayrı ayrı verilmiştir. Eğitimler ortalama 45 dakika zaman almıştır. Eğitimler sonrası aile üyelerinden geribildirimlerini ya da varsa sorularını almak için 15 dakika zaman ayrılmıştır. Eğitimler Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bulunan toplantı ya da seminer salonlarında yüz yüze yapılmıştır. Psikoeğitimler verilirken aile üyelerinin eğitim durumları ve anlama düzeyleri göz önünde bulundurulmuştur.

Hedeflenen eğitim programı tamamlandıktan sonra aileler için şizofreni hastasına bakım verirken ihtiyaç duyabilecekleri konular rehber niteliğinde kitapçık haline getirilmiş, aile üyelerine dağıtılmıştır.

Psikoeğitim Programının Uygulanması	
1.Hafta	Tanışma Bakım veren aile üyesi ile tanışma Bakım verilen hasta hakkında bilgi edinme Yapılacak psikoeğitim hakkında bilgi verme Psikoeğitimin öneminden ve eğitime devam etmenin sağlayacağı katkılardan bahsetme Aile üyelerinin bilgi gereksinimlerini belirleme
2.Hafta	Şizofreni Hakkında Genel Eğitim Şizofreni nedir? Hastalığın sebepleri nelerdir? Hastalığın belirtileri nelerdir? Şizofreni hastalığı nasıl seyreder, hangi durumlarda prognoz daha iyi/daha kötü devam eder?
3.Hafta	Aile üyesinin Bakım Verirken Yaşadığı Güçlükler Şizofreni hastasına bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunlar hakkında bilgilendirme Hastalığın alevlenmesine yol açabilecek özel durumlar nelerdir? Aile üyesinin yaşadığı sorunların ve tecrübelerinin konuşulması Aile üyesinin kriz dönemlerinde yaşadıkları deneyimlerin paylaşılması Aile üyesinin akut durumlara nasıl müdahale ettiğinin paylaşılması <i>(üçüncü haftanın sonunda tüm aile üyeleri yaşadıkları sorunları paylaştıktan sonra genel bir tablo çıkarılmış, ortak sorunlar belirlenmiş, çözüm önerileri başlığı altında psikoeğitim programının bir sonraki haftası</i>

	<i>yapılandırılmıştır. Daha özel sorunları olan bireyler ayrıca bilgilendirilmiştir.)</i>
4.Hafta	Bakım Sürecinde Yaşanılan Sorunlara Çözüm Önerileri Kriz anında yapılması gerekenlere yönelik bilgilendirme Hastalığın tekrarlandığını gösteren erken uyarı işaretlerinin anlatımı Şizofreniye müdahale hakkında doğru bilinen yanlışların belirtilmesi Başarılı bir kriz yönetiminin nasıl yapılacağı
5.Hafta	Şizofrenide Tedavi Şizofreni hastalığında kullanılan ilaçlar ve genel özellikleri Şizofreni ilaçlarının genel yan etkileri İlaç verirken dikkat edilmesi gereken noktalar Aile üyesinin tedavi süresince yaşadığı sorunların paylaşılması Hastanın ilacı içmek istemediği durumlarda neler yaptıklarının paylaşılması <i>(beşinci haftanın sonunda aile üyelerinin hastanın tedavisini uygularken yaşadıkları deneyimler paylaşılmış, ortak sorunlara çözüm önerileri bir sonraki haftanın konusu olarak psikoeğitim programına dahil edilmiştir)</i>
6.Hafta	Tedaviye Uyumda Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Hastanın tedavisinde aile desteğinin önemi İlacın zamanında ve doğru dozda alınmasının önemi Hastanın ilacı almak istemediği durumlarda yapılabilecek girişimler Hastanın kendi tedavi sorumluluğunu almasının bakıma katkıları
7.Hafta	Bakım Yüğü ve Öz-Etkililik Aile üyesinin yük algısının paylaşılması

	Bakım yükünü azaltmaya yönelik aile üyesinin deneyimlerinin paylaşılması Öz-Etkililik hakkında bilgilendirme Aile üyesinin öz etkililiği artırmaya yönelik girişimleri Aile üyelerinin şizofreni hakkındaki düşüncelerinin paylaşılması Toplum içinde şizofreni hastasına bakım vermekten dolayı yaşadıkları sorunlar ve duygularının paylaşılması <i>(yedinci haftanın sonunda aile üyelerinin bakım yükü hakkındaki genel sorunları ve yaptıkları uygulamalar, öz etkililik hakkındaki farkındalıkları ve girişimleri paylaşılmış ve bir sonraki haftanın konusu yapılandırılmıştır).</i>
8.Hafta	Şizofreni ile Mücadele Yöntemleri Bakım yükünün azaltılmasına yönelik yapılabilecek girişimler Öz-etkililiğin artırılmasına yönelik girişimler Problem çözme yöntemleri Damgalama ile mücadelede yapılabilecek girişimler Şizofreni hastalığı hakkında doğru bilinen yanlışlar/mitler
9.Hafta	İletişim Doğru ve yeterli iletişimin önemi Şizofreni hastası ile iletişim kurma İletişim sorunu olan hastaya yaklaşımda yapılması gerekenler Aile üyesinin duygularını ifade etme biçimleri Eleştirel, kollayıcı ya da koruyucu tutumların değerlendirilmesi Terapötik iletişim teknikleri ve öneriler

10.Hafta	Stres ve Öfke ile Mücadele Stres ve öfkenin tanımı Stresle baş etme yöntemleri Bakımda yaşanan strese yönelik yapılabilecek girişimler Öfke kontrolünün nasıl yapılacağı Şizofreni hastasına bakım verirken karşılaşılabilecek şiddetin önlenmesi
11.Hafta	Psikososyal Tedavi Merkezleri Aile üyesinin faydalanabileceği resmi ve sosyal kurumlar Aile üyeleri için devletin sağladığı imkanlar hakkında bilgilendirme Şizofreni hakkındaki dernekler ve yardım kuruluşları
12.Hafta (grup)	Araştırmaya Katılan Tüm Aile Üyeleri İçin Ortak Bir Platform Oluşturma Aile üyelerinin tanışması İnternet ortamında ya da kabul eden aile üyeleri arasında tlf numaralarının paylaşımı Genel bir değerlendirmenin yapılması Rehber niteliğinde hazırlanan kitapçıkların dağıtılması Eğitimin sonlandırılması

Şekil 3.6. Psikoeğitim Programının Uygulanması

3.5.2. KİPT Tekniklerinin Uygulanması

Araştırmacı çalışmaya başlamadan önce KİPT üzerine iki eğitim almıştır. Bu eğitimlerden ilki bireylere KİPT’i tanıtmayı amaçlayan, yol gösterici niteliğinde temel olan bir eğitimidir. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi kurs programında, deneyimli ruh sağlığı çalışanlarına, KİPT modeline giriş ile birlikte bu yaklaşımın nasıl uygulanacağı bilgisinin aktarılması amaçlanmıştır. Kurs programında konuyla ilgili genel ilkeler didaktik tarzda ve küçük grup aktiviteleri ile ele alınarak sunulmuş ve konuyla ilgili temel bilgiler üzerinde yoğunlaşmıştır. Uluslararası düzeyde sertifika sahibi olan kurs, Dr. Scott Stuart ve Dr. Oğuz Omay tarafından yürütülmüştür. Araştırmacı bu kursu başarıyla tamamlamıştır (**EK-VII**).

Araştırmacının almış olduğu diğer eğitim ise modüler eğitimidir. Modüler eğitim küçük gruplarda süpervizyon eşliğinde alınan yoğun klinik bir eğitimidir. Modüler süpervizyona katılmadan önce iki günlük KİPT A düzeyi eğitim kursunun tamamlanmış olması gerekmektedir. Modüler eğitim, KİPT sertifikasyonuna sahip olmak için seçilecek üç yoldan birisidir. Modüler eğitim, A düzeyi eğitim sonrasında 6-8 günlük ilave eğitimi gerektirmektedir. Katılımcılar ayda 1-2 günlük eğitim şeklinde bir araya gelmektedirler. Katılımcıların grup çalışmalarında sunmak ve tartışmak üzere gördükleri vakalardan vaka materyali getirmeleri beklenmektedir. Bireysel vakaların gözden geçirilmesine ek olarak KİPT’de anlar vurgulanmakta ve modüler şeklinde çalışılmaktadır. Araştırmacı modüler eğitimi de tamamlamış ve yeterlilik belgesini almaya hak kazanmıştır (**EK-VIII**).

Psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin uygulanması için araştırma süreci boyunca aile üyeleri bir hafta öncesinden telefonla aranmış ve uygun zaman için randevu talep edilmiştir. Tüm görüşmeler Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde yer alan toplantı ya da seminer salonlarında gerçekleştirilmiştir. Girişimlere başlanmadan önce eğitim düzeyi

yeterli olan aile üyeleri ölçek sorularını kendileri doldururken, okuma yazma bilmeyen aile üyelerine soruları okumada yakınları tarafından yardım edilmiştir.

Görüşmeler toplantı salonlarında ortalama 45 dk'lık süreler içerisinde gerçekleştirilmiştir. Bakım veren aile üyelerine yeterli zamanın sağlanması için randevular peşpeşe değil en az bir saat zaman aralığı bırakılarak ayarlanmıştır.

Aile üyelerine psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin uygulanmasında aşağıda verilen yönerge takip edilmiştir.

KİPT'in önemli bir özelliği olan görüşme gün ve saatlerinde esneklik gösterilmesi gereği tüm görüşmeler aile üyesinin istediği zaman aralığında ayarlanmaya çalışıldı. Psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin uygulandığı aile üyelerine psikoeğitimler ve KİPT teknikleri aynı hafta içerisinde farklı zamanlarda verildi. Her bir görüşme ortalama 45 dk zaman aldı. Girişimlerin uygulanmasında aile üyelerinin zamanında gelmemesi, görüşme esnasında kişilerin zaman zaman duygusal boşalmalar yaşamaları gibi zorluklar yaşandı. Tüm bu güçlüklerle rağmen KİPT'in tüm aşamaları eksiksiz yerine getirildi ve çalışma başarılı bir şekilde sonlandırıldı.

Kişiler Arası İlişkiler Terapi Tekniklerinin Uygulanması
1.Hafta: Tanışma Aile üyesi ile tanışılması Araştırma planı hakkında bilgi verilmesi Aile üyesinin beklentilerinin sorgulanması Kişilerarası İlişkiler Terapisi ve psikoeğitim hakkında bilgilendirme yapılması Aile üyesi ile yapılacak girişimler hakkında anlaşma yapılması
2.Hafta: Değerlendirme Aşaması Bakım veren aile üyelerine kişiler arası ilişkiler envanterinin uygulanması, sorun yaşanan bireylerin, sorunlu iletişim biçimlerinin ve sorun alanlarının belirlenmesi Görüşme boyunca ele alınacak, diğer kişilerarası ilişkileri en çok etkileyen ve çözülmesi mümkün olan bir ya da iki soruna aile üyesi ile birlikte karar verilmesi Bakım veren aile üyesinin gereksinim ve isteği doğrultusunda görüşme boyunca yapılacak olan eğitim başlıklarının oluşturulması
3.-5. Hafta: Başlangıç Görüşmeleri Görüşmeler boyunca envanterle belirlenen ve çözülmesi kararlaştırılan temel sorunların ve ilişkilerde yaşanan çatışmaların ele alınması Aile üyesine sorunların çözümüne yönelik haftalık ev ödevlerinin verilmesi ve her bir seansta bir önceki ev ödevinin başarılı ve başarısız olma sebeplerinin tartışılması Aile üyesinin sorunları çözmede “’şimdi ve burada”’ tekniğine odaklanması
6.-9. Hafta: Ara Görüşmeler Sorunlar üzerine çözüme yönelik derinlemesine analizin yapılması Araştırma başlangıcından itibaren gelinen noktaya kadar başarılı ve başarısız girişimlerin belirlenmesi, başarılı yönlerin desteklenmesi, başarısız girişimlerin değiştirilmesi

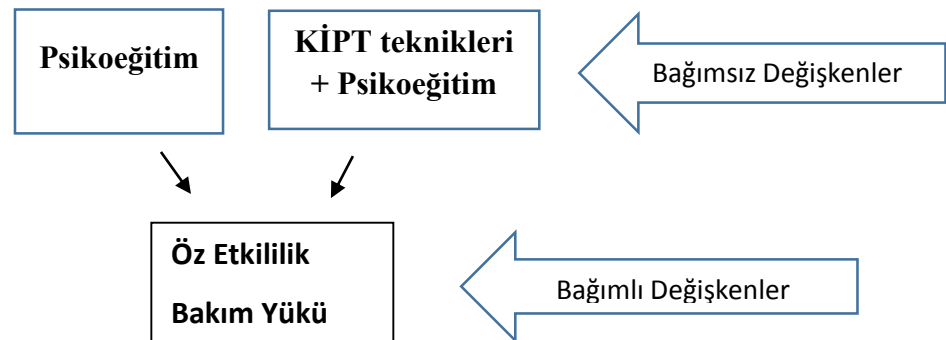
Her aşamada problem çözme becerisini artırmak için bireye sorumlulukların yüklenmesi
10-12. Hafta: Akut Tedavinin Sonlandırılması Bireyin düşünce ve davranışlarında meydana gelen değişime odaklanması Sorunlar ve çözümler hakkında farkındalığın oluşturulması Geleceğe yönelik hedeflerin belirlenmesi Bireyin sürdürüm tedavisine hazırlanması
13-16. Hafta: Sürdürüm Tedavisi Haftada 15 dk olmak üzere aile üyesine telepsikiyatri (internet veya telefon) ile destek verilmesi, durumunun kontrol edilmesi, gerekirse yüz yüze ek görüşmelerin sağlanması Görüşmelerin tamamlanması
17. Hafta: Deney grubunda yer alan tüm katılımcılara, aileler arası iletişim ve etkileşimi artırmak için bir ortak platformun oluşturulması (internet üzerinden hesap oluşturma veya kabul eden aile bireyleri arasında tlf numaralarını paylaşma)

Şekil 3.7. Kişiler Arası İlişkiler Terapi Tekniklerinin Uygulanması

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Öz etkililik düzeyi, Bakım yükü

Bağımsız Değişkenler: Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİPT) teknikleri, Psikoeğitim



Şekil 3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri

Araştırmaya alınan grup 1 (KIPT teknikleri + Psikoeğitim), grup 2 (Psikoeğitim) ve kontrol grubundaki bakım veren ailelerin ve bakım verdikleri şizofreni hastalarının cinsiyet, eğitim durumlarına, çalışma durumlarına, medeni durumlarına, aile yapısına, hastaya yakınlık durumuna ve yaşa göre aralarındaki farklara ilişkin tüm istatistiksel analiz değerleri anlamsız bulunmuştur. Bu sonuç araştırmaya alınan deney ve kontrol gruplarında bakım veren ailelerin ve bakım verdikleri hastaların cinsiyet, eğitim, çalışma ve medeni durumu, aile yapısı, hastaya yakınlık durumu ve yaşa göre benzer olduklarını göstermektedir (**Tablo 4.1 ve 4.2**)

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18 paket programında yapılmıştır. Örneklem yeterliliği için güç analizi, iç tutarlılık için Cronbach's alfa testleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar ve aritmetik ortalama, kontrol değişkenlerini belirlemek için ki-kare ve Kruskal Wallis testi, grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarda Friedman ve Kruskal Wallis testleri, ileri analizlerde ise Wilcoxon ve Dunnett testleri yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin (**EK-IX**). ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (**EK-X**). Ayrıca Araştırma kapsamındaki ailelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce aile üyelerine, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "aydınlatılmış onam" etik ilkesine uyulmuş, yapılacak işlemler hakkında önceden bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca çalışmanın yazım aşaması tamamlandıktan sonra profesyonel bir program aracılığı ile intihal değerlendirmesi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bakım verici aile üyelerinde psikotik herhangi bir bozukluğun ya da depresyon gibi bir hastalığın olup olmadığının herhangi bir ölçek yardımı ile belirlenememesi ve mesafenin uzak olması nedeni ile gelemeyeceğini belirten aile üyelerine ulaşımında zorluk yaşanması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırma sonuçları ilgili TRSM'ye kayıtlı bireylerin ailelerine (N=98) ve çalışmanın yapıldığı gruba benzer nitelikteki başka şizofreni hasta aile üyelerine genellenebilir.

4. BULGULAR

Demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilen ailelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde cinsiyet, eğitim, çalışma ve medeni durumları, aile yapısı, hastaya yakınlık durumu ve yaşa göre gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.1. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı (n=21)

Değişkenler	1.Grup (KİPT+Psikoeğitim)		2.Grup Psikoeğitim		Kontrol Grubu		Test Değeri
	n	%	n	%	n	%	P
Cinsiyet*							
Kadın	6	85.7	6	85.7	5	71.4	$X^2=0.618$ $p=0.734$
Erkek	1	14.3	1	14.3	2	28.6	
Eğitim Durumu*							
Okur yazar değil	1	14.2	4	57.1	3	42.8	$X^2=4.550$ $p=0.603$
İlköğretim	2	28.5	1	14.3	0		
Lise	2	28.6	1	14.3	2	28.6	
Üniversite	2	28.6	1	14.3	2	28.6	
Çalışma Durumu*							
Çalışıyor	1	14.3	2	28.6	2	28.6	$X^2=0.525$ $p=0.769$
Çalışmıyor	6	85.7	5	71.4	5	71.4	
Medeni Durum*							
Evli	5	71.4	4	57.1	4	57.1	$X^2=4.954$ $p=0.292$
Bekar	2	28.6	0		1	14.3	
Boşanmış/Dul	0		3	42.8	2	28.6	
Aile Yapısı*							
Geniş Aile	2	28.6	1	14.3	1	14.3	$X^2=0.618$ $p=0.734$
Çekirdek Aile	5	71.4	6	85.7	6	85.7	
Yakınlık Durumu*							
Anne	2	28.6	4	57.1	2	28.6	$X^2=4.886$ $p=0.559$
Baba	0		0		0		
Kardeş	3	42.8	1	14.3	1	14.3	
Eş	2	28.6	2	28.6	3	42.8	
Çocuk	0		0		1	14.3	
	$\bar{X} / ss$		$\bar{X} / ss$		$\bar{X} / ss$		Test Değeri
Yaş*	43.71±9.96		56.29±5.53		51.14±17.01		$KW=4.653$ $p=0.98$

*: kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

Şizofreni hastalarına ait demografik veriler Tablo 4.2’de görüldüğü gibidir.

Bakım verilen şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, medeni durumları ve yaşa göre aralarında anlamlı bir istatistiksel farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

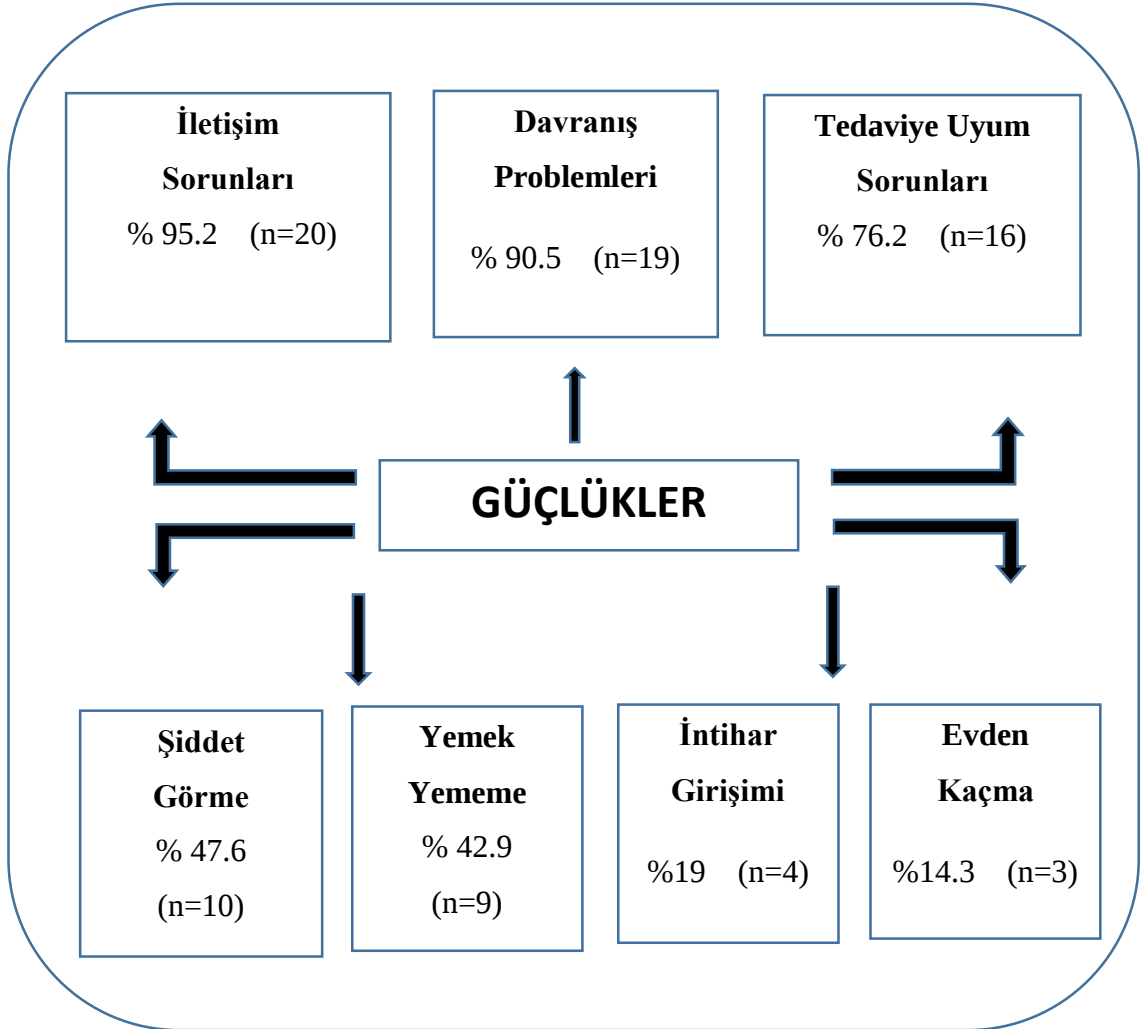
Tablo 4.2. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı (N=21)

Değişkenler	1.Grup (Kipt+Psikoeğitim)		2.Grup Psikoeğitim		Kontrol Grubu		Test Değeri
	n	%	n	%	n	%	P
Cinsiyet*							
Kadın	1	14.3	7	100	1	14.3	$X^2=3.571$ $p=0.059$
Erkek	6	85.7	0		6	85.7	
Eğitim Durumu*							
Okur yazar değil	0		2	28.6	1	14.3	$X^2=1.286$ $p=0.257$
İlköğretim	2	28.6	1	14.3	4	57.1	
Lise	5	71.4	2	28.6	2	28.6	
Üniversite	0		2	28.6	0		
Çalışma Durumu*							
Çalışıyor	2	28.6	0		0		$X^2=1.286$ $p=0.257$
Çalışmıyor	5	71.4	7	100	7	100	
Medeni Durum*							
Evli	3	71.4	2	57.1	4	57.1	$X^2=0.286$ $p=0.867$
Bekar	2	28.6	5		3	14.3	
Boşanmış/Dul	2		0	42.8	0	28.6	
	$\bar{X} / ss$		$\bar{X} / ss$		$\bar{X} / ss$		Test Değeri
Yaş*	34.57±19.20		46.14±15.51		41.85±13.64		$KW=1.522$ $p=0.467$

*: kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunlar incelendiğinde % 95.2’sinin hastalarının konuşmak istememe, amaçsız konuşma ya da hiç susmamayı içeren iletişim sorunları, % 90.5’inin kuralları çiğneme isteği, dezorganize hareketler, sayı ya da hareketleri yineleme gibi davranış problemleri yaşadığı, %

76.2'sinin ilaç içmek istememe, tedavi saatlerine uymama, gereğinden fazla ilaç alma, ilaç konusunda sağlık çalışanları ve aile üyeleri ile tartışma yaşadığı, % 47.6'sının evdeki eşyalara zarar verme, canını acıtma, kendine ve ailedeki bireylere tokat atma ve dövme gibi fiziksel temas içeren hareketlere maruz kaldığı, % 42.9'unun yemek saatlerine ve kurallarına uymama, yemek yemek istememe ya da aşırı yemek yeme isteği ile karşılaştığı, %19'unun ilaç içerek ya da herhangi bir araç kullanarak en az bir defa intihara kalkıştığı ya da suicid düşüncesi içerisinde olduğu, %14.3'ünün ise evden kaçma girişimi ile karşılaştığı saptanmıştır (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Karşılaştıkları Güçlüklerin Dağılımı (n=21)

KİPT teknikleri ile birlikte psikoeğitimin verildiği bakım verici aile üyelerine yaşadıkları kişilerarası sorunları belirlemek amacıyla kişilerarası ilişkiler envanteri uygulanmıştır. Aile üyelerinin %85.7'sinin iletişim ve sosyal destek alanında sorun yaşadıkları, %71.4'ünün stresle mücadele edemediği, %57.1'inin ise rol değişimlerine uyum gösteremedikleri saptanmıştır. Aile üyelerinin tamamı ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmada sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3. Grup 1’de Yer Alan Aile Üyelerinin Kişilerarası İlişkiler Envanteri ile Belirttikleri Sorunların Dağılımı (n=7)

SORUNLAR	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kişiler Arası İletişim Sorunları (iletişim kuramama, yanlış anlaşılma, dinlenilmeme, yetersiz ifade etme vs..)	6	85.7
Sosyal Destek Yetersizliği (bakım sürecinde yalnız kalma, sosyal imkanlardan yararlanamama/nasıl yardım alacağını bilememe vs..)	6	85.7
Stresle Etkisiz Mücadele (kişilerarası ilişki sorunlarından ve bakımın yükünden kaynaklanan stresi tolere edememe, gelecek kaygısı, etkisiz problem çözme yöntemleri kullanma vs..)	5	71.4
Rol Değişimleri (bakım verici rolünün tanımlanamaması, bakımın kadın rolü olarak dayatılması vs..)	4	57.1
Atlatılamayan Yas Süreci (birinin kaybıyla açıklanamayacak kadar şiddetli yas yaşama, geçmişte olan kayıpların acısını yeniden yaşamaya başlama vs..)	2	28.6
Toplumsal Etiketlenme (stigma yaşama, şizofreniden dolayı kişiler arası ilişki sorunları yaşama ya da bu korku ile sosyal izolasyon yaşama vs..)	2	28.6
Bilgi Edinmede Güçlük Yaşama (bakımda karşılaşılan güçlüklerle nasıl mücadele edeceğini bilememe, akut durumlarda şizofreni hakkında yetersiz bilgiye sahip olma vs..)	7	100

Birden fazla seçenek hakkı kullanılmıştır. Yüzdelere verilen yanıt sayısına göre alınmıştır.

Öz Etkililik ve Bakım Yüğü ölçeklerine ait gruplar arası ön test puan ortalamaları incelendiğinde (**Tablo 4.4**) tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Gruplar Arası Öz Etkililik ve Bakım Yüğü Öntest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		$\bar{X}$	SS	KW	P
Davranışa başlama boyutu	1.Grup	28.43	4.42	1.043	.594
	2.Grup	26.00	7.63		
	Kontrol	26.29	5.85		
Davranış sürdürme boyutu	1.Grup	22.00	4.28	0.366	.833
	2.Grup	20.86	7.69		
	Kontrol	21.00	7.02		
Davranış tamamlama boyutu	1.Grup	13.57	4.50	.877	.645
	2.Grup	13.86	5.61		
	Kontrol	11.86	5.30		
Engellerle mücadele boyutu	1.Grup	7.43	2.57	.774	.679
	2.Grup	6.71	3.49		
	Kontrol	6.29	3.20		
Öz Etkililik Ölçeği Toplam Puanı	1.Grup	71.43	14.12	.561	.756
	2.Grup	67.43	23.52		
	Kontrol	65.43	20.21		
Bakım Yüğü Ölçeği Toplam Puanı	1.Grup	66,86	7.40	.072	.964
	2.Grup	66.57	8.61		
	Kontrol	62.86	15.55		

Bakım vericilere ait son test sonuçları Tablo 4.5’de görölmektedir. Öz etkililik ölçeği gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde;

Davranışa başlama alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda 1.grubun puan

ortalamasının 2.gup ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.5**).

Davranışı sürdürme alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve bu farkın 1.gruptan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Birinci grubun puan ortalamasının ikinci grup ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir (**Tablo 4.5**).

Davranışı tamamlama alt boyutu son test puan ortalamaları incelendiğinde aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucu 1. ve 2. grubun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.5**).

Öz etkililiğin diğer bir alt boyutu olan engellerle mücadelenin son test puan ortalamalarına bakıldığında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptaki ailelerden kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucu 1.grubun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.5**).

Öz etkililik son test toplam puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucu 1.grupta yer alana ailelerin son test puanlarının 2.grup ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.5**).

Bakım yükü ölçeği toplam son test puan ortalamaları arasındaki sonuçlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda 1.grup puan ortalamasının 2.grup ve kontrol grubuna göre; 2. grup puan ortalamasının ise kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5. Gruplar Arası Öz Etkililik ve Bakım Yüğü Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		$\bar{X}$	SS	KW	P
Davranışa başlama boyutu	1.Grup	34.71	1.60	10.208	.006
	2.Grup	28.71	7.74		
	Kontrol	23.14	6.41		
Davranış sürdürme boyutu	1.Grup	29.14	2.54	10.118	.006
	2.Grup	23.14	4.18		
	Kontrol	19.43	5.65		
Davranış tamamlama boyutu	1.Grup	21.71	1.70	7.464	.024
	2.Grup	18.71	5.70		
	Kontrol	12.00	6.27		
Engellerle mücadele boyutu	1.Grup	11.43	1.90	6.906	.032
	2.Grup	9.43	2.93		
	Kontrol	6.71	3.49		
Öz Etkililik Ölçeği	1.Grup	97.00	6.68	9.086	.011
	2.Grup	80.00	19.31		
	Kontrol	61.29	21.27		
Bakım Yüğü Ölçeği	1.Grup	31.57	8.69	12.516	.002
	2.Grup	42.43	5.22		
	Kontrol	59.14	12.77		

Tablo 4.6’da ise izlem bulguları sunulmuştur. İzlem testinde;

Davranışa başlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki karşılaştırmalar incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucu 1.grup puan ortalamasının 2.grup ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.6**).

Davranışı sürdürme alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki $p<0.05$ önem düzeyinde anlamlı olduğu ve bu farkın 1.grubun puan ortalamasından kaynaklandığı saptanmıştır. Birinci grup puan ortalaması ikinci grup ve kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.6**).

Davranışı tamamlama alt boyutu son test puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan test sonucu 1. ve 2. grup izlem puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.6**).

Engellerle mücadelenin izlem puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan test sonucu ise 1. grubun izlem puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.6**).

Tablodan öz etkililik ölçeği izlem puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizi sonucu 1. grubun izlem puan ortalamasının 2.grup ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.6**).

Bakım yükü ölçeği izlem puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz sonucu 1.grubun izlem puan ortalamasının 2.grup ve kontrol grubuna göre; 2.grubun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.6**).

Tablo 4.6. Gruplar Arası Öz Etkililik ve Bakım Yüğü İzlem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		$\bar{X}$	SS	KW	P
Davranışa başlama boyutu	1.Grup	29.00	2.64	11.543	.003
	2.Grup	22.28	4.19		
	Kontrol	19.00	4.96		
Davranışı sürdürme boyutu	1.Grup	29.00	2.64	11.543	.003
	2.Grup	22.28	4.19		
	Kontrol	19.00	4.96		
Davranışı tamamlama boyutu	1.Grup	21.71	1.70	9.024	.011
	2.Grup	18.42	5.76		
	Kontrol	11.85	5.72		
Engellerle mücadele boyutu	1.Grup	11.42	2.37	7.586	.023
	2.Grup	9.00	2.30		
	Kontrol	6.14	3.71		
Öz Etkililik Ölçeği Toplam	1.Grup	96.57	6.77	10.380	.006
	2.Grup	78.14	17.98		
	Kontrol	59.42	19.66		
Bakım Yüğü Ölçeği Toplam	1.Grup	32.71	8.90	13.590	.001
	2.Grup	44.00	7.54		
	Kontrol	65.28	14.69		

Tablo 4.7’de bakım verici aile üyelerinin öz etkililik ve bakım yüğü puan ortalamalarının grupıçi karşılaştırması yer almaktadır.

KİPT teknikleri ve psikoeğitimin birlikte uygulandığı 1.grupta yer alan ailelerin öz etkililik ön test, son test ve izlem puan ortalamaları incelendiğinde tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğıu saptanmıştır ($p<0.05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucu davranışa başlama alt boyutu son test puan ortalamasının

ön test ve izleme göre daha yüksek olduğu, diğer tüm alt boyutlarda ve toplam puan üzerinde ön test puan ortalamasının son test ve izleme göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.7**).

Birinci grupta yer alan ailelerin bakım yükü puanları incelendiğinde ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucu ön test puan ortalamasının son test ve izlem puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.7**).

Yalnızca psikoeğitim uygulanan 2.grubun öz etkililik puan ortalamaları incelendiğinde davranışa başlama, davranışı sürdürme alt boyutları ile toplam ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

İkinci grupta yer alan ailelerin davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt boyutları öz etkililik puanları incelendiğinde ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu ($p<0.05$) ve yapılan ileri analiz sonucu bu farkın her iki alt boyutta da ön test puan ortalamasından kaynaklandığı bulunmuştur. Ön test puan ortalamasının , son test ve izlem puan ortalamasına göre daha düşük olduğu saptanmıştır (**Tablo 4.7**).

İkinci grupta yer alan ailelerin bakım yükü puanları incelendiğinde ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu ($p<0.05$) ve yapılan ileri analiz sonucu bu farkın ön test puan ortalamasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ön test puan ortalaması son test ve izlem puan ortalamasına göre daha yüksektir (**Tablo 4.7**).

Kontrol grubunda yer alan aile üyelerinin puan ortalamalarına bakıldığında yalnızca davranışa başlama alt boyutu ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu ($p<0.05$) ve yapılan ileri analiz sonucu son test puan ortalamasının ön teste göre; izlem puan ortalamasının ise ön test ve son teste göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.7**).

Kontrol grubunda yer alan ailelerin bakım yükü puan ortalamaların incelendiğinde ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonucu izlem puan ortalamasının son test puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.7**).

Tablo 4.7 Bakım Verici Aile Üyelerinin Öz-Etkililik ve Bakım Yükü Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

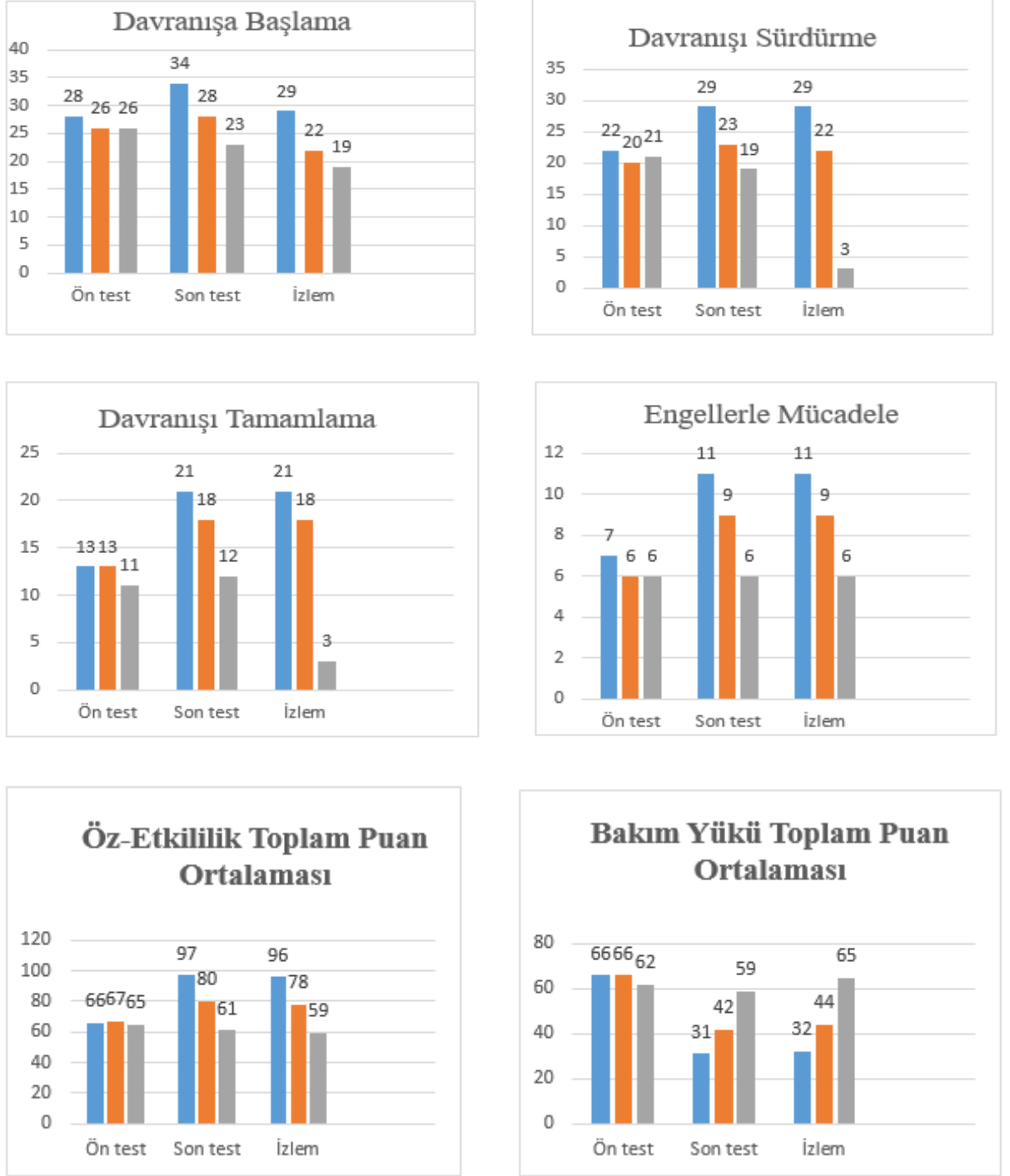
	Ön Test	Son Test	İzlem	Test*	
ÖLÇEKLER	$\bar{X}$ +SS	$\bar{X}$ +SS	$\bar{X}$ +SS	X ² f	p
1.GRUP	Davranışa Başlama	28.42±4.42	34.71±1.60	29.00±2.64	9.407 .009
	Davranışı Sürdürme	22.00±4.28	29.14±2.54	29.00±2.64	12.333 .002
	Davranışı Tamamlama	13.57±4.50	21.71±1.70	21.71±1.70	14.000 .001
	Engellerle Mücadele	7.42±2.57	11.42±1.90	11.42±2.37	10.800 .005
	Öz-Etkililik Ölçeği	71.42±14.12	97.00±6.68	96.57±6.77	12.080 .002
	Toplam Puanı				
	Bakım Yükü Ölçeği	66.85±7.40	31.57±8.69	32.71±8.90	12.000 .002
	Toplam Puanı				
2.GRUP	Davranışa Başlama	26.00±7.63	28.71±7.73	22.28±4.19	4.963 .084
	Davranışı Sürdürme	20.85±7.69	23.14±4.18	22.28±4.19	2.583 .275
	Davranışı Tamamlama	13.85±5.61	18.71±5.70	18.42±5.76	13.130 .001
	Engellerle Mücadele	6.71±3.49	9.42±2.93	9.00±2.30	10.182 .006
	Öz-Etkililik Ölçeği	67.42±23.52	80.00±19.31	78.14±17.98	6.000 .050
	Toplam Puanı				
	Bakım Yükü Ölçeği	66.57±8.61	42.42±5.22	44.00±7.54	11.185 .004
	Toplam Puanı				
KONTROL GRUBU	Davranışa Başlama	26.28±5.85	23.14±6.41	19.00±4.96	7.143 .028
	Davranışı Sürdürme	21.00±7.02	19.42±5.65	19.00±4.96	1.130 .568
	Davranışı Tamamlama	11.85±5.30	12.00±6.27	11.85±5.72	0.095 .953
	Engellerle Mücadele	6.28±3.19	6.71±3.49	6.14±3.71	1.200 .549
	Öz-Etkililik Ölçeği	65.42±20.21	61.28±21.29	59.42±19.66	5.852 .054
	Toplam Puanı				
	Bakım Yükü Ölçeği	62.85±15.55	59.14±12.77	65.28±14.69	7.143 .028
	Toplam Puanı				

1.Grup: KIPT Teknikleri+Psikoeğitim

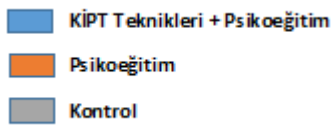
2.Grup: Psikoeğitim

* :Fridman testi

Bakım Verici Aile Üyelerinin Öz Etkililik ve Bakım Yükü Değerlerinin Grafikle Gösterimi



Şekil 4.8. Grup 1, grup 2 ve kontrol grubunda yer alan bakım verici aile üyelerinin gruplararası öz-etkililik ve bakım yükü puan ortalamalarının değişimi



TARTIŞMA

Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine psikoeğitimle birlikte uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KIPT) Tekniklerinin Öz Etkililik ve Bakım Yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmaya alınan ailelerin ve bakım verdikleri hasta bireylerin tanıtıcı bilgileri aynı zamanda kontrol değişkeni olarak alınmış ve gruplar arasında Tablo 4.1 ve 4.2’de gösterilen değişkenler açısından benzer oldukları belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin karşılaştıkları güçlükler arasında hasta ile iletişim kuramama, sosyal destek yetersizliği, hastanın davranış sorunları ile baş edememe, şiddete maruz kalma gibi sorunlar yer almaktadır (Şekil 4.7). Son yıllarda ulusal ve uluslararası literatürde şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin benzer alanlarda sorun yaşadıkları gösterilmiştir.^{11-13,110,111} Ülkemizde bakım vericilerin yaşadıkları güçlükleri tanımlayan birçok araştırma bulunmasına rağmen sorunların çözümüne yönelik olarak sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bakım vericilerin sorunlarını çözmeye yönelik çalışmaların sınırlı olması ve sorunların halen devam etmesi bu konuda daha etkin yöntemlerin kullanılmasını zorunlu kılmıştır. İletişim yetersizliği ve sosyal destek eksikliği gibi nedenlerle oluşan depresif belirtileri azaltmak, kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stresle baş etmeyi sağlamak ve kişilerarası işlevselliği artırmak amacıyla geliştirilmiş bir yöntem olan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi¹⁷ ülkemizde oldukça yeni kullanılan bir terapi yöntemidir. Bakım verici ailelerin yaşadıkları kişilerarası ilişki sorunlarını çözmede KIPT tekniklerinin etkin olabileceği düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında çeşitli yeme bozuklukları, somatizasyon, panik bozukluk, perinetal depresyon, borderline kişilik bozukluğu, kanser, majör depresyon, bipolar affektif bozukluk, post travmatik stres sendromu gibi çok farklı alanlarda KIPT ile

yapılmış çalışmalar bulunmaktadır.^{19,112-125} Ancak KİPT'in herhangi bir psikotik hastalığa sahip bireylerin bakım verenleri üzerinde girişimsel olarak kullanımına rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları KİPT tekniklerine benzer girişimsel başka çalışma sonuçları ve bu araştırmanın kendi bulguları üzerinden tartışılmıştır.

KİPT teknikleri ve psikoeğitimin birlikte uygulandığı birinci grupta yer alan aile üyelerinin grup içi ve gruplar arası öz etkililik değerlerinde önemli bir artış saptanmıştır (**Tablo 4.5-4.7**). Ulusal ve uluslararası literatürde öz etkililiği artırmaya yönelik yapılmış bireyler ya da gruplar arası destek sistemini geliştirme ve eğitim uygulama gibi girişimsel araştırmalar bulunmaktadır.¹²⁶⁻¹²⁸ Uygulanacak girişimlerin akut sorunlara kısa sürede çözüm üretebilecek, ekonomik ve ulaşılabilir seçilmesinin tedavi sürecini ve bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülmektedir. Öz etkililiği artırmak için yapılan diğer girişimlerle karşılaştırıldığında KİPT'in kısa sürede akut sorunlara etkin çözüm üretmesi ve yapılabilirlik açısından uygun bir tedavi yöntemi¹⁷ olması nedeni ile daha anlamlı etkileri olduğu düşünülmektedir.

Araştırma başlangıcında şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerini etkileyeceği düşünülen sorun alanları, KİPT'e özel bir veri sağlama aracı olan kişilerarası ilişkiler envanteri ile belirlenmiştir. Aile üyelerinin ilişki çemberi yardımıyla belirttikleri sorunların başında iletişim yetersizliği, sosyal destek eksikliği, stresle mücadele edememe ve hasta bakıcı rolüne uyum sağlayamama gelmektedir (**Tablo 4.3**). Öz etkililik ve bakım yükü kavramlarını etkilediği düşünülen bu sorun alanları envanter yardımıyla belirlenmiş, araştırma süresi boyunca KİPT teknikleri ve psikoeğitim uygulanarak çözülmeye çalışılmıştır.

Davranışsal değişimin en önemli belirleyicisi olan öz etkililik⁶⁰ düzeyinin bireylerin doğru ve yeterli iletişim kurabilmelerinden etkileneceği düşünülmektedir. Dolayısıyla bakım sürecinde yer alan kişilerin iletişim sorunlarını çözmenin öz etkililik

düzeylelerini artırdığı düşünölmektedir. Yaklaşık 16 hafta süren araştırma sonucunda bireylelerin iletişim durumlarında görölen olumlu ilerlemelerin öz etkililik düzeylelerini anlamlı etkilediğı belirlenmiştir. Öz etkililik düzeyinde görölen olumlu artışın envanterler yardımıyla bakım verenlerin yaşadığı sorunların net bir şekilde belirlenmesinden ve aile üyelerinde sorunlara yönelik farkındalık oluşturulmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen çarpıcı bir bulguda yalnızca psikoeğitimin uygulandığı 2. grupta öz etkililik toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir değişimin saptanmamasıdır (**Tablo 4.7**). Yine gruplar arası puan ortalamaları incelendiğinde ortaya çıkan anlamlı farklılığın 1.gruptan kaynaklandığı bulunmuştur (**Tablo 4.5**). Bu sonuçlar kişilerarası ilişki sorunlarını çözmek için önemli bir etken olan öz etkililiğı artırmada yalnızca eğitim vermenin yeterli olmadığı, psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin uygulanmasının etkili sonuçlar oluşturduğu düşünölmektedir.

Bireylelerin sorunlarla baş etmelerinde gerekli olan öz etkililik düzeylelerini etkileyen diğere bir faktör de sosyal destek sisteminin yetersizliğidir. Bakım verici bireylere uygulanan KİPT teknikleri ve psikoeğitim sonucu öz etkililiğın önemli bir bileşeni olan engellerle mücadele alt boyutu puan ortalamasında anlamlı bir yükselme saptanmıştır (**Tablo 4.5**). Engellerle mücadele bileşeni ve toplam puan üzerinde meydana gelen bu değişimin bireylelerin sosyal destek sistemlerini geliştirmelerinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Öz etkililik kişilerin yaşam boyu karşılaşacağı problemlerle baş edebilme gücünü etkileyen önemli bir faktördür. Yetersiz sosyal destek sistemi bireylelerin öz etkililik düzeyini olumsuz etkileyen durumların başında gelmektedir. Bu nedenle herhangi bir sorunu ele alırken mutlaka sosyal destek sisteminin iyileştirilmesi gerektiğı

düşünülmektedir. KİPT'in temel amacı ise bireyin sosyal destek sistemlerini geliştirmek, kişinin problem çözme başarısını kendisine bağlayarak öz güvenini artırmaktır.¹⁷

Sosyal desteği artırmaya yönelik yapılmış uluslararası çalışmalara bakıldığında aile üyelerine uygulanan eğitim ve destek programlarının bakım verenlerin hastalığı anlayabilme ve hastalık belirtileri ile baş edebilme güçlerini etkileyerek kendilerine olan güvenlerini artırdığı belirlenmiştir.¹²⁹⁻¹³⁰

Ülkemizde KİPT teknikleri gibi sosyal destek sistemini artırmak için yapılmış başka girişimsel çalışmalar bulunmaktadır. Yıldırım ve arkadaşlarının şizofreni hastasına bakım verenlerin destek sistemlerini artırmaya yönelik ailelere yapılan destek programının etkinliğini araştırdıkları bir çalışmada öz etkililiğin arttığı bulunmuştur.⁶³ Şizofreni hastasına bakım veren ailelere uygulanan destek programlarının stresle baş etme düzeyini artırdığı ve ruhsal sağlığa olumlu katkılarda bulunduğu belirtilmektedir.¹²⁷ Şizofreni hastasına bakım veren ailelere uygulanan destek programlarıyla ilgili yazılan bir derlemede de destek programlarının öz etkililik düzeyini artırdığı ifade edilmiştir.¹²

Araştırma başlangıcında envanterler yardımıyla bireylerin sosyal destek sistemlerini azaltan kişilerarası ilişki sorunları belirlenmiştir. KİPT teknikleri ve psikoeğitim ile birlikte belirlenen bu sorunlu ilişkiler ele alınmış, kişilerarası çatışmalar tanımlanmış, sosyal desteğin geliştirilmesi için hedefler belirlenmiş ve çatışmaların çözümlenmesi için sosyal becerilerin öğretilmesine odaklanılmıştır. Sosyal destek alanında yaşanan sorunların uygun KİPT teknikleri ile çözülmesi sonucu aile üyelerinin öz-etkililik düzeylerinde anlamlı bir artış gözlenmiştir (**Tablo 4.5**). **Şekil 4.8'** de gösterilen bu artışın elde edilmesindeki en büyük etkenin uygun KİPT tekniklerinin seçimi ve bu tekniklerin doğru uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ailelerin sosyal destek sistemlerini geliştirmeyi amaç etmiş ve bu yolla öz etkililik düzeylerini artırmış ulusal ve uluslararası çalışma sonuçlarıyla da paralellik göstermektedir.

Bakım verici aile üyelerinin öz etkililik düzeylerini etkileyen sorunlardan birisi de bireylerin stresle mücadelede yetersiz kalmalarıdır. Araştırmamıza katılan aile üyelerine psikoeğitimle birlikte uygulanan KIPT teknikleri sonucu öz etkililik düzeylerinde ve stresle mücadelede önemli bir bileşen olan engellerle mücadele alt boyutu puanlarında anlamlı bir artış görülmüş, ailelerin çalışma öncesi envanterle belirtmiş oldukları birçok soruna baş etme yöntemi geliştirdikleri saptanmıştır (**Tablo 4.5**).

Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal durumun bozulmasının en büyük etkenlerinden birinin stres karşısında etkisiz baş etme yöntemi kullanmak olduğu söylenmektedir. Uluslararası literatürde yapılmış bir çalışmada etkili baş etme yönteminin kullanılması daha iyi bir ruhsal durumla ilişkilendirilmektedir.¹³¹ Öz etkililik düzeyi kişinin problemlerle başa çıkmasının bir göstergesi olduğu söylenmektedir.⁶⁴ Yani stresle baş etme durumu ve öz etkililik düzeyi arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Dolayısıyla öz etkililik düzeyini artıracak her müdahalenin aslında şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin problemlerle başa çıkmadaki potansiyelini artıracığı düşünülmektedir.

Yine ülkemizde bireylerin stresle başa çıkma sorunlarını çözmek amaçlı yapılan çalışmalar incelendiğinde psikoeğitim ve baş etme programları uygulandığı^{132,133} ve aileler arası destek programlarının olumlu sonuçlar oluşturduğu belirtilmektedir.¹²⁷ KIPT de güncel kişilerarası sorunları ele almak ve kişiye problemlerle başa çıkma gücünü oluşturmak için geliştirilmiş bir yöntemdir.^{17,21} Araştırma boyunca bakım verici aile üyelerinin yaşadıkları en önemli sorunlar belirlenmiş, baş etme yöntemleri geliştirilmiş dolayısı ile öz etkililik düzeyleri artırılmıştır (**Tablo 4.5-4.7**)

Çalışma sonuçları konuyla ilgili yapılmış ulusal ve uluslararası çalışma sonuçlarına paralel niteliktedir.

Çalışma sonucunda elde edilen çarpıcı bulgulardan biri de yapılan izlem testi sonucunda davranışı sürdürme alt boyutu son test puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p<0.05$) ve bu farkın 1.grubun puan ortalamasından kaynaklandığı saptanmıştır. KIPT ve psikoeğitimin birlikte uygulandığı aile üyelerinin puan ortalaması yalnızca psikoeğitim uygulanan aile üyelerine ve kontrol grubunda yer alan aile üyelerine göre daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 4.6**). Bu sonucun elde edilmesinde sürdürüm tedavisinin etkili olduğu söylenebilir. Çalışma sonucunda sürdürüm tedavisi uygulanmış hasta sosyal anlamda yalnız bırakılmamıştır. KIPT'in diğer yöntemlere göre daha başarılı olmasındaki en büyük etkenlerden birinin "sürdürüm tedavisi" olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen bu sonuç bize psikoeğitimle birlikte uygulanan KIPT tekniklerinin şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin sorunlarını belirlemede ve çözmede, öz etkililik düzeylerini artırmada etkin ve kalıcı bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Öz etkililik, bireylerin belirsizlikten kaynaklanan güvensizliği ve rol değişimi için gösterilecek performansı etkileyen bir kavramdır. Öz etkililiğin kişinin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı şekilde yapabilme yeteneğine dair yargısı olduğu söylenmektedir.²⁴ Bu nedenle bireylerin rol değişimine uyum sürecini sağlıklı bir şekilde başarmalarının öz etkililik düzeylerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. KIPT'in ilgilendiği ve başarılı olduğu sorun alanlarından birisi de sosyal rollerdeki değişikliklerdir. Yeni bir işe girmek, taşınmak, boşanmak, emekliye ayrılmak ve kronik bir hastalık tanısı almak yaşamdaki önemli değişiklikleri içermektedir. Yine çocuk sahibi olmak, menapoza girmek ya da yaşlanmak gibi doğal yaşam döngüsüne ait değişimler KIPT 'de çözülebilecek sorun alanlarındandır.^{17,19} Aile

üyelerinden birine şizofreni gibi bir tanının konması yalnızca hastayı değil ona bakım veren aile üyelerini de etkilemektedir. Hastaya bakım verme rolünden dolayı oluşan yaşam değişiklikleri bazen bireyleri depresyona sokabilir. Yeni bir role uyum sağlamaya çalışmak için sosyal becerilerin geliştirilmesi, korku, endişe, güvensizlik gibi duygularla baş etmeyi gerektirir.^{17,134}

Bakım veren aileler ile yapılan görüşmelerde belirlenen sorun alanlarından bir diğeri de bakım verici rolünün tanımlanamamasıdır (**Tablo 4.3**). Daha öncesinde öğrenci, anne ya da kardeş olan bireyler bir anda kendilerini bakım verici rolü ile karşı karşıya bulduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca bu sürecin onlar için zorlu ve baş edilemez olduğunu da dile getirmişlerdir. Görüşülen aileler sosyal desteklerinin yetersizliği, bakımın zorluğu ve kişilerarası sorunların eklenmesiyle içinden çıkamaz bir hale geldiklerini ifade etmişlerdir. Yaklaşık dört ay süren görüşmelerde sorun alanı olarak rol değişimi seçilen aile üyeleri sosyal destek sistemlerini geliştirmişler, çatışma çözümü için yeni stratejiler oluşturmuşlardır. Aile üyelerinin rol değişim sürecini sorunsuz bir şekilde yaşamaları, öz etkililik düzeylerinde anlamlı bir artışa neden olmuştur (**Tablo 4.5**). Bu sonucun alınmasında öz etkililik düzeyini artıran ve değişim gücünü kişinin kendisinden kaynaklandığını savunan KİPT'in tekniklerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Yanısıra psikoeğitimlerin verilmesinin de ailelerin hastalığın belirtileri ile baş etme güçlerini artırdığı düşünülmektedir.

Psikiyatri hastalarına uygulanacak tedavilerin aile tedavileri ve sosyal müdahale programlarıyla bütünleştirilerek gerçekleştirilmesinin daha etkili olacağı söylenmektedir.^{1,34,53} Araştırmada, bakım veren aile üyelerinin zorlandıkları güçlüklerin başında gelen iletişim, sosyal destek, davranış sorunları, rol değişimi gibi alanlarda yaşadıkları sorunların çözülmesi sonucu öz etkililik düzeylerinde, gruplar arasında çarpıcı bulgular elde edilmiştir. Psikoeğitimle birlikte uygulanan KİPT teknikleri sonucu

1.grubun öz etkililik son test puan ortalamaları anlamlı düzeyde artış gösterirken (**Tablo 4.5-4.7**), yalnızca psikoeğitimin uygulandığı 2.grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.7**). Bu sonuç öz etkililik düzeyini etkileyen kişilerarası sorunları belirlemede ve çözmeye psikoeğitimin yanısıra KİPT gibi daha etkili destek sistemlerinin kullanılması gerektiğini göstermektedir.

Grup içi ve gruplar arası yapılan izlem sonucunda her iki grupta anlamlı değişimler olduğu ($p<0,05$) fakat bu değişimin 1.gruptan kaynaklandığı saptanmıştır (**Tablo 4.6-4.7**). Bu sonuç KİPT tekniklerinin kişilerarası sorunları çözmeye ve öz etkililik düzeyini artırmada daha etkili ve kalıcı olduğunu göstermektedir.

Tüm bu sonuçlar **H1: Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine psikoeğitimle birlikte uygulanan KİPT tekniklerinin öz-etkililiği artırmada etkisi yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre daha farklıdır** hipotezinin gerçekleştiğini göstermektedir. Öz etkililik düzeyini artırmada psikoeğitimle birlikte uygulanan KİPT teknikleri sonucu, yalnızca psikoeğitim uygulanan gruptan ve kontrol grubundan daha etkili bulunmuştur.

Araştırmamızda kişilerarası ilişkiler envanteri ile belirlenen en çarpıcı bulgulardan biri de bakım verici aile üyelerinin tamamının bilgi gereksinimlerini karşılamada sorun yaşamalarıdır (**Tablo 4.3**). Konuyla ilgili yabancı literatür incelendiğinde bakım veren ailelerin sosyal desteğe, hastalık hakkında bilgiye, bakım verici rolüne nasıl uyum sağlayacakları ve baş etme konularında desteğe ihtiyaç duydukları^{22,23,135} bu nedenle rehabilitasyon sürecinin sadece hastalara yönelik değil, aynı zamanda bakım verenlere de yönelik olması gerektiği belirtilmiştir.¹³⁶ Yine ülkemizde şizofreni hastasına bakım veren aileler ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde bakım verme rollerini yerine getirirken profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları ve bilgi gereksinimlerinin olduğu görülmektedir. Ailelerin; hastalığın belirtileri ve mücadele

yöntemleri, ilaçların normal veya beklenmeyen yan etkileri, hasta birey ile iletişim kurma, yasal haklar, saldırgan davranışları ile nasıl baş edecekleri konularında yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.^{12,22,28,29} Araştırmamıza katılan aile üyelerinin bilgi gereksinimleri yapmış olduğumuz psikoeğitimle giderilmeye çalışılmıştır. Ayrıca yapılan psikoeğitim sonucu aile üyelerinin bakım yükü değerlerinde de anlamlı değişimler gerçekleşmiştir (**Tablo 4.5, Şekil 4.8**).

Ailelerin bakım yüklerini azaltmaya yönelik ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Doğan ve ark.²⁸ şizofreni hastasına bakım veren ailelere eğitim vermişler ve üç ayın sonunda ailelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinde ve hastalıkla ilgili yaşadıkları güçlük düzeyinde bir azalma olduğunu bulmuşlardır. Yine yapılan araştırmalar psikoeğitimin bakım veren bireylerin bakım verme güçlüklerini azalttığını, psikoeğitim alan bireylerin stresle mücadelede daha etkin yöntemler kullanabildiklerini belirtmişlerdir.^{106,126,137}

Lanzara ve ark.¹³⁸ yaptıkları bir çalışmada bakım verici ailelerin en fazla sosyal ilişkiler alanında yük yaşadıklarını saptamışlardır. Yapılan bir çalışma¹³⁹ hastada hastalık şiddeti ve yeti yitimi ne kadar fazla ise ailelerin stresle baş etme yöntemlerini kullanamadıkları, bakım yükünde daha fazla artış olduğu ve aile üyelerinin ruh sağlığının olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Ayrıca literatürde bakım verenin şizofreni hakkındaki sahip olduğu bilgi düzeyinin de ruhsal sağlık durumlarını etkilediği, psikoeğitimsel müdahaleler ve aile grubunda yer almanın, bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunu güçlendirdiği açıklanmaktadır.¹⁴⁰⁻¹⁴²

Bu araştırmada da yapılan psikoeğitim sonucunda grup 1 ve 2’de bakım yükü değerlerinde anlamlı bir değişim saptanmıştır (**Tablo 4.5-4.7**). Fakat bakım yükünde görülen azalma her iki grupta da anlamlı olmasına rağmen izlem testlerinde KİPT ile

birlikte uygulanan psikoeğitimin bakım yükünü azaltmada diğer gruplara göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. (**Tablo 4.6**). KİPT teknikleri ile birlikte uygulanan psikoeğitim sonucu bakım yükü puanının yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba göre daha etkili azalmasının KİPT'in sosyal ilişkileri düzenlemesi ve bireylere davranış değişikliği gücünü kazandırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışma sonuçları da bakım verici bireylere yapılan psikoeğitim sonucunda bakım yükünün azaldığını kanıtlamış olup yurt içi ve yurt dışı çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen çarpıcı bir bulguda kontrol grubunda yer alan ailelerin bakım yükü ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın saptanmasıdır ($p<0,05$). Yapılan analiz sonucu izlem puan ortalamasının son test puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 4.7-Şekil 4.8**). Bu sonucun psikoeğitim ya da KİPT gibi profesyonel bir destek görmeyen aile üyelerinde bakım yükünün zamanla arttığını göstermektedir. Bu nedenle bakım verici ailelerin sosyal anlamda sürekli desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Bu sonuçlar **H2: Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerine psikoeğitimle birlikte uygulanan KİPT tekniklerinin bakım yükünü azaltmada etkisi yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba göre daha farklıdır** hipotezini desteklemektedir. Araştırma sonucunda her iki grubun bakım yükü değerlerinde anlamlı bir azalma saptansa da izlem testlerinde psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin daha kalıcı sonuçlar oluşturduğu belirlenmiştir.

Ruh sağlığı çalışanları aile müdahale programları aracılığı ile ailenin bakım verici rollerini yerine getirebilme, etkili baş etme davranışlarını geliştirme, kişilerarası ilişki becerisini arttırabilme, sorun çözme becerilerini geliştirebilme ve stresle baş edebilme becerilerini geliştirmede önemli rol oynamaktadır.^{1,12,13} Psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarından biri de hastaların ve bakım veren ailelerin eğitim gereksinimlerini

belirleme, bu gereksinimlere yönelik eğitim programları hazırlama, ailelere uygulama ve sonucu değerlendirmedir.¹⁰³ Psikiyatri hemşiresinin bu rolünü yerine getirebilmek için uygun müdahale yaklaşımlarını ve psikoeğitimi uygulaması gerektiği düşünölmektedir. Kişilerarası çatışmalar genellikle ya zayıf bir iletişimden ya da karşılıklı beklentilerin uyuşmamasından kaynaklanır.^{17,20} Yapmış olduğumuz bu çalışma sonucunda bakım vericilere uygulanan KİPT ve psikoeğitim sonucu, kişilerarası sorunlar belirlenmiş, iletişim çıkmazları çözülmeye çalışılmış, davranış değişikliği sağlanmış ve öz etkililik ve bakım yükünde etkili sonuçlar elde edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri ve psikoeğitimin, yalnızca psikoeğitim girişimine göre öz etkililiği arttırmada ve bakım yükünü azaltmada etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

KİPT teknikleri ve psikoeğitimin birlikte uygulandığı grupta öz etkililiğin yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre yükseldiği,

Yalnızca psikoeğitim uygulanan ikinci grubun öz etkililik puanlarında anlamlı bir değişimin olmadığı,

Her iki grupta da son test sonucu bakım yükü puanlarının azaldığı,

Bakım yükü puanında saptanan azalmanın izlem testlerinde psikoeğitimle birlikte KİPT tekniklerinin uygulandığı grupta anlamlı olarak devam ettiği,

Öz etkililik ve bakım yükü puanlarındaki değişimin sürekliliğin sağlanmasında KİPT teknikleri ve psikoeğitimin birlikte daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KİPT'in envanterler yardımıyla belirlenen diğer sorun alanlarında denenmesi,
- Psikiyatri Hemşireliği alanında KİPT'in farklı hastalıkların bakım verenlerinde de denenmesi,
- KİPT'in müdahale alanlarında yaygınlaştırılması,
- KİPT'in özellikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışanlar arasında yaygınlaştırılması,
- Bakım veren ailelerde öz etkililik düzeyini arttırabilecek girişimlere ağırlık verilmesi
- Ailelerin yaşadıkları bakım yükü düzeyleri ve bakım yüküne sebep olan alanlar farklı olabileceğinden alt boyutları olan ölçeklerin geliştirilmesi,

- Ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve bilgi gereksinimlerini belirleyen standart formların oluşturulması,
- Ayaktan tedavi gören hasta ve ailelerine eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Psikoeğitim programlarının psikiyatri kliniklerinde rutin uygulama haline getirilmesi,
- Psikiyatri hemşirelerinin psikoeğitim konusunda aktif rol almaları,
- KİPT'in bir müdahale yöntemi olarak kullanılmasının yaygınlaştırılması ve bu amaca yönelik eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Öztürk O, Uluşahin Ö. *Ruh Sağlığı Bozuklukları Kitabı*, 13. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
- 2.Güleç C. *Psikiyatrinin ABC'si*, 2. Baskı. İstanbul, Say Yayınları, 2014.
- 3.Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. (2010). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistemak bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*,2010; 20:1-14
- 4.Koroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayım Birliği, 2007: 184-204.
- 5.İşık E. *Güncel Şizofreni*, 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık, 2006.
- 6.Sağlık Bakanlığı. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. 2006.
7. Arieti S. Understanding And Helping The Schizoprenic.Çeviri: Eti A. *Bir Şizofreni Anlamak*, 2. Baskı. İstanbul, Doruk Yayıncılık, 2008.
8. Çekmecı S. Bir Akıl Hastalığı Olarak: Şizofreni. İçinde: Güveli M (ed). *Psikiyatri Penceresi*. İstanbul, Hayat Yayıncılık, 2005: 137-141.
9. Üçok A. *Şizofreni Nedir?* İstanbul, Janssen – Cilag Yayınları, 2008.
10. Çoban A. *Şizofreni Bin Parça Akıl*, 2. Baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2009.
- 11.İnan F, Duman Z. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyo demografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16: 205-211
- 12.Duman Z, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5: 79-94
- 13.Arslantaş H, Adana F. The burden of schizophrenia on caregivers, *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011, 3: 251-277.

14. Magana Sm, Garcia Jim, Hernandez Mg, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, 2007, 58: 378-384.
15. Perlick Da, Rosenheck Ra, Miklowitz Dj, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, Ostacher M, Patel J, Desai R. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 2007, 9: 262-273.
16. Doornbos Mm. Predicting family health in families of young adults with severe mental illness. *Journal Fam Nursing*, 2002, 8: 241-263.
17. Stuart S, Robertson M. *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. İçinde: Omay O, Aydın A. (Çeviri editörleri). London, Edward Arnold, 2003: 1-4.
18. Hızlı Sayar G, Ozten E, Onenunsalver B. Bipolar bozuklukta kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisinin temel ilkeleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6: 438-446
19. Alkan M. Majör depresyon ve yineleyici depresyonda kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2007, 3: 52-59.
20. Stuart S. Brief C. Interpersonal psychotherapy. in the art and science of brief psychotherapies: a practitioner's guide. eds: dewan mj, steenbarger bn, greenberg rp, arlington. *American Psychiatric Publishing*, 2004, 119-155.
21. Robertson M, Rushton P, Wurm C. Interpersonal psychotherapy: an overview. *Psychotherapy in Australia*, 2008, 14: 46-54.
22. Durmaz H, Okanlı A. 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*, 2014, 28: 290-294.
23. Chien W, Norman I. Educational needs of families caring for chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44: 490-498.

24. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84: 191-215.
25. Stuifbergen Ak, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 2000, 49: 122-129.
26. Chou K. Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 2000, 15: 398-407.
27. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 2007, 16: 739-747.
28. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 3: 240-248.
29. Gümüş B. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 33-42.
30. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*. 3. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
31. Stefan M. Travis M. Murray RM. *An Atlas of Schizophrenia*. New York. The Parthenon Publishing Group, 2004: 7-42.
32. Sadock Bj, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri*. İçinde: Aydın H, Bozkurt A (Çeviri editörleri). Ankara, Güneş Kitabevi, Öncü Basımevi, 2005.
33. Koroğlu E. *Birinci Basamakta Psikiyatri El Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2010.
34. Yıldız M. *Şizofreni Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek*, İstanbul. Okuyan Us Yayın Eğitim Danışmanlık Tıbbi Malzeme ve Reklam Hizmetleri San ve Tic Ltd Şti, 2005, 2:12.
35. Jacobson JI, Jacobson AM. *Psikiyatrinin Sırları*, İçinde: Kayaalp L, Doğangün B, (Çeviri editörleri). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.

36. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M et al. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:291-298.
37. Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001, 36:86-93.
38. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007, 58:378-384.
39. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009, 46:10-14.
40. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010, 21:203-212.
41. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13: 143-151.
42. Chien WT. Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *Open Nurs J* 2008; 2:28-39.
43. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:81-97.
44. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:240-248.
45. Mohr KW. Partnering with families. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000; 38:15-22.
46. Klerman Gl, Weissman Mm, Rounsaville Bj, Chevron Es. *Interpersonal Psychotherapy Of Depression*. New York: Basic Books, 1984.

47. Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Canadian Family Physician*, 2007, 53: 1469-1475.
48. Mestçioğlu Ö, Sorgun, E. *Travmatik Tas. İçinde Aker T, Önder M.E. (Ed.), Psikolojik Travma ve Sonuçları*. İstanbul: 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık. 2003: 179-193
49. Swartz HA, Markowitz JC, Frank E. *Interpersonal Psychotherapy For Unipolar And Bipolar Patients*. In: Hofman Sg, Tompson M, Eds. *Treating Chronic And Severe Mental Disorders: A Hand Book of Empirically Supported Interventions*. New York City, Guilford Press, 2002, 131-58.
50. Weissman Mm, Markowitz Jc, Klerman Gl. *Comprehensive Guide To Interpersonal Psychotherapy*. New York, Basic Books, 2000.
51. Robertson M, Rushton P, Wurm C. Interpersonal psychotherapy: an overview. *Psychotherapy in Australia*, 2008, 14: 46-54.
52. Alkan M. Interpersonal psychotherapy. *Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry Special Topics*, 2009, 2: 14.
53. Yıldız M. *Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Beceri Eğitimi*, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 2011: 6-12.
54. Doğan O. Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9: 33-37.
55. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Et All. Family burden in long term elisea ses: a comparative study in schizopheria. *Physical Disorders Social Science Mecl*, 2005, 61: 313-322
56. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Current Opinion Psychiatry* 2005, 18: 684-691

- 57.Li J, Lambert Ce, Lambert Va. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's republic of china. *Nursing Health Scienc.* 2007, 9: 192–8.
- 58.Aydın A, Eker Ss, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46: 10-4.
- 59.Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychol*, 1989, 44: 1175-1184.
- 60.Bandura A, Adams Ne. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy Research*, 1977, 1: 287-310.
61. Bandura, A. 1986. Social Foundation of Thought and action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.
- 62.Holloway A, Watson He. Role of Self-Efficacy And Behavior Change. *International Journal Nursing Practice*, 2002, 8: 106-15.
- 63.Yıldırım F, İlhan İ. Genel öz yeterlilik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21: 301-308.
- 64.Çetin F. Örgüt içi girişimcilik öz yeterlilik algısı ve kontrol odağının rolü, *Business And Economics Research Journal*, 2011, 2: 69-85.
- 65.Usher El, Pajares F. Sources of academic and self-regulatory efficacy beliefs of entering middle school students, *Contemporary Educational Psychology*, 2006, 125–141.
- 66.Zengin N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10: 49-57.

- 67.Hampton NZ, Mason E. Learning disabilities, gender, sources of efficacy, self-efficacy beliefs, and academic achievement in high school students. *Journal Of School Psychology*, 2003, 41: 101– 112.
- 68.Fernandez S, Chaplin W, Schoenthaler AM, Ogedegbe G. Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African Americans. *Journal Behaviour Medical*. 2008, 31: 453-62.
- 69.Mclaughlin K, Moutray M, Muldoon Ot. The role of personality and self-efficacy in the selection and retention of successful nursing students: a longitudinal study. *Journal Of Advanced Nursing*. 2008, 61: 211–221.
- 70.Gözüm S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği“nin türkçe formunun yapı geçerliliği: öz-etkililik-yeterlik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999, 2: 21-34.
- 71.Moores TT, Chang JC. Self-Efficacy, Overconfidence and the negative effect on subsequent performance: a field study. *Information and Management*, 2009, 46:69-76.
- 72.Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review Of Psychology*, 2001, 1–26.
- 73.Ünal Keskin G, Orgun F. Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006, 7: 92-99.
- 74.Bandura A, The primacy of self-regulation in health promotion. *International Review Appl Psychol*, 2005, 54: 245-254.
- 75.Lau-Walker M, Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal Adv Nurs*, 2004, 48: 216-225.
- 76.French Dj, Holroyd Ka, Pinel C, Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache*, 2000, 40: 647-656.

- 77.Mancuso Ca, Rincon M, Mcculloch Ce, Self-efficacy, depressive symptoms and patients' expectations predict outcomes in asthma. *Medical Care*, 2001, 39: 1326-1338.
- 78.Hacıhasanoğlu R, Gozum S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle, behaviors and bmi in a primary health care setting. *Journal Clinical Nursing* 2011, 20: 692-705.
- 79.Gözüm S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 2009, 8: 129-36.
- 80.Hermann Ks, Betz Ne, *Path Models Of The Relationship Of Instrumentality And Expressiveness To Social Self-Efficacy, Shyness, And Depressive Symptom*, Sex Roles, 2004, 51: 55-66.
- 81.Pössel P, Baldus C, Horn Ab, Influence of general selfefficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 2005, 46: 982-994.
- 82.Stanley MA, Novy DM, Hopko DR. *Measures Of Self efficacy and Optimism In Older Adults With Generalized Anxiety*. Assessment, 2002, 9: 70-81.
- 83.Benight Cc, Bandura A, Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Researc and Theraphy*, 2004, 42: 1129-1148.
- 84.Mikkelsen Eg, Einarsen S, Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scand Journal Psychology*, 2002, 43: 397-405.
- 85.Magaletta Pr, Oliver Jm. The hope construct, will, and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal Clinical Psychology*, 1999, 55: 539-551.

- 86.Cutler CG. Self-efficacy and social adjustment of patients with mood disorder, *Journal American Psychiatr Nurses Association*, 2005, 11: 283-289.
- 87.Hasking Pa, Oei Tps. Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. *Addiction Behaviour*, 2007, 32: 99-113.
- 88.Lozano Be, Stephens Rs, Roffman Ra. Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence, *Addiction*, 2009, 101: 1589-1597.
89. Baskak B, Atbaşoğlu C, Saka MC. Şizofreni etiyolojisinde psikososyal etmenlerin rolü: antipsikiyatriden gen çevre etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46:1-9.
- 90.Yalçın E, Yalçın M, Dikici M, Chou KR. Caregiver Burden: A concept analiysis. *Journal of Pediatric Nursing* 2000, 15: 398-407.
- 91.Türk Dil Kurumu. Bakım Yüğü. <http://www.tdk.gov.tr> , 13.04.2014.
- 92.Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden, *Gerontologist*, 1980, 20: 649-655.
- 93.Kasuya Rt. Polgar-Bailey P. Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians, *Postgraduate Medic*, 2000, 108: 119-123.
- 94.Grandón P, Jenaro C, Lemos S, Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res*, 2008, 158: 335-43.
- 95.Dunkin Jj, Anderson-Hanley C. *Dementia Caregiver Burden: A Review Of The Literature And Guidelines For Assessment And Intervention*. Neurology 1998.
- 96.Larsen Ls, Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal Psychosoc Nursing Mental Health Serv*. 1998, 36: 26-32.
- 97.Bonnel WB. Not gone and not forgotten: a spouse's experience of late-stage alzheimer's disease, *Journal Psychosoc Nursing Mental Health Serv*, 1996, 34: 23-27.

- 98.Stommel M, Collins Ce, Given Ba. *The Costs Of Family Contributions To The Care Of Persons With Dementia*, *Gerontologist*, 1994, 34: 199-205.
- 99.Deeken Jf, Taylor Kl, Mangan P, Yabroff Kr, Ingham Jm. Care for the caregivers: a review self-report intruments developed to measure the burden. needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 2003, 26: 922-953.
- 100.Dew MA, Myaskovsky L, Dimartini Af, Switzer Ge, Schulberg Hc, Kormos Rl. Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients, *Psychological Medicine* 2004, 34: 1065–1082.
- 101.Bedard M, Koivuranta A, Stuckey A. Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively imparied older adult: rural versus urban settings, *Canadian Journal Of Rural Medicine* 2004, 9: 15-23.
- 102.Mohr W. Partnering with families, *Journel Psychiatric Nursing*, 2000, 38: 15-22.
- 103.Kum N. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul, 2000
- 104.Doğan O. Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2: 41-46.
- 105.Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İtanbul Tıp Kitabevi, 2015
106. Tanrıverdi D, Ekinçi M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International journal of nursing practice*, 2012, 18: 281-288.
107. Sherer M et all. The self-efficacy scale construction and validatian, *Psychological Reports*, 1982, 51: 663-671
108. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 1999, 2(1).

109. İnci, F.H, Erdem. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2008, 11(4).
- 110.Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. *Quality of Life In Caregivers of Patients With Schizophrenia: A Health And Quality of Life Outcomes*, 2009, 7: 84.
- 111.Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured?, *European Psychiatry*, 2004, 19: 408-414.
- 112.Carter FA, Jordan J, McIntosh VVW, Luty SE, Mckenzie JM, Frampton CMA, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial, *International Journal Of Eating Disorders*, 2011, 44: 647-654.
- 113.Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 2010, 67: 94-101.
- 114.McIntosh VVW, Jordan J, Carter FA, Luty SE, Mckenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal Of Psychiatry*, 2005, 162: 741-747.
- 115.Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 2002, 59: 713-721.
- 116.Agras W, Walsh B, Fairburn CG, Wilson G, Kraemer HA. Multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, *Archives Of General Psychiatry*, 2000, 57: 459-466.

- 117.Fairburn CG. *Interpersonal Psychotherapy For Bulimia Nervosa*. Eds: Klerman GL, Weissman MM, Washington Dc: American Psychiatric Press, New Applications Of Interpersonal Psychotherapy, 1993: 353-378.
- 118.Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Henningsen P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial, *The British Journal Of Psychiatry*, 2012, 200: 60-67.
- 119.Lipsitz JD, Gur M, Miller NL, Forand N, Vermes D, Fyer AJ. An open pilot study of interpersonal psychotherapy for panic disorder (ipt-pd). *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2006, 194: 440-445.
- 120.Altın GE. Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası psikoterapi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4: 189-203
- 121.Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change. *Journal Of Clinical Psychology*, 2006, 62: 431.
- 122.Donnelly JM, Kornblith AB, Fleishman S, Zuckerman E, Raptis G, Hudis CA, Holland JCA. Pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners, *Psycho-Oncology*, 2000, 9: 44-56.
- 123.Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, Verdeli H, Wickramaratne P, Ndogon L, Bolton P. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural uganda: 6-month outcomes. *The British Journal Of Psychiatry*, 2006, 188: 567-573.
- 124.Hizli Sayar G, Ozten E, Onen Unsalver B. *Bipolar Bozuklukta Kişilerarası İlişkiler Ve Sosyal Ritim Terapisinin Temel İlkeleri*, 2014.

- 125.Kathryn L, Bleiberg PD, John C, Markowitz MD. A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder, *American Journal Psychiatry*, 2005, 162: 181–187.
126. Yıldırım A, Buzlu S, Aşlar R.H, Camcıoğlu T. H, Erdiman S, Ekinci M. Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2014, 25: 1-7
127. Bademli K, Cetinkaya D. Z. Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22: 255-65.
- 128.Chien Wt, Thompson Dr, Norman I. Evaluation of peer-led mutual support group for chinese families of people with schizophrenia. *American Journal Community Psychol*, 2008, 42: 122-134.
- 129.Lehman A.F, Lieberman J.A., Dixon L. B, McGlashan T. H, Miller A.L., Perkins D.O, Kreyenbuhl J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *The American Journal Of Psychiatry*, 2004, 161: 1-56.
- 130.Solomon, J., & George, C. Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 1996, 17, 183-197.
- 131.Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Hong J. Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 2004, 74: 187.
132. Macleod SH, Elliott L, Brown R What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International Journal Nursing Study* 2011, 48: 100–20.
133. Dixon L, Lucksted A, Stewart B ve ark. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *ACTA Psychiatrica Scandinavia*, 2004, 109: 207-15.

134. Wiessman Mm, Markowitz Jc, Klerman Gl. *Comprehensive Guide To Inter Personal Psychotherapy*. New York, Basic Books, 2000.
135. Chambers M, Ryan Aa, Connor Sl . Exploring The Emotional Support Needs And Coping Strategies Of Family Carers, *Journal Psychiatr Menthal Health Nursing*, 2001, 8: 99-106.
136. Kuşcu MK. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000, 8: 30-34
137. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1: 133-142.
138. Lanzara D, Cosentino U, Lo Maglio Am, Lora A, Nicolo A, Rossini Ms. Problems of patients with schizophrenic disorders and of their families. *Epidemiologia E Pschiatra Sociale*, 1999, 8: 117-130
139. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer Mc. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia, *Archives Of Psychiatric Nursing*, 2003, 17: 126-134
140. Chen PS, Yang YK, Liao LC, Lee YD, Yeh TL, Chen CC. The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in taiwan. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 2004, 58: 600-605.
141. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna Dk. Religious coping and psychological wellbeing incarers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002, 105: 356-362.
142. Hazel NA, Mcdonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, Et Al. İmpact of multiple family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers distress and resources. *Psychiatr Services*. 2004, 55: 35-41.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Hatice DURMAZ
Doğum tarihi: 06.05.1983
Doğum yeri: Erzurum
Medeni hali: Bekar
Uyruğu: T.C.
Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemş. Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel: 0441 231 27 47
Faks: 0441 231 00 00
E-mail: haticedurmaz@atauni.edu.tr
Eğitim
Lise: Meslek Lisesi (2002)
Lisans: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (2004-2008)
Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemş. Anabilim Dalı (2008-2011)
Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemş. Anabilim Dalı (2012-2015)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: İyi derecede (ÜDS 80, Ekim 2012)
Almanca:
Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Hemşireler Derneği.....
Psikiyatri Hemşireliği Derneği.....
İlgi Alanları ve Hobiler
Kişisel .Gelişim.....
Çiçek yetiştir, kitap okumak, alışveriş yapmak.....

EK-II. OLGU SUNUMLARI

Araştırmamıza katılan aile üyelerinin KIPT kapsamında ele alınan sorunları özetçe verilmiştir.

Olgu 1:

Bay L. 32 yaşında erkek bir hasta yakını. Babasını hiç görmediğini ifade eden hasta 12 yıldır şizofreni hastası olan erkek kardeşine, annesine ve menenjit geçiren diğer bir kardeşine bakım vermektedir. Bay L. yaklaşık 3 ay sonra evleneceğini söylediği nişanlısı ile iletişim sorunlarının bulunduğunu ifade etmiştir. Bay L. nişanlısı ile liseden beri beraber olduklarını fakat şizofreni hastası olan kardeşinden dolayı nişanlısının evlenmekten korktuğunu, evdeki bireylerle nişanlısı arasında rol değişimi sorunu yaşadığını, erkek kardeşine bakımda sosyal desteğinin olmadığını hatta annesinin bakım sürecini daha da zorlaştırdığını söyledi.

Olgu 2:

Bayan M. 52 yaşında bir annedir. Yaşadıkları bir travma sonrası oğluna şizofreni tanısı konduğunu belirten bayan M. altı yıldır bakımı tek başına üstlendiğini ifade etmiştir. Envanterle belirlenen ilişki durumunda kendisine en çok eşinin yakın olduğunu ve yine en çok eşi ile sorun yaşadığını belirtmiştir. Bayan M, Eşinin şizofreni hastalığını kabul etmediğini, oğlunun durumuna anlayış göstermediğini, düzelmesi için baskı yaptığını, evde sürekli devam eden çatışma ortamının ve iletişim yetersizliğinin bulunduğunu söyledi.

Olgu 3:

Bayan N. 41 yaşında evli bir bakım vericidir. Yaklaşık 20 yıldır şizofreni hastası olan eşi ve iki çocuğu ile aynı ortamı paylaşmaktadır. Eşinin ve kendi ailesinin çok fazla gelip gitmediklerini söyleyen bayan N. en büyük sorununun sosyal destek yetersizliği olduğunu söyledi. Büyük kızının babası ile ciddi iletişim sorunu bulunduğunu ifade eden

bayan N. eşi ve kızı arasında kaldığını, sürekli çatışma çıkacak korkusuyla stres yaşadığını, eşinin hastalığından dolayı kendisini anlamadığını, kızıyla ise yeterli iletişim kuramadığını ifade etti

Olgu 4:

Bayan N. 52 yaşında, on beş yıldır şizofreni olan kızına bakım veren bir annedir. Kişilerarası ilişki boyutunda en çok iletişim sorunu yaşadığını belirten bayan N. sosyal destek sorunu yaşamadığını fakat bakıma müdahale eden herkesin işini daha çok zorlaştırdığını ifade etti. Yaşadıkları maddi sorunlar nedeni ile eşine destek olmaya çalışan bayan N. iş yerinde başka bir insan olduğunu, eve gelince kişilik değiştirdiğini söyledi. Bakım verici rolü ile çalışan kadın rolü arasında uyum sağlayamadığını söyleyen bayan N. ‘‘bu kadar sosyal destek yerine keşke beni dinleyen bir iki insan olsaydı’’ şeklinde sitemlerde bulundu.

Olgu 5:

Bayan F. 29 yaşında, şizofreni bir abi, yaşlı bir anne ve abisinin iki çocuğu ile birlikte yaşamaktadır. On yıl önce babasını bir kazada kaybeden bayan F. o zamandan beri abisinin bakımıyla kendisinin ilgilendiğini söyledi. Akut bir krizde eşini boğarak öldüren abisini kendi içinde suçladığını, bir taraftan da bu nedenle suçluluk yaşadığını ifade etti. Kişilerarası envantere belirttiği en büyük sorunun sosyal destek yetersizliği olduğunu söyleyen bayan F. annesinin abisini yanlış yönlendirdiğini, bakımda annesine söz geçiremediğini ve bu durumun evde çatışma oluşturduğunu söyledi. Kavgasız bir gününün olmadığını ifade eden bayan F. şizofreni hastasına bakım vermekten daha çok stresle mücadele edemediği için yorulduğunu, gelecekte hiçbir ümidinin olmadığını, artık evde çok konuşmadığını ve doğru ya da yanlış herşeye tamam dediğini ifade etti.

Olgu 6:

Bayan G. evli ve 61 yaşında bir kadındır. Eşiyle 35 yıldır beraber yaşadığını ve hastalığına rağmen onu terketmediğini belirten bayan G. en çok eşinin ailesinin baskılarından, bakıma dair kendisini suçlamalarından ve çok kalabalık bir ailesi olmasına rağmen sosyal destek eksikliği yaşamasından bahsetti. ‘‘Bir şizofreni hastası ile yaşamaktan daha zor olan şeyin insanlara laf anlatmak’’ olduğunu söyleyen bayan G. duygularını ifade edecek bir insan bile olsa bakım yükünün azalacağını düşünmektedir.

Olgu 7:

Bayan G. şizofrenisi olan bir eşle 33 yıldır beraber yaşamaktadır. Kişilerarası ilişkilerinde iletişim sorunu yaşamadığını belirten bayan G, en fazla sosyal destek yetersizliği yaşadığını ifade etti. Çalıştığı zaman aralığında eşini kimseye bırakmadığını, kendisi evde olmadığı zamanlarda eşinin yemek yemediğini bu yüzden çok üzüldüğünü söyledi. Üzerinde çok fazla rol bulunduğunu söyleyen bayan G. ‘‘bazen eşimin annesi, bazen çocuğu, bazen eve ekmek getiren bakım vericisi, bazende eşi oluyorum.. Tam olarak hangisinde yer aldığımı bilmiyorum ve bu beni yoruyor’’ diye söyledi.

EK-III. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

3-Öğrenim Durumunuz: Okur-yazar değil ☐ ilköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

4-Çalışma Durumu: Çalışıyor ☐ (.....) Çalışmıyor ☐

5-Medeni durumunuz: Bekar ☐ Evli ☐

6-Sosyal güvence durumunuz: SSK ☐ Bağ Kur ☐ Emekli sandığı ☐ Yeşil Kart ☐

7-Aile yapısı: Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐

8-Ailenizdeki birey sayısı:

9- Aylık gelir düzeyi (YTL):

10- Hastaya yakınlık durumunuz: Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer ☐

11- Hasta Bireyin Hastalık süresi(yıl olarak belirtiniz):

12- Ailede başka kronik/ruhsal hastalığa sahip birey var mı? Evet ☐ Hayır ☐

13- Varsa kimde ve hangi hastalık?

.....

14- Hastanıza bakım verirken yaşadığınız sorun/sorunlar:

.....
.....
.....

HASTANIN :

Tanısı:.....

Yaşı:.....

Cinsiyeti:.....

Med.Dur:.....

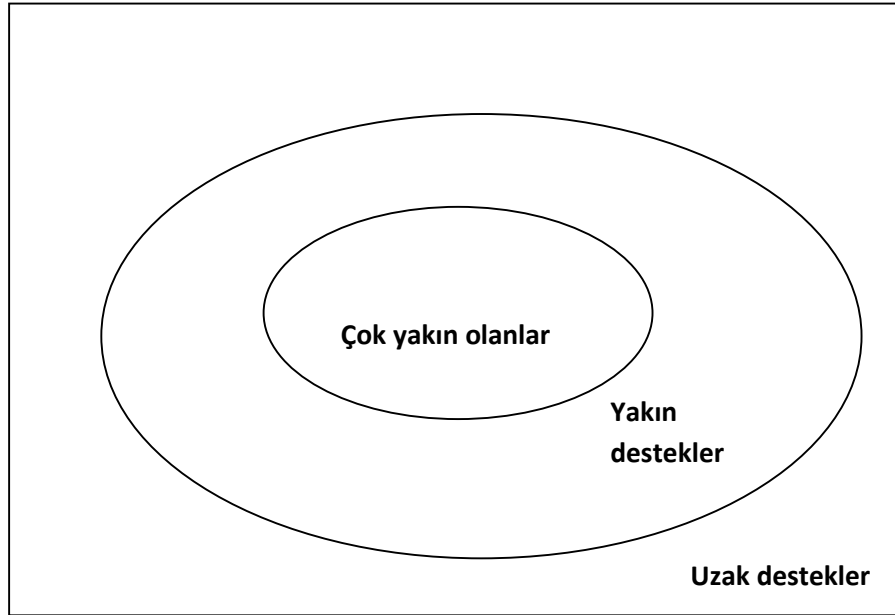
Eğitimi:.....

Mesleği:.....

Sos-Güv:.....

EK-IV. ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor.	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor.
1- Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2- Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3- Bir işi bir seferde yapamıyorsa yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4- Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5- İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9- Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10- Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12- Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13- Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14- Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15- Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16- Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17- Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18- Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19- Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20- Arkadaşlık kurması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21- Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22- Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23- Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

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

**IPT INTERPERSONAL INVENTORY**

1. Bu kişiyi ne sıklıkla görüyorsunuz?
2. Bu ilişkide en çok sevdiğiniz nedir?
3. Bu ilişkide hoşunuza gitmeyen nedir?
4. İlişkiniz zaman içinde nasıl değişti?
5. Bu ilişkinin nasıl daha farklı olmasını isterdiniz?
6. Söz konusu kişi size nasıl bir destek veriyor?
7. Sizde ona destek olabiliyor musunuz?
8. Aranızdaki bir kavgadan söz edebilir misiniz?
9. İlk olarak bana kimi tanıtmak istersiniz?
10. O kişinin çemberde nerede olmasını istersiniz?
11. Çember nasıl değişti, ne zaman değişti?
12. Burda olmayan biri var mı?
13. Destek almak için ilk olarak kime yönelirsiniz?

Interpersonal Psychotherapy

Hatice Durmaz

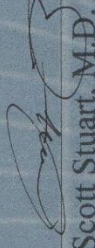
HAS COMPLETED THE REQUIREMENTS FOR

Level A: Basic Training in IPT

Istanbul, Turkey

April 13-14, 2013


Oguz Omay, Instructor


Scott Stuart, M.D.
Director, Interpersonal Psychotherapy Institute



EK-VIII. KİŞİLERARASI PSİKOTERAPİ MODÜLER EĞİTİM SERTİFİKASI

KATILIM BELGESİ

Sayın: **HATİCE DURMAZ**



Bilgelik Enstitüsü ve Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi
Derneği işbirliği ile düzenlenen 42 saatlik
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PSİKOTERAPİSİ
eğitimine katılmıştır.

Uz. Dr. Oğuz Omay
EĞİTMEN

Prof. Dr. Nazan Aydın
EĞİTMEN

Prof.Dr. Haluk Savaş
EĞİTMEN

Eğitim Tarihler: 21-22 Mart / 11-12 Nisan / 9-10 Mayıs 2015

EK-IX. TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZISI


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI 98003106 -774/

17 Temmuz 2014

KONU : Uygulama İzni • 10678

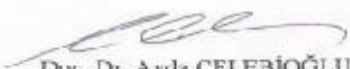
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi: 10.07.2014 tarih ve 14855 sayılı yazınız.

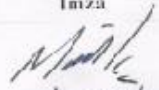
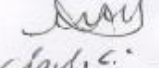
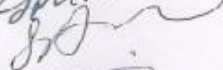
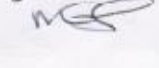
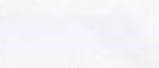
İlgi yazınız ile talep etmiş olduğunuz Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Hatice DURMAZ'ın "Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri ve Psikoeğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde Öz Etkililik ve Bakım Yüküne Etkisi" konulu çalışmasının sonuçlarını Kurumumuzla paylaşılması halinde Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup,
Gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Fazlı ERDOĞAN
Genel Sekreter

EK-X. ETİK KURUL ONAY FORMU

	ETİK KURUL SONUÇ FORMU	
Araştırmanın Adı: “Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri ve Psikoeğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde Öz-Etkillilik ve Bakım Yüküne Etkisi”		
Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur		(x)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur		()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir		()
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 16.06.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri ve Psikoeğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde Öz-Etkillilik ve Bakım Yüküne Etkisi” konulu Araş. Gör. Hatice DURMAZ ve Doç.Dr.Ayşe OKANLI'nın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.		
 Prof. Dr. Mehmet TAN Başkan		
 Doç. Dr. Fatma GÜZÜCÜ TÜFEKÇİ Başkan Yrd.	 Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU Üye	
 Doç. Dr. Nadiye ÖZER Üye	 Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU Sekreter/Raporör	

EK-XI. TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

	T.C. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (FORM: Z1)		
ÖĞRENCİ BİLGİLERİ		
Adı ve Soyadı : Hatice DURMAZ		Danışman : Doç. Dr. Ayşe OKANLI
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi		Ortak Danışman :
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği AD		
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10.11.2015 ve 215.34.5/B sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Kısıltıların İlişkileri Terapi Teknikleri ve Psikoegümlenme Şizofreni Hastaları Ailelerinde Öz-Etkililik ve Bakım Yüküne Etkisi..... başlıklı doktora tezini incelemiş ve adayı 20.11.2015 tarihinde, saat 09:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.		
DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:		
☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda başarıyla savunulan tezin KABUL EDİLMESİNE ,		
☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin DÜZELTİLMESİNE ,		
☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin REDDİLMESİNE		
☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.		
Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Doç. Dr. Meral KALICI	
Üye	: Doç. Dr. Ayşegül BİLİR	
Üye	: Doç. Dr. Zeynep KAPAK	
Üye	: Doç. Dr. Ayşe OKANLI (Danışman)	
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ	
Üye	:	
Üye	:	