

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİ'NE**  
**TEMELLENDİRİLMİŞ BAKIM VERENLERİ**  
**GÜÇLENDİRME PROGRAMININ BİPOLAR**  
**BOZUKLUK TANISI ALAN BİREYLERE AİLEDE**  
**BAKIM VERENLERİN RELAPSI TANIMASI VE**  
**YÖNETMESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Gülşah ACAR

DOKTORA TEZİ

2017-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİ'NE**  
**TEMELLENDİRİLMİŞ BAKIM VERENLERİ**  
**GÜÇLENDİRME PROGRAMININ BİPOLAR**  
**BOZUKLUK TANISI ALAN BİREYLERE AİLEDE**  
**BAKIM VERENLERİN RELAPSI TANIMASI VE**  
**YÖNETMESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Gülşah ACAR

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**

**İKİNCİ DANIŞMAN**

**Prof. Dr. İlhan GÜNBAI**

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2015-253 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼đ¼ne;**

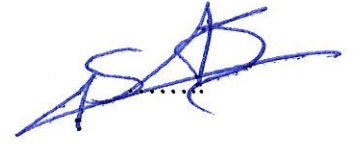
Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği  
Doktora Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 06/10/2017

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU  
Akdeniz niversitesi



ye : Prof.Dr. Selma ÖNCEL  
Akdeniz niversitesi



ye : Doç.Dr.Mualla YILMAZ  
Mersin niversitesi



ye : Doç.Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŐEN  
Dokuz Eylül niversitesi



ye : Yard.Doç.Dr.Saliha HALLAÇ  
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından  
uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun...../...../..... tarih ve  
...../.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN


Enstitü M¼d¼r

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Gülşah ACAR

İmza



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

İmza



## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam sũresince kıymetli bilgi, birikim ve tecrũbeleri ile bana yol gũsteren ve destek olan, ilgi ve sevgisini her daim hissettiğimkıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na sonsuz teőekkũr ve saygılarımı sunarım.

Tezimin ilk planlama aşamasından itibaren özellikle yöntem blũmũnde değerli katkıları ile ilgisini ve önerilerini göstermekten kaçınmayan ve ilerlememe yardımcı olan ikinci tez danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. İlhan GũNBAYI'ya teőekkũr ve saygılarımı sunarım.

Tezimin neri aşamasında Tez İzleme Komitesinde yer alarak grũř ve nerileri ile tezimin konusunun belirlenmesinde belirgin katkıları olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. zen KULAKA'a, tezimin bũtũn aşamalarında Tez İzleme Komitesi yeleri olarak değerli grũřleriyle katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Selma ÖNCEL ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Saliha HALLAÇ'a teőekkũrlerimi sunarım.

Lisansũstũ eğitimim sũresince bũtũn akademik ve idari işlemlerimde ilgiyle yardımcı olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitũsũ'nũn tũm çalışanlarına teőekkũrlerimi sunarım.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan bakım verenlere teőekkũr ederim.

Tũm doktora eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında gösterdikleri sonsuz ilgi, sevgi ve destek için sevgili annem ve babam Kamile GRAL ve Kerim GRAL'a, sabrı ve desteği için sevgili eşim Mustafa ACAR'a sonsuz teőekkũr ve minnetlerimi sunarım.

Bu yoğun ve zorlu sũrete doğumuyla ve varlığıyla moral ve motivasyon kaynağı olan sevgili kızım Elif Feraye ACAR'a sonsuz sevgilerimi ve teőekkũrlerimi sunarım.

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmada Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programının” bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma bir eylem araştırmasıdır. Araştırmanın örneklemini bipolar bozukluk tanısı almış ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Duygudurum Bozuklukları Polikliniği'nde takip edilen hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Ölçüt örnekleme tekniği kullanılan araştırmaya sekiz bakım veren dahil olmuş ancak geliştirilen programa dört bakım veren katılmıştır. Verilerin toplanmasında nitel ve nicel veri toplama araçlarından birlikte yararlanılmıştır. Nitel veriler içerik analizi ile, nicel veriler toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmada, bakım verenlerin deneyimleri ve ihtiyaçları belirlenerek Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programı” geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Program uygulandıktan hemen sonra ve altı hafta sonra, bakım verenlerin deneyimleri ve ihtiyaçları tekrar değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Bipolar bozukluğu olan bireylere ailede bakım verenlerin hastalık hakkında bilgileri olmadığı takdirde relapsı tanıma ve yönetmede yetersiz kaldıkları, çoğunlukla psikolojik ve spiritüel boyutta sağlık/iyilik halininin bozulmasına neden olan duygu, düşünce, deneyim ve algıları olduğu saptanmıştır. Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programı”nın bakım verenlerin temel yapısını koruyan direnç hattını güçlendirdiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programı”, bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetmesini geliştirmede etkili olmuş, farkındalıklarını artırmıştır. Konuyla ilgili daha büyük örneklemlerde başka eylem araştırmalarının yapılması ve bakım verenlerin değişen ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeni eylem planlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** bipolar bozukluk, ailede bakım verenler, relapsı tanıma, relapsı yönetme, Neuman sistemler modeli

## ABSTRACT

**Objective:** It was aimed to examine the effect of "Caregiver Empowerment Program" based on Neuman's Systems Model, on family caregivers' recognition and management of relapses in bipolar disorder.

**Method:** The study is an action research. The sample was the caregivers of the patients who had been diagnosed with bipolar disorder and who were followed up remotely at the Akdeniz University Hospital Mood Disorders outpatient clinic. Eight caregivers were included in the study using benchmark sampling techniques, but the developed program included four caregivers. Qualitative and quantitative data collection tools were used together in the collection of data. Content analysis was carried out in the evaluation of qualitative data, total score was carried out in the evaluation of quantitative data. In the research, firstly the experience and needs of the caregivers were determined and the "Caregiver Empowerment Program" was developed and implemented. Immediately and six weeks after the program, the experience and needs of carers were reassessed.

**Results:** Family caregivers were found to be inadequate to recognize and manage relapses if they had no information about the disease. It was determined that the caregivers mostly have feelings, thoughts, experiences and perceptions that cause deterioration of health / wellness condition, mostly psychological and spiritual dimensions. "Caregiver Empowerment Program" addresses the needs of the caregivers. So the program has been found to strengthen the line of resistance that protect the basic structure of the caregivers.

**Conclusion:** The "Caregiver Empowerment Program" based on Neuman's Systems Model was effective in improving the relapse recognition and management of caregivers participating in the study, raising the awareness of caregivers. It is proposed that further action research should be done on larger samples of this subject. Also it is proposed to develop new action plans to meet the changing needs of caregivers.

**Key words:** bipolar disorder, family caregivers, recognizing relapse, managing relapse, Neuman systems model

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	viii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	ix
<b>1.GİRİŞ</b>	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amaçları ve Sayıtlar	2
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Bipolar Bozukluk	3
2.2. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Bakım Verme	3
2.3. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Bakım Verenlere Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Müdahaleleri	5
2.4. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	7
<b>3.GEREÇ ve YÖNTEM</b>	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Örnekleme ve Örneklem Özellikleri	15
3.3. Veri Toplama Araçları	17
3.4. Araştırmanın Uygulama Aşamaları	19
3.4.1. Eylem Öncesi Hazırlık Süreci	20
3.4.2. Eylem Süreci	22
3.4.3. Eylem Sonrası Süreç	23
3.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu	24
3.6. Verilerin Analizi	24
3.7. Geçerlik ve Güvenirlik	26
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28



3.9. Araştırmacının Rolü	28
<b>4.BULGULAR</b>	30
4.1. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları	30
4.2. Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar	32
4.3. Bakım Verenlerin Relapsı Yönetme Deneyimleri	51
4.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireye Bakım Verme ile İlişkili Metaforlar	60
4.5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Düzeyleri	63
4.6. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Alt Boyutlarından Aldığı Puanlar	64
4.7. Bakım Verenlerin Kendilerine Yönelik Uygulanacak Program ile İlgili Önerileri	65
4.8. Bakım Verenlerin Kazanımları	69
<b>5.TARTIşMA</b>	72
5.1. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları	72
5.2. Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar ve Bakım Verme Yüğü Düzeyleri	73
5.3. Bakım Verenlerin Relapsı Yönetme Deneyimleri ve Başa Çıkma Stratejileri	76
5.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireye Bakım Verme ile İlişkili Metaforlar	78
5.5. Bakım Verenlerin Eğitim Programı ile İlgili Önerileri	79
5.6. Bakım Verenlerin Kazanımları	81
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	83
6.1. Sonuç	83
6.2. Öneriler	83
<b>KAYNAKLAR</b>	85
<b>EKLER</b>	
<b>EK-1. Aydınlatılmış Onam Formu</b>	

**EK-2.** Sosyodemografik Form

**EK-3.** Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma ve Yönetme Gereksinimlerini  
Belirleme Formu

**EK-4.** Bakım Verme Yüğü Ölçeği

**EK-5.** Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

**EK-6.** Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Bakım  
Verenleri Güçlendirme Programı Oturum İçerikleri ve  
Kavramsal Temelleri

**EK-7.** Etik Kurul İzni

**EK-8.** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Veri Kullanım İzni

**ÖZGEÇMİŞ**

113

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b>	Bakım Verenlere Ait Demografik Veriler	17
<b>Tablo 4.2.</b>	Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları	32
<b>Tablo 4.3.</b>	Bakım Verenlerin Sağlık / İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler (Eylem Öncesi)	38
<b>Tablo 4.4.</b>	Bakım Verenlerin Sağlık / İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler (Eylem Sonrası)	40
<b>Tablo 4.5.</b>	Bakım Verenlerin Sağlık / İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler (İzlem)	42
<b>Tablo 4.6.</b>	Bakım Verenlerin Sağlık / İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler (Eylem Öncesi)	46
<b>Tablo 4.7.</b>	Bakım Verenlerin Sağlık / İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler (Eylem Sonrası)	48
<b>Tablo 4.8.</b>	Bakım Verenlerin Sağlık / İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler (İzlem)	50
<b>Tablo 4.9.</b>	Bakım Verenlerin Hastanın Semptomlarını Yönetme Konusunda Sergiledikleri Başetme Davranışları (Eylem Öncesi)	56
<b>Tablo 4.10.</b>	Bakım Verenlerin Hastanın Semptomlarını Yönetme Konusunda Sergiledikleri Başetme Davranışları (Eylem Sonrası)	58
<b>Tablo 4.11.</b>	Bakım Verenlerin Hastanın Semptomlarını Yönetme Konusunda Sergiledikleri Başetme Davranışları (İzlem)	61
<b>Tablo 4.12.</b>	Bakım Verenlerin Bipolar Hastaya Bakım Verme ile İlgili Ürettikleri Metaforlar	64
<b>Tablo 4.13.</b>	Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Düzeylerinin Karşılaştırılması	65
<b>Tablo 4.14.</b>	Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Alt	66

	Boyutlarından Aldığı Puanların Karşılaştırılması	
<b>Tablo 4.15.</b>	Bakım Verenlerin Kendilerine Yönelik Uygulanacak Program ile İlgili Önerileri (Eylem Öncesi)	68
<b>Tablo 4.16.</b>	Bakım Verenlerin Kendilerine Yönelik Uygulanacak Program ile İlgili Önerileri (Eylem Sonrası)	69
<b>Tablo 4.17.</b>	Bakım Verenlerin Kendilerine Yönelik Uygulanacak Program ile İlgili Önerileri (İzlem)	70
<b>Tablo 4.18.</b>	Bakım Verenlerin Kazanımları (Eylem Sonrası)	71
<b>Tablo 4.19.</b>	Bakım Verenlerin Kazanımları (İzlem)	72

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1.</b>	Neuman Sistemler Modeli	14
<b>Şekil 3.1.</b>	Eylem Araştırması Süreci	20
<b>Şekil 3.2.</b>	Araştırmanın Akış Şeması	29
<b>Şekil 4.1.</b>	Eylem Öncesi, Sonrası ve İzlem Sürecinde Kişiyeye Özgü Stresörler/Beş Boyutta Yaşanan Sorunlar	51

## **SİMGELER ve KISALTMALAR**

- BSÖ** : Başaçıkma Stratejileri Ölçeği
- BVGP** : Bakım Verenleri Güçlendirme Programı
- BYÖ** : Bakım Veren Yüğü Ölçeği
- ESH** : Esnek Savunma Hattı
- NSH** : Normal Savunma Hattı
- NSM** : Neuman'un Sistemler Modeli

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bakım veren desteğinin sağlanması, bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin bakım süreci ve tedavilerinin önemli ve gerekli bir parçasını oluşturmakla birlikte (Reaveark., 2003), bipolar hastaya bakım verme zorlu ve yorucu bir deneyim olabilmektedir (Jönsson ve ark., 2011; Crandall, 2014). Çünkü bipolar bozukluk, bireyin yaşamının büyük bölümünü etkileyen (Judd ve ark., 2002, 2003), bireyi uzun dönemde sosyal işlevsellik (Cutler, 2001; Dore ve Romans, 2001; Hirschfeldt ve ark., 2003; Blairy ve ark., 2004) ve yaşam kalitesi (Pollack ve Aponte, 2001; Michalak ve ark., 2005, 2006) gibi çeşitli alanlarda olumsuz etkileyen, yinelenen oranı yüksek kronik bir hastalıktır (Arguvanlı ve Taşçı, 2013).

Bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin sık relaps yaşaması, ailede bakım verenler için ağır bir yük oluşturmaktadır (Loukissa, 1995; Veltman ve ark., 2002; Ünal, 2002; Chang ve Horrocks, 2006). Yapılan araştırmalarda bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin ailede bakım verenlerinde orta ve şiddetli derecelerde yük yaşandığı (Perlick ve ark., 1999) ve algılanan yükün sosyal, ekonomik ve duygusal alanlarda olduğu saptanmıştır (Cuijpers ve Stam, 2000; Dore ve Romans, 2001; Şahin ve ark., 2002; Lauber ve ark., 2003; Heru ve ark., 2004; Chang ve Horrocks, 2006).

Konuyla ilgili çalışmalara göre, bakım verenler hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı için relapsı tanıma ve yönetme konusunda güçlük yaşamaktadır (Jönsson ve ark., 2011). Bakım verenlerin, relaps nedeniyle yaşadığı bakım yükü ile profesyonel yardım alarak ya da yardım almaksızın baş etmeye çalıştıkları bilinmektedir (Cuijpers ve Stam, 2000; van der Voort ve ark., 2007). Konuyla ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde, ailelerin önemli ölçüde profesyonel desteğe ihtiyacı olduğu görülmektedir (van der Voort ve ark., 2009; Crandall, 2014).

Neuman'ın Sistemler Modeli'nde bireyin çeşitli stresörlere maruz kaldığında savunma sisteminin etkilendiği ve bireyin temel yapısını koruyabilmesi için yardıma gereksinim duyduğu belirtilmektedir. Bu gereksinimin çeşitli koruma düzeylerinde hemşireler tarafından karşılanabileceği savunulmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu noktada bipolar bozukluk tanısı olan bireye ailede bakım verenlere profesyonel hemşirelik desteği vermek son derece önemlidir (Jönsson ve ark., 2011).

Ailede bakım verenlerin, relaps belirtilerini tanıma ve relapsı yönetme durumlarını geliştirecek destekleyici uygulamalara gereksinim olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde hemşirelik alanında bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin bakım veren aile üyelerine yönelik, bir hemşirelik modeli temelinde hazırlanmış ve uygulanmış benzer konulu bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Neuman'ın Sistemler Modeli temel alınarak planlanan bu çalışmada, bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin bakım veren aile üyelerine yönelik "Bakım Verenleri Güçlendirme Programının" geliştirilmesi ve uygulanması amaçlanmıştır. Psiko eğitim şeklinde uygulanan program ile bakım verenlerin yaşanan yükü baş etmesinde destek olma, relapsı tanınmasını sağlama ve relapsı yönetmesini düzenleme yoluyla güçlendirilebileceği düşünülmüştür.

## **1.2. Araştırmanın Amaçları ve Sayıtlar**

**1.Amaç:** Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş "Bakım Verenleri Güçlendirme Programının" bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisini incelemektir.

**2.Amaç:** Bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relaps belirtilerini tanıma ve yönetme durumlarını Neuman'ın Sistemler Modelinin kavramlarını kullanarak açıklamak ve tanımlamaktır.

### **Araştırmanın Sayıtları**

1. Bipolar bozukluk tanısı olan bireylere ailede bakım verenler bakım yüküne maruz kalmaktadırlar.
2. Bipolar bozukluk tanısı olan bireylere ailede bakım verenler relapsı tanıma ve yönetmede yetersiz kalmaktadırlar.
3. Bipolar bozukluk tanısı olan bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesinde Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş "Bakım Verenleri Güçlendirme Programının" etkisi olumludur.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, derin çöküntüden aşırı neşeye doğru değişiklik gösteren bir duygudurum bozukluğudur. Bozukluğun karakteristik özelliği, belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan duygudurum dalgalanmalarının olmasıdır. Bipolar bozukluk, kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği, yaşam boyu relapslar ve remisyonlarla süregiden kronik seyirli bir hastalıktır (Townsend, 2008; Varcarolis, 2013).

Bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans % 0.7-1.6 (ortalama % 1.2) olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre bipolar bozukluğun başlangıcı 20 ile 40 yaşları arasında değişmektedir (Akkaya ve ark, 2012; Gültekin ve ark., 2014). Bipolar bozukluk tanısı olan bireyler yaşam boyu ortalama 8-10 atak geçirirler. Ancak hızlı döngülü bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde olduğu gibi, bazı bozukluk tanısı olan bireyler çok fazla sayıda atak geçirmektedirler (Coryell ve ark.,2009) Hastaların % 28'inde ataklar mevsimsel özellik göstermektedir (Işık, 2003). Ülkemizde bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde geçirilmiş atak sayısı ortalama 2-4 olarak belirtilmektedir (Akkaya ve ark, 2012; Gültekin ve ark., 2014).

### 2.2. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Bakım Verme

Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, hastaların yataklı kurumlar dışında daha çok aile içinde olmasına ve aile üyelerinin hasta bakımında belirgin rol almalarına neden olmuştur. Bu gelişmeler, hastalık seyrinin bakım verenlerin davranışlarına etki ettiği ve bakım verenlerin davranışlarının da hastalık seyrine etki ettiği yönünde bir eğilim oluşturmuştur (Reinares ve Vieta, 2004). Ağır psikiyatrik hastalığı olan bir kişi ile yaşayan aile üyelerinin bakım verme sorumluluğu beraberinde sosyal, ekonomik ve duygusal anlamda yük oluşturmaktadır. Bu durum bipolar bozukluk açısından değerlendirildiğinde ise bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin özellikle sık relaps yaşaması nedeniyle, ailede bakım verenlerin ağır şekilde bakım yükü yaşadıkları görülmektedir (Loukissa, 1995; Veltman ve ark., 2002; Ünal, 2002, Chang ve Horrocks, 2006).

Erten ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada bakım verenin yükünü artıran nedenler, bozukluğun düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi ve manik

dönem sayısının artması olarak saptanmıştır. Ayrıca bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin bakım verenlerinin, hastalığın dönem ve seyir özellikleri nedeniyle, hastalık süreci boyunca diğer hastalıklarda görülenlerden daha farklı özellikte bir yük yaşadıkları belirtilmektedir (Ogilvie ve ark., 2005; Perlick ve ark., 2007).

Bipolar bozukluk tanısı olan bireye bakım verme gerginlik, üzüntü ve kedere yol açabilmektedir (Perlick ve ark.,1999, Chakrabarti ve Gill, 2002, Reinares ve Vieta, 2004). Dore ve arkadaşları (2001) çalışmalarında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%90) relaps dönemlerinde hastayı mesafeli ve yakınlaşması zor bulduklarını belirlemişlerdir. Bakım veren konumundaki eşlerden bazılarının hastalık nedeniyle ilişkiyi sürdürmekte, bazılarının da sadece relaps dönemlerinde güçlük çektiklerini saptamışlardır.

Bununla birlikte bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin, manik relaps dönemlerinde daha agresif olmaları nedeniyle aile içinde tartışmaların yaşandığı, hastaların şiddet davranışı sergiledikleri ve bakım verenlerin de hastadan şiddet gördüğü veya şiddet görmekten korktukları belirtilmektedir (Dore ve Romans, 2001). Duygudurum değişimleri ile yüzleşme bakım verenler için baş etmesi zor bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Tahmin edilemeyen, hızlı duygudurum değişimleri ile birlikte hasta bireyler aile üyelerine karşı pasif ya da agresif davranışların yanı sıra şiddet içeren davranışlar da sergilemekte, bakım verenler bu değişikliği yönetmede zorluk yaşayabilmektedir (Jönssonve ark., 2011).

Hipomanik relaps dönemlerinde, hastanın sosyalliğinin hafif düzeyde artması bakım verenler için ciddi yük olarak algılanmazken (Lamve ark.,2005), irritabilitenin artması daha ciddi ve orta düzeyde yük olarak algılanmaktadır (Reinares ve ark., 2006). Manik dönemde hastaların özellikle konuşma, hareket ve dikkat artışı gibi semptomları bakım verenler için oldukça zorlayıcı semptomlar olarak ortaya çıkmaktadır (Dore ve Romans, 2001; Reinares ve ark.,2006). Depresif dönemlerde ise bakım verenler kendilerini daha çok izole ve kısıtlanmış hissetmektedirler (Östman ve Kjellin, 2002).

Relaps dönemleri, ailede bakım verenler için ekonomik anlamda ciddi yük oluşturmaktadır. Relaps dönemlerinde, bakım verenlerin hasta bireye bakım vermek için harcadıkları süreyle birlikte para tüketimi de artmaktadır (Perlick ve

ark.,1999;Chakrabarti ve Gill, 2002; Reinares ve Vieta, 2004). Ekonomik yüklenme hastalığın başlangıcından itibaren başlayabildiği gibi ilerleyen süreçlerde de ortaya çıkabilmektedir. Bakım verme rolü nedeniyle bireyler, hasta bireyin relaps dönemleri süresince çalışma saatlerini kısaltmak durumunda kalmaktadırlar (Dore ve Romans, 2001; Chakrabarti ve Gill, 2002; Reinares ve Vieta, 2004). Özellikle manik relaps dönemlerinde semptom olarak ortaya çıkan hastanın kontrolsüz alışveriş yapma ve para harcama davranışı, ailenin ekonomisini sarsabilmektedir (Östman ve Kjellin, 2002).

Ellouze ve arkadaşları (2011) bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin eşlerinde yaşam kalitesini, sağlıklı bireylerden düşük bulmuşlardır. Artmış sorumluluk duygusu, stresli bir yaşam, maddi sorunlar, damgalanma ve güvenlikle ilgili endişeler, evliliği karşı taraf için tercih edilir olmaktan uzaklaştıran etkenler olabilmektedir. Aynı etkenler ve hastalığın genetik riski, çocuk sahibi olmayı da daha az istenir hale getirebilmektedir (Gültekinve ark.,2014).

### **2.3.Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireye Bakım Verenlere Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Müdahaleleri**

Ruhsal hastalığın, hastanın yanı sıra aileyi de etkilediği göz önüne alındığında, hastayla birlikte ona bakım veren aile üyelerinin de desteklenmesi gerekmektedir. Hasta bireyin en yüksek düzeyde işlevsel olmasını sağlayarak aile içindeki uyumunu artırmakla birlikte, aile üyelerinin psikososyal açıdan iyilik durumunu korumak ve birbiriyle uyumlu yaşamlarının sağlanması gerekmektedir. Bunun için hasta ve aileye yönelik profesyonel destek sağlanması önemlidir (Atagün ve ark.,2011). Bu kapsamda ailede bakım verenlere yönelik uygulanabilecek psikolojik müdahaleler uluslararası literatürde aile odaklı terapi, bakım veren odaklı grup psikoeğitimi ve bakım verenler için aile odaklı terapiler vb. olarak belirtilmektedir (Miklowitzve ark.,2003a, 2003b; Reinares, 2004; Justo, 2007;Miklowitzve ark., 2007; Perlickve ark., 2010). Aşağıda bu girişimlerle ilgili kısa, tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır.

- **Aile Odaklı Terapi:** Bipolar bozukluğu olan birey ile birlikte aile üyelerini de kapsayan bir terapi yöntemidir. Bu terapi hastalık ve tedavisi, hastalığı yönetme, birlikte problem çözme ve aile iletişimini geliştirme konularında bilgi içermektedir (Miklowitzve ark.,2003a, 2003b; Miklowitzve ark., 2007).

- **Bakım Veren Grup Psikoēitimi:** Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerden oluşan grupları içermektedir (Reinaresve ark.,2008). Bu yöntemle bakım verenler hastalık, hastalığın tedavisi, relapsı önlemek için yapılabilecekler, aile stresiyle başetme ve kendilerine bakmaları hakkında daha çok bilgi öğrenebilmektedirler.
- **Bakım Verenler için Aile Odaklı Terapi:** Bakım verenler için sağlığı yükseltme girişimlerinden oluşmaktadır (Perlickve ark.,2010). Aile odaklı terapide olduğu gibi hastalık hakkında bilgileri ve hastalığı yönetme yollarını birleştiren ancak bireyselleşmiş öz bakım hedefleri oluşturan, depresyon ve diğer sağlık problemlerini azaltma amacı taşıyan bir terapi yöntemidir.
- **Ailenin Problem Odaklı Sistemler Terapisi:** McMaster aile işlevselliği modelinden temel alan kısa süreli, problem odaklı, yarı yapılandırılmış bir aile girişimidir (Justo, 2007).
- **Geniş Aile Psikoēitimsel Grup Terapisi:** 4-6 hasta ve bu hastaların 12 yaşın üzerindeki yakınlarının katılabildiği yarı yapılandırılmış bir girişim rehberidir (Ryan,2003). Ryan'in (2003) alışmasında kullanılmak üzere geliştirilmiştir.
- **Çiftler için Psikoēitim Girişimi:** Hastalar ve partnerlerine yönelik psikoēitim girişim rehberidir. Aile terapisi alanında çalışan sosyal çalışmacılar tarafından geliştirilmiştir.
- **Aile Psikoēitim Girişimi:** Hastaların bakım verenlerine yönelik, doksan dakikalık 12 oturumdan oluşan ve hastanelerde uygulanan bir girişimdir. Duygudurumu stabilize olan 10 hastanın yakınları ve hastalarının kendilerinin de katıldığı grup oturumlarından oluşmaktadır (Reinares, 2004).
- **Yatan Hasta Aile Girişimleri:** Hastaların hastanede yatarak tedavi gördükleri süreçte, hastaların ve ailelerinin birlikte dahil olduğu 45 dakikalık en az altı oturumdan oluşan bir aile girişimidir (Justo, 2007).

Ulusal literatürde ise bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin ailede bakım verenlerinin yk düzeyi (Hancı, 2014), travma sonrası gelişim durumları (Küçüktüfekçi, 2014) ve tükenmişlik, sosyal işlevsellik düzeyi (Kafadar, 2014) v.b. konuların araştırıldığı çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Ülkemizde yapılmış bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin ailede bakım verenlerine yönelik herhangi bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır.

Bu kapsamda bipolar bozukluğun nedeni, ilaç tedavisini yönetme, hasta davranışlarıyla ilgilenme gibi konularda psikoeğitim verilmesi aile üyeleri için oldukça önemlidir. Belirtilen konularda yapılan eğitimler hastalığa eşlik eden suçluluk duyma, suçlama ve utanma gibi duyguları azaltmaktadır. Ayrıca hasta güvenliğini artırmakta, hasta ve aile üyelerinin destek sistemlerini genişletmekte ve hastanın tedaviye uyumunu artırmaktadır (Videbeck, 2011). Bakım verenlere yönelik yapılacak psikoeğitimler, hastalıkla ilgili bilgi artışı ile birlikte hasta ve hasta yakınlarının başa çıkma şekillerinin iyileştirilmesine, dolayısıyla hastalık seyrinin olumlu ilerlemesine ve bakım verenin yükünün azalmasına katkı sağlamaktadır (Reinares ve ark.,2004, 2008).

#### **2.4.Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi**

Bu çalışmanın kavramsal çerçevesini oluşturmada Neuman'ın Sistemler Modelinden yararlanılmıştır. Neuman Sistemler Modeli (NSM) sistemler teorisinden türetilmiş kapsamlı kavramları olan bir modeldir. Model bireyin çevresindeki stresörler ve bu stresörlere verdiği tepkileri ile ilgilidir.

##### **2.4.1. Neuman Sistemler Modeli**

Neuman Sistemler Modeli'nin felsefi temelini, aynı zamanda modelin tüm yönlerini içeren bazı bileşenler oluşturmaktadır. Bu bileşenler: holistik yaklaşım, sağlığa/iyiliğe yönelim, hastanın algıları ve motivasyonu, dinamik bir enerji sistemi, iç ve dış stresörlerin etkilerini azaltmak için çevreyle etkileşim içinde olma, optimal sağlığa ulaşma, koruma ve sürdürmede bakım veren ve hastanın aynı hedeflere sahip olmasıdır (Neuman ve Fawcett, 2011).

Neuman Sistemler Modeli, insan gereksinimlerine odaklı, insanın özgünlüğünü vurgulayan bir modeldir. Bireyin, optimal sağlık/iyilik haline ulaşmasında bütüncül bir bakış açısıyla çok boyutlu değerlendirilmesine odaklanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bununla birlikte insanın, biyopsikosozal bir varlık olduğunu kabul ederek, gereksinimlerinin karşılanmasına (McEwen ve Wills, 2007), çevresel stres ve bu strese reaksiyon gösteren hasta sisteminin sağlığına odaklanmıştır (Neuman ve Fawcett, 2011).

#### 2.4.2. Neuman Sistemler Modeli Kavramları

Neuman Sistemler Modeli'nde insan, çevre, sağlık ve hemşirelik olmak üzere dört metaparadigma tanımlanmıştır. Modeldeki kavramlar bu metaparadigmalar doğrultusunda ayrılandırılmıştır. Modelin kavramları ve birbiriyle ilişkisi şekil 2.1'de verilmiştir. Bu bölümde modelde tanımlanan kavramlar açıklanmıştır.

##### **İnsan**

Neuman Sistemler Modeli'nde insan, hasta ya da hasta sistemi olarak belirtilmektedir. Hasta/hasta sistemi kavramı, modelin sağlık/iyilik bakış açısının yanı sıra hasta ve bakım verenin işbirlikçi ilişkisine saygı göstermek amacıyla kullanılmıştır. Sistem, uyumu ve dengeyi sağlayabilmek için iç ve dış çevre ile sürekli etkileşim halinde, aktif ve değişim içindedir. Hasta/hasta sistemini bir birey, bir aile, bir grup, bir topluluk ya da sosyal bir konu oluşturabilir (Neuman ve Fawcett, 2011).

**Değişkenler:** Hasta sistemi fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerden oluşan bir bütündür. Değişkenler, açık sistemin dinamik bileşenleridir ve kendi aralarında bir uyum içinde çalışırlar. Aşağıda değişkenlere ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

-Fizyolojik Değişken: Vücut yapısını ve fonksiyonlarını ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bakım veren bireylerin fiziksel sağlıkları ile kendine bakım aktiviteleri fizyolojik değişkenler arasında değerlendirilebilir. Yapılan araştırmalarda bipolar bozukluğu olan bireye bakım verme nedeniyle bakım verenlerin fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Arguvanlı ve Taşçı, 2013; Angstve ark.,2007). Çalışmada fizyolojik değişkeni değerlendirmek için Ek-2'de 18. soru sorulmuştur.

-Psikolojik Değişken: Mental süreçleri, çevrenin interaktif etkilerini ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Bakım veren bireylerin ruhsal sağlığı, kayıp, suçluluk, anksiyete ve sosyal durumlardaki utanç ve tükenmişlik psikolojik değişkenler olarak değerlendirilebilir (Cuijpers ve Stam,

2000; Lauberve ark.,2003). Çalışmada psikolojik değişkeni değerlendirmek için Ek-2'de 20. soru sorulmuş ve Ek-5'deki Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

-Sosyokültürel Değişken: Sosyal ve kültürel durumların birleşimini ve birey üzerindeki etkilerini ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Toplumun ruh hastalığı olan bireyi kabul durumu (damgalanma), sosyal izolasyon, iş ve eğitim yaşantısındaki değişimler, sosyoekonomik durum, bipolar bozukluk tanısı olan bireylere bakım verenler için sosyokültürel değişkenler arasında sayılabilir. Çalışmada sosyokültürel değişkeni değerlendirmek için Ek-2'deki 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 17. sorular sorulmuştur.

-Gelişimsel Değişken: Yaşa ilişkin gelişim süreçlerini ve aktivitelerini ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bakım veren bireylerin yaşı (hasta bireyin ebeveyni, çocuğu ya da kardeşi vs. olma), fiziksel bir rahatsızlığa sahip olma bakım verenler için gelişimsel değişkenler arasında değerlendirilebilir. Çalışmada gelişimsel değişkeni değerlendirmek için Ek-2'deki 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 17., 18. sorular sorulmuştur. Başa çıkma becerilerini değerlendirmek için Ek-5'deki Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

-Spiritüel Değişken: Spiritüel inançlar ve etkileri ifade etmektedir. Neuman, spiritüel değişkenin bireyi olumlu ya da olumsuz etkileyebildiğini belirtmiştir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bakım verdiği bireyin hastalığından dolayı kendini suçlama, hastalığın bir ceza, ödül ya da katlanılması gereken bir durum olduğu düşünceleri spiritüel değişkenler arasında sayılabilir. Çalışmada spiritüel değişkeni değerlendirmek için Ek-3'deki 4. soru sorulmuştur.

**Temel Yapı:** Hasta/hasta sistemi şekil 2.1'de görüldüğü üzere temel yapıyı çevreleyen ortak merkezli halkalardan oluşmaktadır. Temel yapı; doğuştan var olan özellikler, genetik özellikler ve sistem parçalarının güçlü ve zayıf yönleri gibi temel yaşamsal faktörleri ifade etmektedir. Vücut sıcaklığının normal aralıklarda olmasını sağlayan, doğuştan var olan mekanizmalar, genetik tepki şekilleri ve organların güçlü ya da zayıf yönleri temel yapı örnekleri olarak belirtilmektedir. Ancak beş değişkenle ilişkili olarak, bilişsel yeterlik gibi hastaya özgü karakteristik özellikler de temel yapıya örnek olabilmektedir.

Ortak merkezli halkalar olarak belirtilen, savunmanın esnek hattı, normal hattı ve direnç hatları, temel yapının bütünlüğüne yönelik herhangi bir saldırıya karşı koruyucu mekanizma olarak işlev görmektedir (Fawcett ve Gigliotti, 2001; Neuman ve Fawcett, 2011). NSM'ye göre bipolar bozukluk tanısı olan bireye ailede bakım verenler temel yapıyı oluşturmaktadır.

**Savunmanın Esnek Hattı:** Hasta sisteminin en dışında yer alır. Stresörlerin sisteme girişini önlemeye çalışan koruyucu bir mekanizmadır. Dinamik bir yapıdadır. Savunmanın esnek hattı, kişinin bir stresöre karşı savunma yapısına yardımcı olan iç etkenleri gösterir. Olası bir tepkiyi önlemek için esnek savunma hattını güçlendirmek önemlidir. Olaylarla ilgili algılar, algılanan sosyal destek, yaşa göre enerji harcama durumu ve spiritüel inanışlar savunmanın esnek halkasını oluşturur (Neuman ve Fawcett, 2011). Bakım verenler için düşündüğümüzde bakım veren kişinin stresle başa çıkma biçimi, bakım verme davranışı ile ilgili algısı ve sosyokültürel etkiler savunmanın esnek hattını oluşturabilir. Çalışmada savunmanın esnek hattını değerlendirmek için Ek-3'deki 1. ve 2. soru sorulmuş ve Ek-5'deki Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

**Savunmanın Normal Hattı:** Savunmanın normal hattı hasta sisteminin mevcut sağlık durumunu tanımlamaktadır. Hasta sisteminin normal ya da olağan iyilik halindedir. Hasta sisteminin stresörlere karşı kendini düzenlemesi ve daha önceki deneyimlerinin sonucu olarak uzun sürede oluşur ve gelişir. Savunmanın esnek hattı tarafından korunur. Hasta sisteminin stabilitesini temsil eder. Zamanla geliştirilen sağlıklı bir uyum düzeyidir. Bu kişinin normalde kullandığı başa çıkma yöntemleri, yaşam biçimi, gelişimin hangi döneminde olduğu ve benzeri bazı değişkenler ve davranışların bir sonucu ya da bileşkesidir (Neuman ve Fawcett, 2011). Çalışmada savunmanın normal hattını değerlendirmek için Ek-3'deki 2. soru sorulmuş ve Ek-5'deki Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

**Direnç Hatları:** Stresörler normal savunma hattını deldiği zaman, sistemin aktive edilen faktörlerle korunması, bir reaksiyona neden olmasını sağlar. Direnç hattı, koruyucu bir mekanizma olarak sistemi stabilize etmeye çalışır ve tekrar normale dönmesi için sistemi besler. Enfeksiyona karşı bağışıklık yanıtı, kanamaya karşı pıhtılaşma, yasa karşı geliştirilen psikolojik yanıtı içerir. Direnç hattı da dahil savunma hatlarının ortak amacı sistemin dengede kalmasını sağlamaktır (Neuman ve



Fawcett, 2011). Çalışmada direnç hattını değerlendirmek için Ek-3'deki 1. ve 2. soru sorulmuştur.

Bütün hatlar birbiri ile işlevsel olarak etkileşim halindedir. Her bir hat kendisi ile ilgili sistem parçalarını koruyan beş değişkeni (fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel, gelişimsel) içerir. Savunma hatları ve direnç hattının yapısında bulunan yaşam tarzı, başatma biçimi, hastanın beklentileri ve motivasyon temel yapıyı korur (Neuman ve Fawcett, 2011).

### **Çevre**

Neuman Sistemler Modeli'nde çevre, hasta/hasta sistemini çevreleyen bütün iç ve dış faktörler ya da etkiler olarak tanımlanır. Hem hasta hem de çevre birbirlerini olumlu ve olumsuz olarak etkiler. Modelde çevre; iç çevre, dış çevre ve oluşturulmuş çevre olarak üçe ayrılmaktadır. İç çevre; kişinin içindeki faktörlerle ve stresörlerle ilişkilidir. Dış çevre; kişiler arası ya da kişinin dışındaki faktörlerle ve stresörlerle ilişkilidir. Oluşturulmuş çevre ise; iç ve dış çevre ile enerji alışverişi yapan açık bir sistemi temsil eder. Bu çevre hasta tarafından farkında olmadan geliştirilir. Bütün sistem değişkenlerinin bilinç dışı harekete geçmesini ifade eden dinamik bir yapıdır. Bireyinalgısal ortamı olarak da ifade edilmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011).

**Stresörler:** Neuman Sistemler Modeli sistemin denge durumunu bozan, iç ve dış çevrede yer alan yıkıcı güçleri stresör olarak adlandırmıştır. Stresörlerin sistem üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri olabilir. Bu durum hastanın algılarına ve stresörlerin etkilerini aşma becerisine bağlıdır. NSM'ye göre stresörlerin tarafsız ve atıl olduğu kabul edilir. Stresörlerin etkilerinin olumlu ya da olumsuz olduğuna, hastanın stresörlerle ilgili algılarına ve stresörlerle karşılaşma biçimine göre karar verilir. NSM'de çevresel stresörler; kişiye özgü, kişilerarası ve kişi dışı stresörler olarak sınıflandırılmıştır (Neuman ve Fawcett, 2011). Aşağıda stresörlere ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

-Kişiy Özgü Stresörler: Hasta/hasta sisteminin sınırları içinde bulunan şartlı refleks ve otoimmün yanıt gibi içsel çevre güçleridir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenler düşünüldüğünde stresle baş edememe, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, bakım verenin fizyolojik ve psikolojik sağlığının olumsuz etkilenmesi kişiye özgü stresörleri oluşturabilir (Perlick et.al.,2005; van der

Voort, Goosens & van der Bijl, 2007; Jönsson, Skärsäter, Wijk & Danielson, 2011; Arguvanlı & Taşçı,2013). Çalışmada kişiye özgü stresörleri değerlendirmek için Ek-2'deki 18. soru ve Ek-3'deki 1. soru sorulmuş ve Ek-8'deki Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

-Kişilerarası Stresörler: Hasta/hasta sisteminin sınırı dışında ancak yakınında ortaya çıkan, iletişim örüntüleri ve/veya bir ya da birden fazla rol beklentisinin olması gibi dış çevreye ait güçlerdir (Neuman ve Fawcett, 2011). Ekonomik güçlükler, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verme, ailede ruhsal hastalık olması, aile içi ilişkilerde bozulma, sosyal izolasyon, damgalanma ve kayıp bakım verenlerin baş etmelerini güçleştiren kişilerarası stresörler olarak değerlendirilebilir (Dore ve Romans, 2001; Östman ve Kjellin, 2002; Ak ve ark.,2012; Arguvanlı ve Taşçı,2013; Erten ve ark., 2014). Çalışmada kişilerarası stresörleri değerlendirmek için Ek-2'deki 11., 18. ve 20. soru, Ek-3'deki 1. soru sorulmuştur.

-Kişi Dışı Stresörler: Hasta/hasta sisteminin sınırı dışında ve uzakta bulunan sosyal politikalar, maddi kaygılar gibi dışsal çevre faktörleridir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım veren ailelerin yaşadığı ekonomik güçlükler ve hasta olan aile üyesinin duygudurum değişimleri bakım verme rolünde zorlanmaya neden olan kişi dışı stresörler olarak değerlendirilebilir (Dore ve Romans, 2001; Chakrabarti ve Gill, 2002; Reinares ve Vieta, 2004; Jönssonve ark.,2011). Çalışmada kişilerarası stresörleri değerlendirmek için Ek-2'deki 11., 13. ve 18.soru, Ek-3'deki 1. soru sorulmuştur.

## **Sağlık**

Neuman Sistemler Modeli'nde sağlık ya da iyilik bir süreç olarak görülmektedir. Sürecin bir ucu sağlık/iyilik diğer ucu ise ölümdür. Sağlık, sistemin denge durumunda olmasını yani herhangi bir durumda olası en iyi iyilik halini ifade etmektedir. Sistemin tüm parçalarının ve alt parçalarının hepsinin uyum içinde olmasıdır. Sistemin gereksinimleri karşılanırsa iyilik hali ve denge durumu sürer (Neuman ve Fawcett, 2011). Bipolar bozukluk tanısı olan bireye ailede bakım verenlerin üstlendikleri bakım verme rolü nedeniyle sistem dengesinin veya sağlık durumunun bozulduğu ve değişen denge durumunun çeşitli sorunlar olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

## **Hemşirelik**

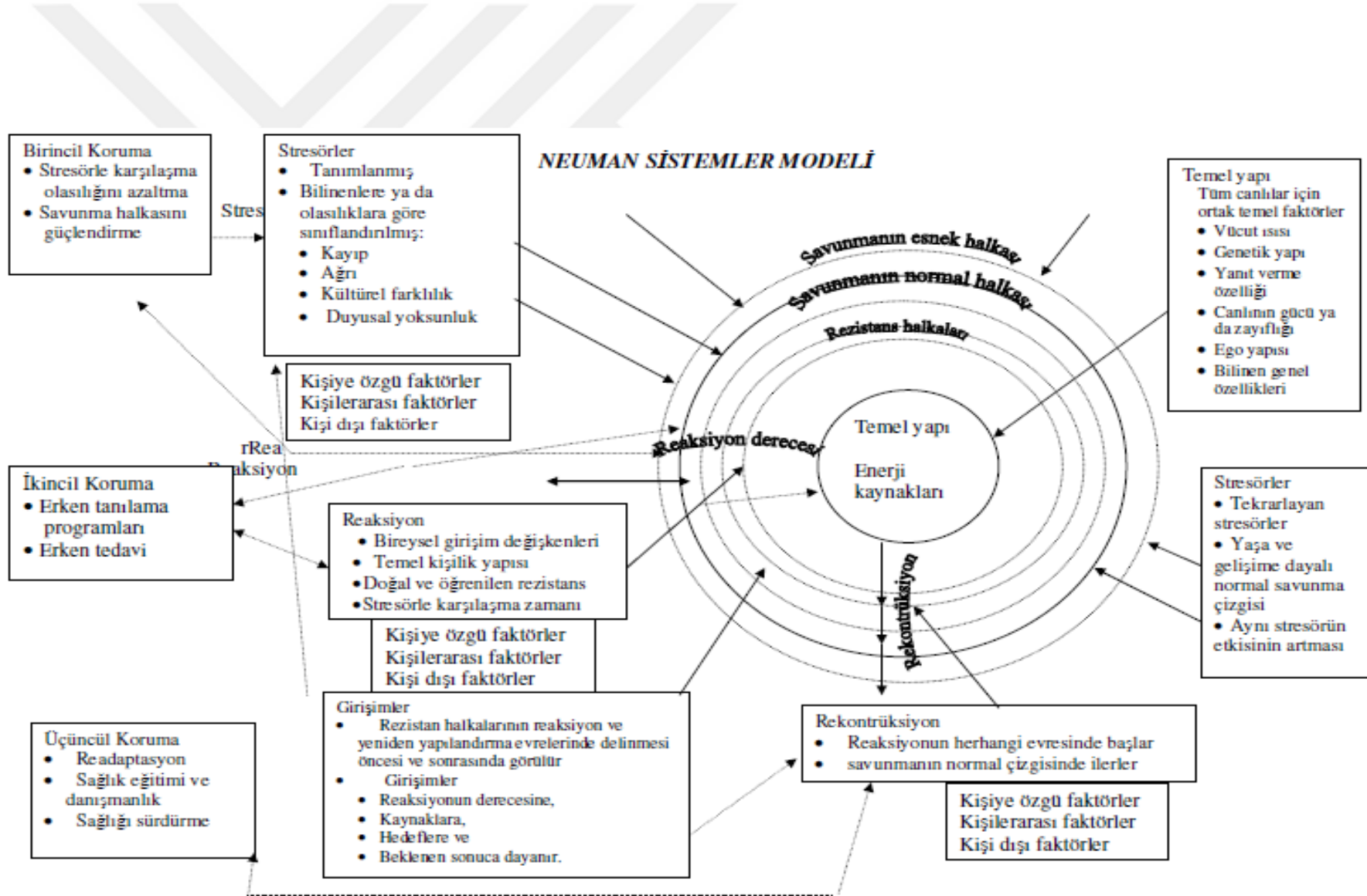
Neuman Sistemler Modeli'nde hemşirelik, potansiyel ve mevcut stresör etkilerini çeşitli düzeylerde koruma girişimleri ile azaltarak, hasta/hasta sisteminin sağlık/iyilik halini sürdürmesini sağlamak olarak tanımlanmıştır. Hemşirenin hedefi optimal iyiliği sağlamak ve sağlığı sürdürmektir. Hemşire bu amaçla uyum mekanizmalarını güçlendirme ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan girişimlerle bireyi destekler. Modelde bu amaçlara yönelik üç koruma düzeyi tanımlanmıştır (Neuman ve Fawcett, 2011).

**Birincil Koruma Düzeyi:** Savunmanın esnek hattının güçlendirilerek, sağlık/iyilik halinin en yüksek düzeyde tutulmasını ifade etmektedir. Birincil koruma düzeyinde stresin önlenmesi, risk faktörlerinin azaltılması ve çeşitli sağlığı geliştirme uygulamaları ile sağlık/iyilik halini geliştirmek amaçlanmaktadır. Birincil koruma düzeyi için planlanan girişimler gerçekleştirilmediğinde ya da bu girişimler başarısızlığa uğradığı takdirde reaksiyon oluşmaktadır (Fawcett ve Gigliotti, 2001).

**İkincil Koruma Düzeyi:** İkincil koruma düzeyinde yapılacak girişimler ile bireyin iç ve dış kaynakları kullanılarak direnç hatlarının güçlendirilmesi ve temel yapının korunması amaçlanmaktadır. İkincil koruma sistemin denge durumuna ulaşması için semptomlar ortaya çıktıktan sonra başlanan tedavi ya da müdahaleleri içerir (Fawcett ve Gigliotti, 2001).

**Üçüncül Koruma Düzeyi:** Üçüncül koruma aktif tedavi ya da ikincil korumadan sonra yapılan girişimlerdir. Üçüncül koruma, sistemin yeniden yapılandırılması, iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesine odaklanır. Amacı; tepki ya da bozukluğun tekrar ortaya çıkmasını önlemek için eğitim yaparak stresörlere karşı bireyin direncini yükseltmektir (Fawcett ve Gigliotti, 2001).

Bu tez çalışmasında bipolar bozukluğu olan bireye bakım veren bireylerin bozulan sistem dengesinin tekrar denge durumuna getirilmesinde, bakım verenlerin gereksinimlerine özgü geliştirilen BVGP ile hemşirelik girişimlerinin uygulanması hedeflenmiştir. NSM'ye temellendirilmiş BVGP, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hattına müdahale eden ikincil koruma düzeyinde bir hemşirelik müdahalesi olarak planlanmıştır.



Şekil 2.1. Neuman sistemler modeli (Neuman, 1970).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma nitel ağırlıklı, radikal hümanist paradigmaya dayalı katılımlı bir eylem araştırmasıdır. Çalışmanın eylem araştırması olarak planlanması, hem psikiyatri hemşireliği bakım felsefesine hem de Neuman'ın Sistemler Modeli felsefesine uygun görünmektedir. Hemşirelik, bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül olarak ele alan ve sağlık durumunu yönetmede bireyin de aktif rol almasını benimseyen bir felsefeye sahiptir. Benzer şekilde Sistemler Modeli'nde de Neuman, bireyi sosyokültürel, fizyolojik, psikolojik, gelişimsel ve spiritüel olmak üzere beş değişken kapsamında bütüncül olarak ele almakta ve bireyin hemşirelik girişimleriyle güçlendirildiği takdirde denge durumunu koruyabileceğini öne sürmektedir. Eylem araştırmalarında da bireyleri dinleyerek, anlayarak ihtiyaca özgü çözümler üretme fikri benimsenmektedir. Bireyler planlama ve uygulamaların merkezinde aktif olarak yer almaktadır.

#### 3.2. Araştırmanın Örnekleme ve Örneklem Özellikleri

Araştırmanın örneklem seçimi için, kolay ulaşılabilir olması (Patton, 1987) ve Antalya ilindeki tek Duygudurum Bozuklukları Polikliniği olması nedeniyle, 2009 yılından beri hizmet vermekte olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Duygudurum Bozuklukları Polikliniği tercih edilmiştir. Duygudurum Bozuklukları Polikliniği'nde takip edilen kayıtlı 217 hasta bulunmaktadır. Buna göre araştırmanın örneklemini bipolar bozukluk tanısı almış olan, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Duygudurum Bozuklukları Polikliniği'nde takip edilen hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniği kullanılmıştır (Palys, 2008). Ölçüt örnekleme tekniğinde temel anlayış, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır. Araştırmaya katılacak olan bakım verenler, en az bir yıldır bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastaya birinci derecede bakım verme sorumluluğunu üstlenen ve hastayla birlikte yaşayan kişiler olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalı olduğundan, bakım verenlere poliklinikteki hasta kayıt dosyalarında yer alan telefon numaralarından ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve aşağıda belirtilen ölçütlere uyan sekiz bakım

veren araştırmaya dahil edilmiştir. Ancak çeşitli nedenlerle (eğitime katılmaktan vazgeçme, eğitimi yarıda bırakma) dört bakım verenin araştırmadan ayrılması ve araştırma kalan dört kişi ile tamamlanmıştır. Buna göre, eylem araştırması hazırlık süreci sekiz bakım veren ile gerçekteşirilmiş, eylem süreci ve eylem sonrası süreç ise dört bakım veren ile sürdürülerek araştırma tamamlanmıştır.

### **Örnekleme Özellikleri**

#### **Araştırmaya Alınma Ölçütleri**

- En az bir yıldır bipolar bozukluk tanısı ile poliklinikten takip edilen hastaya bakım verme
- Hasta ile aynı evde yaşama
- En az okur-yazar olma
- İletişime engel olabilecek bir durumu olmama (işitme, görme, fiziksel, zihinsel engel)
- 18 yaş üzerinde olma
- Türkçe konuşuyor olma
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul etme
- Antalya merkezi ve merkez ilçelerinde ikamet etme (Aksu, Döşemealtı Kepez, Konyaaltı, Muratpaşa)

#### **Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri**

- Son bir yıl içinde benzer bir psikoeğitim programına katılmış olma
- Araştırmayla eş zamanlı yürütölen başka bir psikoeğitim programına katılmayı kabul etmiş olma

#### **Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri**

Araştırmaya katılan bakım verenlere ait demografik veriler, Tablo 3.1’de verilmiştir. Metin içinde bakım verenleri ifade etmek için gizlilik ilkesi gereği gerçekte isimleri yerine BV1, BV2, BV3, BV4, BV5, BV6, BV7, BV8 şeklinde kodlar kullanılmıştır.

**Tablo 3.1.** Bakım verenlere ait demografik veriler

	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Çalışma durumu	Ekonomik durum	Hastalığı olma durumu	Bakım verenin hastaya olan yakınlık durumu
<b>Katılımcılar</b>							
<b>BV1</b>	Erkek	51	Lise	Çalışıyor	Orta	Var	Eşi
<b>BV2</b>	Kadın	38	Üniversite	Çalışıyor	Orta	Yok	Eşi
<b>BV3</b>	Kadın	60	İlkokul	Çalışmıyor	Düşük	Var	Annesi
<b>BV4</b>	Erkek	46	İlkokul	Çalışıyor	Orta	Var	Babası
<b>BV5</b>	Kadın	60	İlkokul	Çalışmıyor	Orta	Var	Annesi
<b>BV6</b>	Erkek	52	Lise	Çalışmıyor	Orta	Var	Partneri
<b>BV7</b>	Kadın	33	Lise	Çalışmıyor	Orta	Yok	Eşi
<b>BV8</b>	Erkek	30	Üniversite	Çalışıyor	Düşük	Yok	Kardeşi

Bakım verenlerin dördü erkek, dördü kadındır. Bakım verenlerin üçü lise, üçü ilkokul, ikisi ise üniversite mezunudur. Bakım verenlerden dördü bir işte çalışmakta, dördü ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin biri ekonomik durumunu düşük olarak ifade ederken yedisi orta olarak ifade etmiştir. Bakım verenlerin altısı kendisinin de fizyolojik bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Hastaya olan yakınlık durumu incelendiğinde bakım verenlerden üç kişi hastanın eşi, iki kişi hastanın annesi, bir kişi hastanın babası, bir kişi ise hastanın arkadaşıdır.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada bakım verenlerin ihtiyaçlarına ve sorun alanlarına özgü, NSM'ye temellendirilmiş bir eğitim programı hazırlanması planlandığından, veri toplama formlarının oluşturulması ve ölçeklerin seçiminde NSM kavramları göz önüne alınmıştır. NSM kavramları ve veri toplama araçları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler, genel bilgiler bölümünde 2.4. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi başlığı altında verilmiştir. Eylem araştırması nicel yöntemlerin de kullanıldığı nitel desende bir araştırma yöntemidir. Eylem araştırmalarında genellikle nicel ve nitel veri toplama teknikleri birarada kullanılır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Veri toplamak için kullanılan ölçekler ve görüşme formları aşağıda açıklanmıştır.

### **3.3.1. Sosyo-demografik Form (Ek-2)**

Sosyo-demografik form araştırmacı tarafından ilgili literatür (Colomve ark., 2003;Arguvanlı ve Taşçı, 2013;Crandall ve ark.,2014) ve NSM kavramları dikkate alınarak oluşturulmuştur. Formda bakım verenin yaşı, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyoekonomik durumunun yanı sıra ne kadar süredir hastaya bakım verdiği ve hastalığın manik ve/veya depresif hangi dönemlerini deneyimlediği gibi sosyodemografik özellikleri içeren sorular yer almaktadır (Ek-2). Ayrıca formda hasta bireyin de yaşı, çalışma durumu, eğitim durumu, hasta olarak geçirilen süre gibi demografik bilgileri yer almaktadır.

### **3.3.2. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma ve Yönetme Gereksinimlerini Belirleme Formu (Ek-3)**

Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerini belirlemek için nitel araştırma yöntemlerinden standartlaştırılmış açık uçlu bireysel görüşme yapılmıştır. Görüşme formu ilgili literatür (Dore ve Romans, 2001; Chakrabarti ve Gill, 2002; Östman ve Kjellin, 2002; Jönssonve ark.,2011; Arguvanlı ve Taşçı, 2013; Crandall ve ark., 2014) dikkate alınarak oluşturulmuş ve tez izleme komitesi üyelerinden uzman görüşü alınmıştır.

### **3.3.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BYÖ) (Ek-4)**

Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, bakım gereksinimi olan bireye bakım veren kişilerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Zaritse ark.,1980).Bakım veren kişinin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen bir ölçektir. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmakta ve ölçeğin maddeleri 0 ile 4 (asla=0, nadiren=1, bazen=2, sık sık=3, hemen her zaman=4) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit ve Zarit 1990). Ölçeğin, İnci (2008) tarafından geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapıldığı araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.95 bulunmuş ve ölçeğin tek boyutlu olarak değerlendirilmesinin uygun olduğu belirlenmiştir.



### 3.3.4. Başaçıkma Stratejileri Ölçeği (BSÖ) (Ek-5)

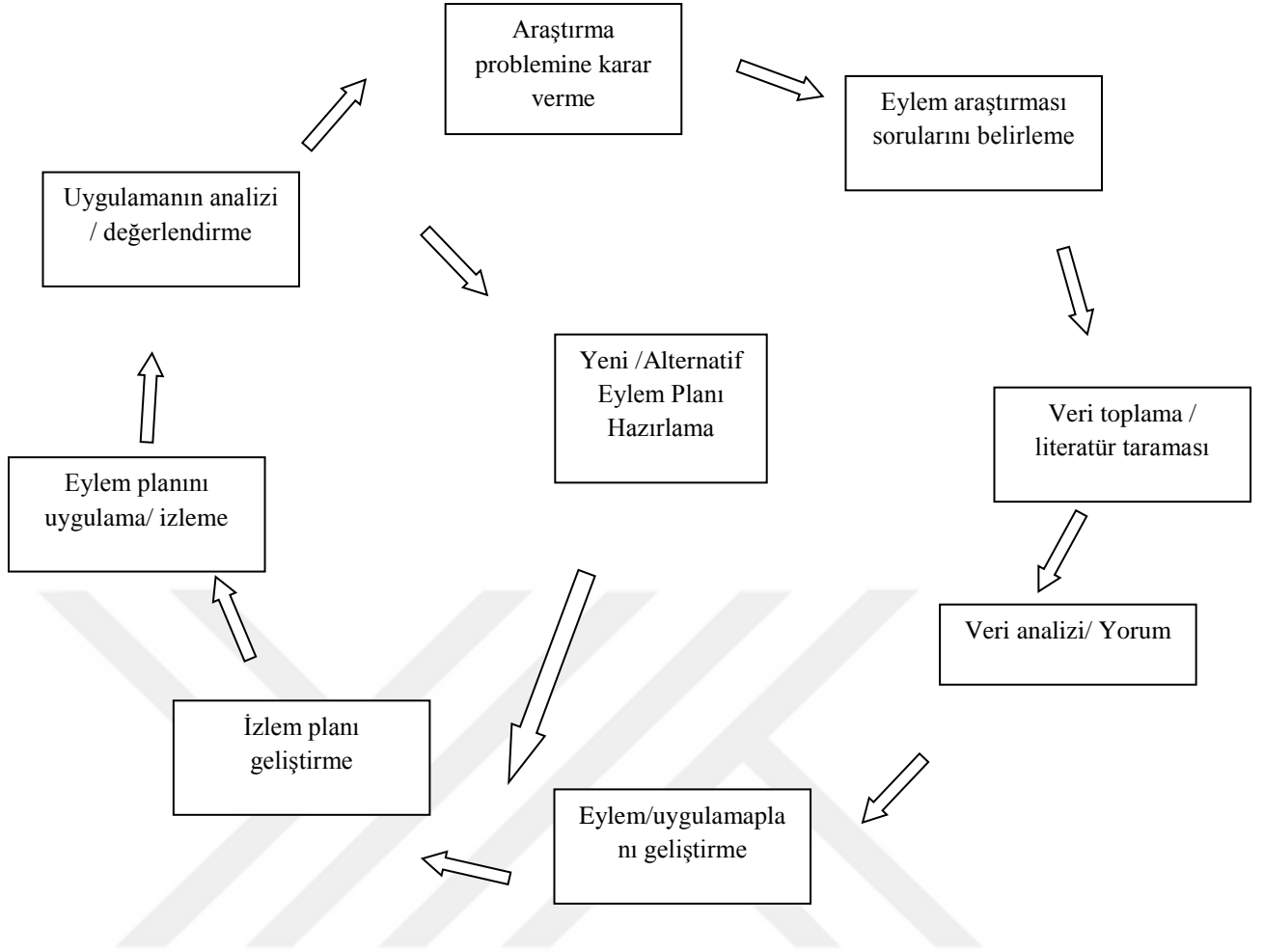
Ölçek, Amirkhan (1990) tarafından geliştirilmiş, Aysan (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmış bir kendini değerlendirme envanteridir. Ölçekte bireylerden son altı ay içerisinde yaşadıkları herhangi bir stres durumunu düşünerek ölçek maddelerinde belirlenen başaçıkma stratejisini ne derecede kullandıklarını belirtmeleri istenmektedir. Ölçek toplam 33 maddeden ve "Problem çözme", "Sosyal Destek Arama" ve "Kaçınma" olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerde toplam 11'er madde bulunmakta ve alt ölçek toplam puanları 11 ile 33 arasında değişebilmektedir. Ölçekte 1-hiç, 2-biraz, 3-çok, olmak üzere üçlü likert tipi bir değerlendirme vardır. Alt ölçeklerden alınacak en düşük puan 11, en yüksek puan ise 33'tür. Yüksek puanlar ölçülen başaçıkma stratejisinin kullanım derecesinin yüksekliğini yansıtmaktadır (Aysan, 2003).

Alt Ölçek İsimleri	Problem Çözme	Sosyal Destek	AramaKaçınma
Madde	2,3,8,9,11,15,	1,5,7,12,14,19,	4,6,10,13,18,21,
Numaraları	16,17,20,29,33	23,24,25,31,32	22,26,27,28,30

Başaçıkma Stratejisi Ölçeği'nde alt ölçekler birbirinden bağımsız olup birbirleriyle olan korelasyonları yaklaşık sıfır düzeyindedir. Yalnız Problem Çözme ve Sosyal Destek Arama alt ölçekleri biraz binişiklik göstermektedir ( $r=.20$ ). Alt ölçeklerin birbirinden bağımsız olması puanların yorumlanmasını büyük ölçüde basitleştirmektedir. Güvenirliğe ilişkin olarak iç tutarlılık alfa korelasyonları Sosyal Destek Arama alt ölçeği için .92; Problem çözme için .89 ve Kaçınma için .83 olarak belirlenmiştir (Aysan, 2003).

### 3.4. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Araştırmada Yıldırım ve Şimşek (2011)'in belirttiği problemi belirleme, veri toplama, veri analizi, eylem planı belirleme, eylemi gerçekleştirme ve alternatif ya da yeni bir eyleme karar verme aşamalarından oluşan eylem araştırması süreci takip edilmiştir (Şekil 3.1). Bu çalışmanın eylem araştırma süreci aşamaları Şekil 3.2'de gösterilmiştir. Araştırmanın uygulama aşamaları metin içinde eylem öncesi hazırlık süreci, eylem süreci ve eylem sonrası süreç olmak üzere üç başlık altında sunulmuştur.



Şekil 3.1. Eylem araştırması süreci

### 3.4.1. Eylem Öncesi Hazırlık Süreci

#### a. Araştırma Problemine Karar Verme

Eylem araştırması bir problem durumu ya da uygulama sürecinde irdelenmesi gereken bir boyutun belirlenmesi ile başlar (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Literatürdeki araştırmalarda bipolar bozukluğu olan bireye bakım verme nedeniyle bakım verenlerin yaşadığı sorunlar incelenmiş ve araştırma problemine karar verilmiştir. Bu çalışmada araştırma problemi: “Bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenler stresle baş edemediklerini ve bakım yükü yaşadıklarını ifade etmektedir. Bakım verenlerin stres ve bakım yükü yaşamaları relapsı tanınmalarını ve yönetmelerini etkilemektedir. Psikiyatri hemşiresi olarak bipolar bozukluğu olan bireye ailede bakım verenlerin relapsı tanınmaları ve yönetebilmeleri için neler yapılabilir? Psikiyatri hemşirelerine bipolar bozukluğu olan bireye ailede bakım verenler ile çalışabilecekleri bir uygulama modeli nasıl sunulabilir?” olarak belirlenmiştir.

## **b. Eylem Araştırması Sorularını Belirleme**

Bu aşamada araştırma problemi soru ya da sorular biçiminde ifade edilir. Burada amaç sorular yoluyla araştırma probleminin daha belirgin ve araştırmaya yön verecek hale getirilmesidir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu tez çalışmasında araştırma soruları şunlardır:

- Bipolar bozukluğu olan bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumlarını belirlemek için sorulacak sorular neler olmalıdır?
- Ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumları ile ilgili sorunları belirlemek için kullanılacak veri toplama araçları neler olmalıdır?
- Ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumları ile ilgili sorunları belirlemek için kullanılacak yöntem ne olmalıdır?
- Ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumları ile ilgili elde edilen veriler nasıl değerlendirilecektir?
- Ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumları ile ilgili belirlenen sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri neler olmalıdır?
- Ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumları ile ilgili belirlenen sorunlara yönelik yapılan girişimin etkisi nasıl değerlendirilmelidir?
- Yapılan bu girişimde kullanılacak ölçme araçları ne olmalıdır?
- Verilerin analiz edilmesinde kullanılacak istatistiksel yöntemler neler olmalıdır?
- Ailede bakım verenlerle çalışmak üzere veri toplama, verileri tanımlama ve girişim sağlama açısından Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş "Bakım Verenleri Güçlendirme Programı" uygun mudur?

## **c. Veri Toplama Formlarının Uygunluğunun Değerlendirilmesi**

Veri toplama formlarının uygunluğunun denemesi için, belirlenen örneklem ölçütlerine uyan iki bakım veren ile ön görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde, veri toplama formları anlaşılabilirlik yönünden değerlendirilmiş ve formların anlaşılır olduğu görülmüştür. Ön görüşmelerden biri, hastanın kliniğe yatışının yapılması nedeniyle bakım verenin talebi üzerine psikiyatri kliniğinde bulunan görüşme odasında yapılmıştır. Diğer görüşme ise araştırmacının bireysel çalışma ofisinde yapılmıştır. Görüşmeler ortalama bir saat sürmüştür.

#### **d. Bakım Yükü, Başa Çıkma Stratejileri ile Relapsı Tanıma ve Yönetme Gereksinimlerinin Belirlenmesi (I. ölçüm)**

Eylem öncesi hazırlık sürecinin bir aşaması olarak araştırmaya katılmayı kabul eden sekiz bakım verene ölçüm araçları BYÖ ve BSÖ uygulanmıştır. Aynı zamanda bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla her bir bakım verene yapılandırılmış soru formu (Ek-3) aracılığıyla bireysel görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler, araştırmacının bireysel çalışma ofisinde gerçekleşmiş ve ortalama bir saat sürmüştür. Görüşmeler araştırmacı tarafından ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir.

#### **e. BVGP'nin Yapılandırılması**

Eğitim programının bakım verenlerin ihtiyaçlarına özgü geliştirilmesi hedeflendiğinden, bakım verenlerin bakım verme yükü ve başa çıkma stratejileri ölçümlerinden elde edilen sonuçlar, relapsı tanıma ve yönetme gereksinimleri ile ilgili görüşmelerden belirlenen eğitim ihtiyaçlarına göre, ilgili literatür (Kaplan ve Sadock, 2004; Videbeck, 2011; Colom ve Vieta, 2012; Varcarolis, 2013; <http://bipolarcaregivers.org/wp-content/uploads/2010/07/guide-for-caregivers.pdf>; <http://www.turkpsikiyatri.org/>) dikkate alınarak programın teorik içeriği oluşturulmuştur. Daha sonra oturum içeriklerinin NSM kavramları ile ilişkisi kurulmuştur. Son olarak oturum içeriklerinin NSM kavramları ile ilişkisinin değerlendirilmesi için, program NSM konusunda çalışmış olan psikiyatri hemşireliği alanında uzman iki akademisyene gönderilmiştir. Uzman görüşleri sonrası gerekli değişiklikler yapılarak programa son şekli verilmiştir (Ek-6).

### **3.4.2. Eylem Süreci**

#### **a. BVGP'nin Uygulanması**

Bu aşamada NSM'ye temellendirilmiş BVGP araştırmacı tarafından uygulanmaya başlanmıştır. BVGP'nin uygulanmasında yöntem olarak psikoeğitim modeli kullanılmıştır. Psikoeğitim, yapılandırılmış ve bazı özel içerik alanlarına yoğunlaştırılmış eğitim programlarını ifade eder. Bireylere psikolojik ve bilişsel anlamda yardım etme, bilgi verme ve başa çıkma yeteneklerinin kazandırılmasını içerir. Ailede bakım verenler söz konusu olduğunda psikoeğitimin amacı, bakım verenlerin hastalık sürecinde bilmedikleri ve zorlandıkları rollerini olabildiğince iyi öğrenip benimseyebilmeleridir (Yazıcı, 2001; Yurtsever ve ark., 2001). Programa dört

bakım veren (BV1, BV2, BV3, BV4) devam etmiş ve her bir bakım veren için bireysel psikoeğitim uygulanmıştır.

BVGP dört oturumdan oluşmakta ve her bir oturum ortalama 60 dakika sürmektedir. Program Şubat-Mart 2017 tarihinde haftada iki oturum olmak üzere her bakım verene iki haftada uygulanmıştır. BVGP'nin uygulaması, araştırmacının çalıştığı Hemşirelik Fakültesi'nin yüksek lisans dersliklerinde gerçekleştirilmiştir. Derslikte barkovizyon sistemi bulunmaktadır. BVGP'nin uygulanmasında öğretim yöntemi olarak slayt gösterimi, sözlü anlatım ve soru cevap yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmacı, eğitim oturumları devam ederken bakım verenlerin sorularını yanıtlarak eğitim sırasında ortaya çıkan bilgi gereksinimlerini gidermiştir. Eğitimin son oturumu tamamlandıktan sonra bakım verenlere BVGP eğitim kitapçığı verilmiştir. Bakım Verenleri Güçlendirme Programı eğitim kitapçığı, dört bölümden oluşan, 53 sayfalık bir kitapçık olarak tasarlanmıştır. Dört bölümün her biri Ek-6'da belirtilen dört eğitim oturumuna karşılık gelmektedir.

### **3.4.3. Eylem Sonrası Süreç**

#### **a. BVGP'nin Uygulanması Sonrası Bakım Yüğü, Başaıkma Stratejileri Ölçümleri ile Relapsı Tanıma ve Yönetme Gereksinimleri ile İlgili Görüşmenin Yapılması (II. ölçüm)**

Eylem sonrası sürecinin bir aşaması olarak programa devam eden dört bakım verene program sonrası, kendilerinin uygun olduğu ilk fırsatta ölçüm araçları BYÖ ve BSÖ tekrar uygulanmıştır. Bakım verenlerin eğitim sonrası relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin tekrar değerlendirmek amacıyla her bir bakım verene yapılandırılmış soru formu (Ek-3) aracılığıyla bireysel görüşmeler ikinci kez yapılmıştır. Bu görüşmeler, araştırmacının bireysel çalışma ofisinde gerçekleşmiş ve ortalama bir saat sürmüştür. Görüşmeler araştırmacı tarafından ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir.

#### **b. Eylemin İzlemi**

Araştırmaya devam eden bakım verenlerin eğitimden altı hafta sonraki relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla her bir bakım verene yapılandırılmış soru formu (Ek-3) aracılığıyla bireysel görüşmeler üçüncü kez yapılmıştır. Bu görüşmeler, araştırmacının bireysel çalışma ofisinde gerçekleşmiş ve

ortalama 30 dakika sürmüştür. Görüşmeler araştırmacı tarafından ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay alınmıştır (Ek-7). Uygulamanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesinden kurumsal izin (Ek-8) alınmıştır. Araştırmaya katılan bakım verenlere araştırmanın adı, amacı, süresi ve şekli hakkında açıklama yapılarak bilgilendirilmiş, bakım verenlerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-1).

### **3.6. Verilerin Analizi**

Veri analizi verilerin düzenlenmesi, araştırma soruları çerçevesinde betimlenmesi ve yorumlanması aşamalarından oluşur. Eylem araştırmalarında analiz süreklilik gösterir. Diğer bir ifadeyle analiz veri toplama ile eş zamanlı yürütülür, toplanacak ek verilerin türü ve niteliğine ışık tutar. Verilerin betimlenmesi ve literatür değerlendirmesi çerçevesinde araştırmacı birtakım yorumlara ulaşır ve araştırma problemine ilişkin önerileri ortaya koyar (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmanın analizi, araştırmanın uygulama basamakları ile paralel yürütülmüştür. Buna göre analiz süreci:

- a. Eylem öncesi hazırlık sürecinde elde edilen verilerin analizi,
- b. Eylem sonrası süreçte elde edilen verilerin analizi
- c. İzlem sürecinde elde edilen verilerin analizi

olmak üzere üç boyutta gerçekleştirilmiştir.

#### **a. Eylem Öncesi Hazırlık Sürecinde Elde Edilen Verilerin Analizi**

Araştırmada eylem öncesi hazırlık sürecinde uygulanan ölçeklerden elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılarak bakım verenlerin ölçek toplam puanlarına bakılmıştır. Yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelerden elde edilen nitel veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. İçerik analizi dört aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı yürüten iki araştırmacı tarafından, sırasıyla veriler kodlanmış, temalar bulunmuş, kodların ve temaların düzenlenmesi yapılmış ve bulgular tanımlanarak yorumlama yapılmıştır. Verilerin kodlanması ve temaların bulunması aşamalarında iki araştırmacı birbirinden bağımsız çalışmıştır. Temaların

kodlanması ve düzenlenmesi aşamasında iki araştırmacı birlikte çalışarak bulguları tanımlamış ve yorumlamalar yapılmıştır.

Temalar Neuman'ın Sistemler Modelinde tanımladığı metaparadigmalar (insan, sağlık, çevre, hemşirelik) temel alınarak oluşturulmuştur. Temaların güvenilirliğini belirlemek için Kappa analizi yapılmıştır. Bu çalışma aşağıdaki işlem basamaklarına göre yürütülmüştür.

1. Araştırmacı tarafından tema kodlaması yapılmıştır.
2. Alan uzmanı tarafından tema kodlaması yapılmıştır.
3. Kodlamalar karşılaştırılmış ve ortak temalara ulaşılmıştır.
4. Kodlayıcılar arasında güvenilirliğin sınanması amacıyla, araştırma konusunda bilgi sahibi olmayan iki uzman belirlenen temalara göre kodlama yapmıştır.
5. Kodlayıcılar arası Kappa değerine SPSS programı kullanılarak bakılmıştır (Landis ve Koch, 1977).

Kappa katsayısının 0.0 ile .20 arasında olması, uyumun olmadığı, .21 ile .40 arasında olması, orta düzeyde bir uyumun olduğu, .41 ile .60 arasında olması, çoğunlukla uyumun olduğu, .61 ile .80 arasında olması, önemli düzeyde bir uyumun olduğu, .81 ile 1.0 arasında olması mükemmel bir uyumun olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Landis & Koch, 1977).Yapılan tutarlılık oranı hesaplaması sonucuna göre Kohen kappa katsayısının aritmetik ortalaması.78 olarak bulunmuştur. Buna göre değerlendiriciler arasında önemli düzeyde bir uyumun olduğu görülmüş ve kodlamaların güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

#### **b. Eylem Sonrası Süreçte Elde Edilen Verilerin Analizi**

Eylem sonrası süreçte ölçeklerden elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılarak bakım verenlerin ölçek toplam puanlarına bakılmıştır. Yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelerden elde edilen nitel veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. İçerik analizi dört aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı yürüten iki araştırmacı tarafından, sırasıyla veriler kodlanmış, temalar bulunmuş, kodların ve temaların düzenlenmesi yapılmış ve bulgular tanımlanarak yorumlama yapılmıştır. Verilerin kodlanması ve temaların bulunması aşamalarında iki araştırmacı birbirinden bağımsız çalışmıştır. Temaların kodlanması ve düzenlenmesi

aşamasında iki araştırmacı birlikte çalışarak bulguları tanımlamış ve yorumlamalar yapılmıştır.

Temalar Neuman'ın Sistemler Modelinde tanımladığı metaparadigmalar (insan, sağlık, çevre, hemşirelik) temel alınarak oluşturulmuştur. Temaların güvenilirliğini belirlemek için Kappa analizi yapılmıştır. Yapılan tutarlılık oranı hesaplaması sonucuna göre Kohen kappa katsayısının aritmetik ortalaması .95 olarak bulunmuştur. Buna göre değerlendiriciler arasında mükemmel bir uyumun olduğu görülmüş ve kodlamaların güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

### **c. İzlem Sürecinde Elde Edilen Verilerin Analizi**

Eylemin izlemi için üçüncü kez yapılan yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelerden elde edilen nitel veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. İçerik analizi dört aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı yürüten iki araştırmacı tarafından, sırasıyla veriler kodlanmış, temalar bulunmuş, kodların ve temaların düzenlenmesi yapılmış ve bulgular tanımlanarak yorumlama yapılmıştır. Verilerin kodlanması ve temaların bulunması aşamalarında iki araştırmacı birbirinden bağımsız çalışmıştır. Temaların kodlanması ve düzenlenmesi aşamasında iki araştırmacı birlikte çalışarak bulguları tanımlamış ve yorumlamalar yapılmıştır.

Temalar Neuman'ın Sistemler Modelinde tanımladığı metaparadigmalar (insan, sağlık, çevre, hemşirelik) temel alınarak oluşturulmuştur. Temaların güvenilirliğini belirlemek için Kappa analizi yapılmıştır. Yapılan tutarlılık oranı hesaplaması sonucuna göre Kohen kappa katsayısının aritmetik ortalaması 1.00 olarak bulunmuştur. Buna göre değerlendiriciler arasında mükemmel bir uyumun olduğu görülmüş ve kodlamaların güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

### **3.7. Geçerlik ve Güvenirlik**

Bu bölümde araştırma sırasında yapılan geçerlik ve güvenirlilik çalışmalarına yer verilmiştir. Araştırmanın güvenilirliğini (tutarlılığını) artırmak için, bulgular metin içinde yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Ayrıca içerik analizi sırasında oluşturulan temaların güvenirlilik çalışması (Kappa analizi) yapılmıştır. Aynı bireyden birden fazla görüşme yoluyla toplanan verilerin gerçeği daha güçlü yansıtacağı belirtilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Araştırma sırasında katılımcılarla üç kez yarı yapılandırılmış görüşmenin yapılmış olmasının araştırmanın güvenirliliğini



artırdığı düşünülmektedir. Araştırmanın güvenilirliğini (tutarlılığını) artırmak için, Halk Sağlığı Hemşireliği ve Psikiyatri Hemşireliği alanında uzman iki bağımsız akademisyen tüm araştırma sürecini ve sonuçlarını incelemiştir.

Araştırmanın iç geçerliğini (inandırıcılığını) arttırmak için, kullanılan ölçeklerin seçimi ve görüşme formunun geliştirilmesi aşamasında ilgili alan yazın incelemesi yapılarak konu ile ilgili kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. İçerik analizinde temalar ve temaları oluşturan alt temaların kendi aralarındaki ilişkisi ile her bir temanın diğerleriyle ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanmıştır.

Araştırmanın dış geçerliğini (aktarılabirliğini)artırmak için, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak dahil etme ve dışlama ölçütleri belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırma sürecinde yaşanan deneyimler ve süreç içinde yapılanlar yöntem bölümünde ayrıntılı şekilde kaydedilmiştir. Buna göre, araştırmanın modeli, katılımcıların özellikleri, veri toplama araçları, veri toplama, verilerin çözümlenmesi ve analiz süreçleri ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

#### **Araştırma Sürecinde Yaşanan Deneyimler**

- Bakım verenlere kendileriyle ilgili sorular sorulmasına karşın hastanın davranışlarından bahsetmeleri
- Poliklinik hasta kayıtlarının düzenli olmaması, kayıtların eksik olması
- Poliklinik kayıtlarında adres, telefon değişikliklerinin güncellenmemiş olması
- Görüşme yeri olarak psikiyatri kliniği görüşme odalarının tercih edilmesine karşın görüşme odalarının uygun olmaması nedeniyle araştırmacının bireysel çalışma ofisini kullanmaya karar vermiş olması
- Bir bakım verenin hastaya müdahale edileceğini zannetmesi nedeniyle güven sorunu yaşamaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bazı bakım verenlerin çalışma koşullarının araştırmaya katılmalarına engel olması
- Araştırmaya katılan bir bakım verenin eğitim programını ikinci oturumdan sonra bırakarak araştırmadan ayrılmış olması
- Araştırmaya katılan bir bakım verenin şehir dışına yerleşmesi nedeniyle programa katılamaması
- Araştırmaya katılan iki bakım verene belirttikleri numaradan

ulaşılamaması nedeniyle programa katılmamaları

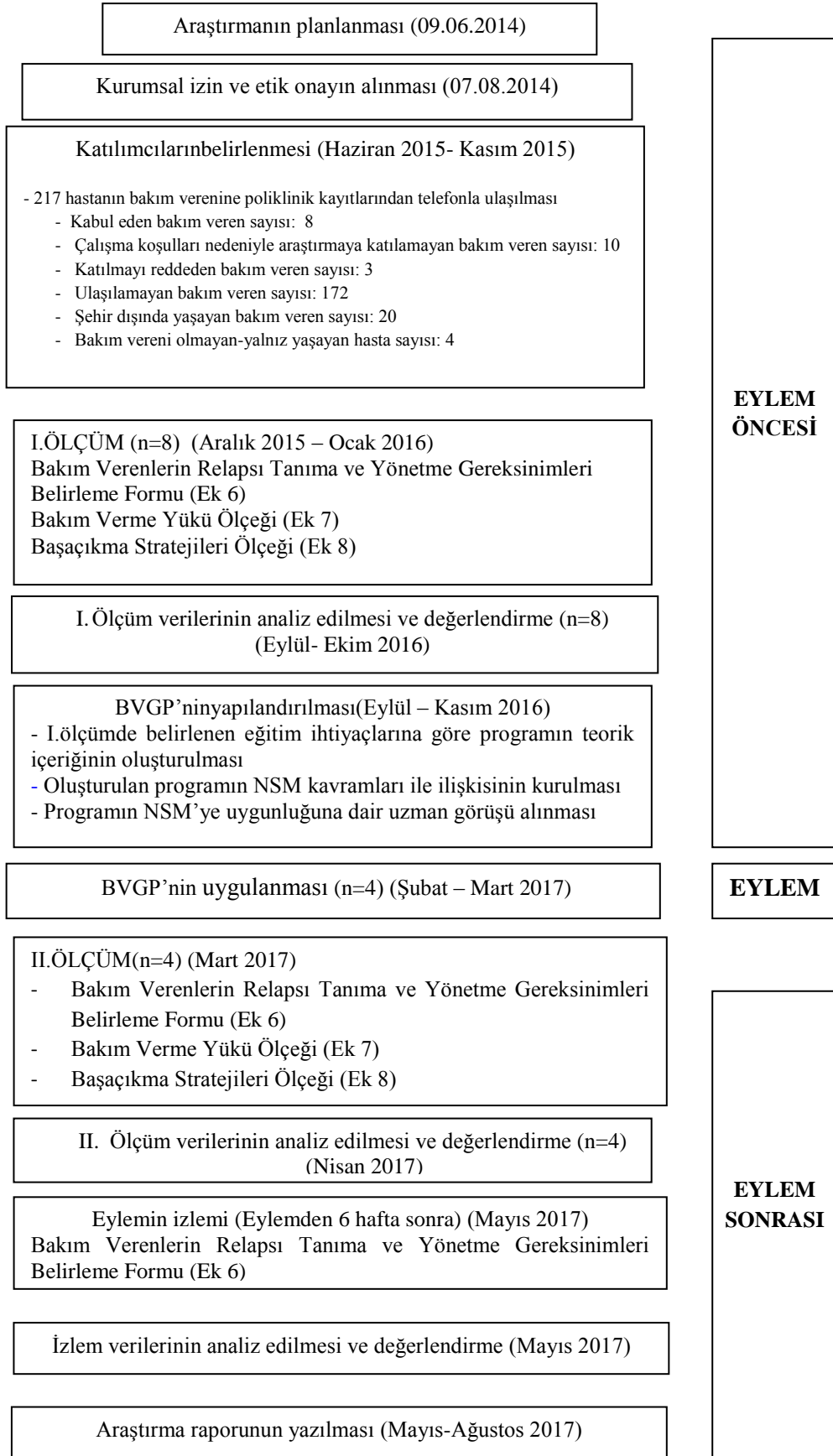
- Bakım verenlerin bazı yaşam olaylarını ses kaydı sonlandırıldıktan sonra anlatma eğiliminde olması

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sadece bir sağlık kuruluşuna başvuran hastaların bakım verenleri ile yapıldığından örneklem sınırlılığı içerdiğinden evrene genellenmesi mümkün değildir. Bu nedenle bunun yerine nitel çalışmalarda analitik genelleme yapılabilmektedir.

### **3.9. Araştırmacının Rolü**

Bu çalışma bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme durumlarını NSM'ye göre tanımlayarak açıklamak ve NSM'ye temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programının” bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Duygudurum Bozuklukları Polikliniği'nin 2009 yılındaki kuruluş aşamasında, adıgeçen poliklinikte hasta kabulü ve kayıtların tutulmasında yüksek lisans öğrencisi olarak bizzat yer almış olmam bu konu üzerinde çalışmam da oldukça büyük etkiye sahiptir. Nitel araştırmalarda araştırmacının, araştırma konusu ile ilgilikısmen de olsa bilgiye sahip olması ve bu nedenle araştırmanın sürecine etki etme ihtimalinin bulunması, araştırmanın objektifliği üzerine kaygılara neden olmaktadır (Patton, 2014). Ancak araştırmanın objektifliğinin sağlanması için, görüşmeler esnasında bakım verenlerin görüşlerinin yönlendirilmemesi ve BVGP oluşturulurken bakım verenlerin talepleri dışında bir bilgi verilmemesi konusunda titizlik gösterilmiştir.



**Şekil 3.2.** Araştırmanın akış şeması

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bakım verenlere ait bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında eylem öncesi bulgular, eylem sonrası bulgular ve izlem bulguları şeklinde karşılaştırmalı olarak bir arada sunulmuştur.

---

### 4.1. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları

#### 4.2. Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar

**Tema:** Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler

**Tema:** Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler

#### 4.3. Bakım Verenlerin Relapsı Yönetme Deneyimleri

**Tema:** Bakım Verenlerin Hastanın Semptomlarını Yönetme Konusunda Sergiledikleri Başetme Davranışları

#### 4.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Bakım Verme İle İlişkili Metaforlar

#### 4.5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Düzeyleri

#### 4.6. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri

#### 4.7. Bakım Verenlerin Eğitim Programı İle İlgili Önerileri

#### 4.8. Bakım Verenlerin Kazanımları

---

### 4.1. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları

Eylem öncesi, bakım verenlerin relapsı tanıma durumlarını belirlemek için Ek 3'deki formda yer alan "Bakım verdiğiniz bireyin atak dönemlerinde hastalığının tekrar ettiğini ya da edeceğini anlayabiliyor musunuz?" sorusu sorulmuştur. Bakım verenlerin beşi hastalığın tekrar ettiğini ya da edeceğini anladığını ifade ederken, ikisi anlayamadığını ifade etmiş, biri ise sorulan soruya doğrudan cevap vermekte zorlanmış, ancak ilgili görüşmenin geneli değerlendirildiğinde, bakım verenin hastalıkla ilgili bilgisinin sınırlı olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.2). Bu duruma ilişkin bakım verenlere ait bazı ifadeler aşağıda verilmiştir.

"Anlıyorum. Çok konuşmasından, hareketlerinden, davranışından, alışverişinden anlıyorum." (BV1)

"Yok bilmiyorum." (BV2)

"Anlayamıyorum. ...Bilsem, bilemiyorum." (BV3)

"Evet. Anlayabiliyorum. Mesela çok agresif oluyor." (BV6)

"...normal halinden farklı olmaya başladığı an, ben anlıyorum zaten." (BV7)

Eylem öncesi bakım verenlerle yapılan görüşme kayıtlarının tamamına bakıldığında, özellikle daha önce deneyimlenen semptomların tanındığı, farklı semptomlar ortaya

çıkarsa anlaşılamayabileceği ortaya çıkmıştır. Nitekim bir bakım veren bu durumu sözel olarak da ifade etmiştir.

“Ben bunları gördüğüm için, aynı şeyler tekerrür ederse tabi ki anlarım. Ama çok farklı bir boyut olursa onu da bilemiyorum yani. Benim yaşadığım şeyler tecrübe edindiğim için aynı şeyleri yaşarsak anlarım.” (BV6)

Eylem sonrası, BVGP’ye katılan bakım verenlerin dördü de hastalığın tekrar ettiğini ya da edeceğini anladığını ifade etmiştir (Tablo 4.2). Bu duruma ilişkin bakımverenlerin ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Anlayabiliyorum yani. O zamanlar daha hareketli oluyor, daha çok konuşuyor.(BV1)

“Yavaş yavaş artık biraz anlamaya başladım. Daha bir derin anlamaya başladım.” (BV2)

“Anlarım, anlayabiliyorum. Mesela sık sık telefon açtığı zaman.”(BV3)

“Tabi..atak geldiği zaman bir hızlanma oluyor, hareketleri değişiyor.” (BV4)

BVGP uygulandıktan altı hafta sonra uygulamanınizlemiiçin yapılan görüşmelerde bakım verenlerin dördü de yine hastalığın tekrar ettiğini ya da edeceğini anladığını ifade etmiştir (Tablo 4.2).Bu duruma ilişkin bakımverenlerin ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Anlayabiliyorum, hareketlerinden, davranışlarından anlayabiliyorum.”(BV1)

“Eğitimden önce nerdeyse anlamıyordum yani. Sizinle eğitimden sonra daha bilinçli oldum. Anlamaya başladım.” (BV2)

“Anlıyorum. Uykusuz oluyor. Konuşmaları oluyor. Tekrarlıyor. Hastalandığımı anlıyorum.” (BV3)

“Evet, anladım ve hemen doktora getirdim zaten Çocukta hızlılık var, dağınıklık var.” (BV4)

**Tablo 4.2.** Bakım verenlerin relapsı tanıma durumları

	Hastanızın atak geçirdiğini /geçireceğini anlayabiliyor musunuz?					
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	<i>Eylem Öncesi</i>		<i>Eylem Sonrası</i>		<i>İzlem</i>	
<b>BV1</b>	✓		✓		✓	
<b>BV2</b>		✓	✓		✓	
<b>BV3</b>		✓	✓		✓	
<b>BV4</b>	✓		✓		✓	
<b>BV5</b>		✓	-	-	-	-
<b>BV6</b>	✓		-	-	-	-
<b>BV7</b>	✓		-	-	-	-
<b>BV8</b>	✓		-	-	-	-

#### **4.2.Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar**

Eylem öncesi, eylem sonrası ve izlem sürecinde bakım verenlerin yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verileri ve sosyodemografik verileri NSM kavramları doğrultusunda incelenerek içerik analizi yapılmış ve temalar oluşturulmuştur. Temalar, NSM’de tanımlanan metaparadigmalar (insan, sağlık, çevre, hemşirelik) temel alınarak oluşturulmuştur. NSM’de tanımlanan çevre metaparadigması kapsamında, stresörlerin temel yapıyı etkileyerek sistemin dengesini bozduğundan söz edilmektedir (Neuman, 2005). Bu kapsamda bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimlerin NSM’de tanımlanan stresörleri oluşturduğu düşünülmüştür. Buna göre bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan durumlar teması,

**Alt Tema 1:** Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler

**Alt Tema 2:** Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler

olmak üzere iki alt tema olarak incelenmiştir.

## **Alt Tema 1: Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler**

NSM’de kişiye özgü stresörler temel yapıyı oluşturan beş boyutta ele alınmaktadır. Buna göre bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel boyutlarda incelenerek bulgular beş boyutta tek tek sunulmuştur.

Eylem öncesi süreçte, bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler; NSM’ye göre fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel değişkenleri ortaya koymuştur. Buna göre fizyolojik değişkenler: bakım verenin tanılanmış bir hastalığının olması, cinsel yaşamın etkilenmesi, hastasının öz bakımına yardımcı olma, genetik kaygılar, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka aile üyelerinin olması olarak belirlenmiştir.

Psikolojik değişkenler: bakım verenin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi, gebe kalamama endişesi, aile üyelerinin yaşam tarzının bireyi inançları yönünden olumsuz etkilemesi, hastasının duygudurum değişimlerini deneyimlemiş olma, aile üyelerinin hasta üzerindeki olumsuz etkisi, hastanın hasta olduğunu kabullenmeyen aile üyelerinin olması, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması olarak belirlenmiştir. Sosyokültürel değişkenler: hastalık hakkında bilgi eksikliği, sosyal ilişkilerinin etkilenmesi, iş yerinden izin almak zorunda kalma, ödemelerin artması olarak belirlenmiştir.

Elde edilen bu veriler doğrultusunda, bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik BVGP yapılandırılmış ve uygulanmıştır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak, sistemin dengesi yeniden sağlanmaya çalışılmıştır. Bakım verenlerin eylem öncesi sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimlerden etkilendiği düşünülen hatlar (NSM’ye göre temel yapıyı oluşturan hatlar) ilgili tablolarda (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5) belirtilmiştir.

Aşağıda bakım verenlerin eylem öncesi sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimleriyle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

“Bakım verenlerin beşi tanılanmış fiziksel bir rahatsızlığı olduğunu ifade etmiştir.

“Tansiyonum var. Yüksek tansiyon.” (BV4)

“15 yıldır kolon kanseriyim.” (BV5)

“Psöriazis var..” (BV6)

Bir bakım veren çocuk sahibi olmak istediklerini ancak eşinin hastalığının çocuğunda da olup olmayacağı ile ilgili kaygıları olduğunu ifade etmiştir.

“Bazen çocuğunda da, bu hastalıktan ilerde onda da olur mu diye korkuyoruz.” (BV7)

Bakım veren eşlerden biri hastanın ilaçlarına bağlı cinsel istekte azalma yaşamasından dolayı, diğeri ise eşinin artan cinsel dürtüleri nedeniyle cinsel içerikli viedolar izlediği için cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir.

“Hastayken mi? Hiç yaklaşmaz. Olmuyor. Kendisi de dalgaya alır. Kuş öldü der. Yaklaşma der mesela.” (BV7)

“Yani normal mi bilmiyorum yani öyle. Karı kocalar nasıl oluyor?. Yani bizim ilişkimiz ...ya ayda ya da iki ayda bi sefer falan... Benim kadın da (doktor) diyor ki sen kendini sıkıttığın için, sen o pornoyu düşünüyorsun kocanın o anını düşünüyorsun kendini sıkıyorsun.” (BV2)

Bakım verenlerin ikisi atak dönemlerinde hastanın özbakımına yardımcı olmak zorunda kaldığını ifade etmiştir.

“A.... dişlerini fırçaladın mı? bak ben fırçalıyorum sen de gel. Hatırlatma. Yoksa Unuttu. Sonra ben dişimi fırçalamadım. Aaaa... aaaa...yatakta. ya kalkmıyor ya da susmuyor. Onun için...gel duş yap sırtını şey....duş da yapmıyor bazen. Üşeniyor. Sonra da duş almadım diye üzülüyor. Gene yatakta mıy mıy. En iyisi A..... ben duş yapacam da önce sen gir...ben önce onu sokuyorum ki o girsin sırtını ovacam diyorum ya ben. Sırtını ayaklarını ben kendim yapıyorum.” (BV2)

Bakım verenlerin üçü hasta dışında bakım vermek zorunda oldukları başka yakınlarının da olduğunu ifade etmiştir.

“Benim bir de engelli kızım var.” (BV3)

“Benim hanımın da psikolojik rahatsızlığı var. (BV4)

“Torunlarıma bakıyorum.” (BV5)



Bakım verenlerden biri eşine bakım verme nedeniyle kendi ruh sağlığının da olumsuz etkilendiğini belirtmiştir.

“Geçen yıl geldiğinde burda psikiyatri doktoruyla görüştük... Hap verdi bana da. İhtiyacın oldukça günlük dedi, sinirlendikçe... sinirlendiğim bi ortam olunca bi tane atıyorum sakinleşiyorum.” (BV1)

Bakım verenlerin biri, eşinin cinsel içerikli videolar izlemesine bağlı olarak cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesi nedeniyle gebe kalamama endişesi yaşamaktadır.

“...pornoları indiriyor, ordan burdan. Onu meraklamış... Doktor da dedi gittik çocuk olmuyor diye. Dediler ki sen yani üç gün eşinle beraber olmalısın, biriktireceksin, gelip bize test vereceksin. Benim kadın doğum doktor istedi ya analizi. O üç günü dayanamadı ya.” (BV2)

Bakım verenlerden biri eşinin ailesinin yaşam tarzının, kendisini inançları ile ilgili olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

“Teyzesi içki içirttiriyorlar. Kurban bayramında kurban kestiler. Kurbanla beraber içki hepimiz içtik. Bana da. Şarap içtim ben ya. Mecbur onların hepsi içiyor. Bi de bana diyolardı ki hangi dinden bu? Ben evlenmeden önce teyzesi soruyor. Nedir dini? Dualardan biliyor mu? Madem sen ona inanıyorsan sen kurban etiyle içki içtin. Dayı, teyze hepsi...” (BV2)

Bakım verenlerin hepsi hastasının duygudurum değişimlerini ve farklı hastalık semptomlarını (çok konuşma, cinsel dürtülerde artış, uyumama, enerji artışı, düşünce ve algıda bozulma, çok para harcama v.b.) deneyimlediklerini ifade etmiştir.

“Gidiyo orlon alıyo, ip alıyo, birer tane alıyo. Başlıyo bi işe, başlıyo olmadı diyo söküyo atıyo çöpe. Başladığı bişeyi beceremiyor. Yemek koyuyo, çay koyuyo, fokur fokur kaynıyo kaç tane çaydanlık yandı.” (BV1)

“Pencereyi açcam, atlıcam. Ben uçabilirim. Bana bişey olmaz gibi düşünceler de vardı. Yani o pek gerisini düşünmüyordu. O an yapasım geliyor diyordu.” (BV6)

“İşte astım kestim yapıyor evde. Ben işte ben erkeğim benim sözüm geçer diyo. Normalde benim sözümün geçtiğini herkese söyler kendisi. Ben hanım köylüyüm der. Ama o zamanlarda işte karışma bana. Sen karışamazsın bana. Neyim ben bu evde der.” (BV7)

“Çok yiyor aşırı yiyor. Bir de abur cubur yiyor.” (BV8)

Bakım verenlerin biri, hastanın ailesinin hasta üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirtmiştir.

“Kardeşi ikinci karıdan da boşandıktan sonra yakın yerimizde ev tuttuk. Gözümüzün önünde olsun. Gitsin gelsin diye. Yardımcı olsun. Keşke getirmez olsaydık. Onun gözünün önünde gelip gitmeleri, şey yapmaları, şu oldu bu oldu. Yine çok şey oldu... Onların sıkıntısını, zorunu, stresini biz yaşıyoruz.” (BV1)

Bakım verenlerin ikisi hastanın hasta olduğunu kabullenmeyen aile üyelerinin olduğunu belirtmiştir.

“...Aslında beyimi getirmem lazım. Beyim bi türlü kabullenemiyor benim eşim. Yatmasın, gezsın dolaşsın diyor.” (BV3)

Bakım verenlerin üçü hasta dışında bakım vermek zorunda oldukları başka yakınlarının da olduğunu ifade etmiştir.

“Benim bir de engelli kızım var.” (BV3)

“Benim hanımın da psikolojik rahatsızlığı var. (BV4)

“Torunlarıma bakıyorum.” (BV5)

Bakım verenlerin tamamı hastalıkla ilgili yeterli bilgileri olmadığını ifade etmişlerdir.

“Bu hastalıkla ilgili daha detaylı derin bilmek isterim yani. Daha da bilinçleneyim istiyorum yani.” (BV2)

“Bilsem teyzem işte onun için ekseri çok istedim yani seninle görüşmeyi. Nasıl öğreneyim? Nasıl anlayım ben bunun başlangıcını? Ben de bilmiyorum.” (BV3)

“...adını bilmiyorum ben mesela bu hastalığın.” (BV7)

Bakım verenlerin üçü yakınlarının hastalığı nedeniyle sosyal ilişkilerinin etkilendiğini ifade etmiştir.

“Hep bu sorunlarla ben çevremde öyle tanınınca falan zor duruma düşüyorum yani. Herkes gülüşüp oynayıp şey yaparken yani ben böyle bi psikolojik bişeyler yani...” (BV1)

“...gördüysem kapıda çıkarken, ben de gelcem diyorum. Hani evde misafir dahi olsa onlara o anda diyorum benim de gitmem gerek. Onun hasta olduğunu söylemiyorum, acil bir işimiz var diyorum mesela.” (BV7)

Bakım verenlerin biri eşinin atak geçirdiği dönemlerde sürekli iş yerinden izin almak zorunda kaldığını ifade etmiştir.

“Sürekli iş yerinden izin almak zorunda kalıyorum, olmuyor yani. Hep karım hasta diyemem yani.” (BV1)

Bakım verenlerin yedisi hastanın aşırı para harcama davranışı nedeniyle ödemelerinin arttığını ifade etmiştir.

“Kredi kartlarımızı patlattı. Maşallah sağolsun. iki senede zor kapattık açıklarımızı.” (BV6)

“Yani kredi kartının limitini zorladı oldu. Para yok diyom. Kredi kartı var diyor.” (BV7)



**Tablo 4.3.** Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler (Eylem Öncesi)

Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler	BV1	BV2	BV3	BV4	BV5	BV6	BV7	BV8	Durumdan Etkilenen Hatlar
Tanılanmış hastalık varlığı	✓		✓	✓	✓	✓			Normal Hat Direnc Hattı
Genetik kaygılar							✓		Normal Hat
Ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi,	✓								Direnc Hattı
Hastalıkla ilgili bilgi eksikliği	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Esnek Hat Normal Hat Direnc Hattı
Gebe kalamama endişesi		✓							Direnc Hattı
Aile üyelerinin yaşam tarzının bireyi inançları yönünden olumsuz etkilemesi		✓							Direnc Hattı
Cinsel yaşamın etkilenmesi		✓					✓		Normal Hat
Sosyal ilişkilerinin etkilenmesi	✓	✓					✓		Normal Hat
Tedavi için sürekli iş yerinden izin almak zorunda kalma	✓								Normal Hat
Hastanın duygudurum değişimleri ve hastalık semptomları (çok konuşma, cinsel dürtülerde artış, uyumama, enerji artışı, düşünce ve algıda bozulma, çok para harcama...vb	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Esnek Hat Normal Hat
Aile üyelerinin hasta üzerindeki olumsuz etkisi		✓							Esnek Hat Normal Hat
Hastanın aşırı para harcama davranışı nedeniyle artan ödemeler	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	Normal Hat
Hastanın özbakımına yardımcı olma		✓					✓		Normal Hat
Hastalığı kabullenmeyen aile üyeleri		✓	✓						Direnc Hattı
Hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka aile üyelerinin olması			✓	✓	✓				Normal Hat

Eylem sonrası süreçte, bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler; NSM'ye göre fizyolojik ve psikolojik değişkenleri ortaya koymuştur. Buna göre fizyolojik değişken hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma olarak belirlenirken, psikolojik değişkenler; hastanın bakım vereni dinlememesi, hastanın bakım vereni yanlış anlaması, aile üyelerinin olumsuz etkisi, hastanın davranışlarını kontrol edememe, duygudurum değişimleri ve hastalık semptomları, semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4 ).

Bakım verenlerin BVGP uygulandıktan sonra sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimlerden etkilendiği düşünülen hatlar (NSM'ye göre temel yapıyı oluşturan hatlar) Tablo 4.4'de belirtilmiştir. Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

Bakım verenlerin tamamı, hasta dışında bakmak zorunda oldukları başka yakınları olduğunu ifade etmişlerdir.

“Eşim kanser, kendisi kanser olduğunu bilmiyor, bir de küçük oğlum var onlarla ben ilgileniyorum.” (BV4)

“Epilepsi hastası engelli bir kızım var evde. Ona da ben bakıyorum.” (BV3)

Bakım verenlerin üçü hasta olan yakınlarının kendilerini dinlemediğini ifade etmişlerdir.

“Bizi dinlemiyor. Benim dediğimi ters anlıyor.” (BV1)

“Hiçbirşey yapamıyorum. Beni dinlemiyor ki...Ben ayarlıyorum diyor...” (BV2)

Bakım verenlerden biri hasta olan eşinin kendisini yanlış anladığını ifade etmiştir.

“Bunun tek yardımı anne babasının yanında olması, doktorunun şu ilacını iki tane, üç tane at demesi. Benim dediğimi ters anlıyor başka şekilde gidiyor.” (BV1)

Bakım verenlerden ikisi hastanın ailesinin hasta üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirtmiştir. BV1 bu sorunu eylem öncesinde olduğu gibi eylem sonrası görüşmede de açıkça dile getirmiştir.

“...bunları düşündükçe annesinin, babasının, kardeşinin sorununu bunlar daha çok etkiliyor yani...” (BV1)

Bakım verenlere hastanın atak dönemlerinde hastanın değişen davranışlarını kontrol etme durumları sorulmuş ve bakım verenlerin ikisi hastayı kontrol edemediklerini belirtmiş ve aşağıdaki yanıtları vermişlerdir.

“Çok da yüzde yüz değil de, bir kısmını yani. Çünkü beni dinlemez de o. İsteddiğini yapar zaten.” (BV2)

“Kontrol edemiyorum yani. Mesela devamlı geziyor, dolaşüyor, konuşuyor. Konuştuğu zaman o an da ben sorduğu sorulara kısa cevap vermeye çalışıyorum. Öyle bir şey yok. Gerçek bir şey yok diyorum.” (BV3)

Yapılan görüşmeler incelendiğinde, bakım verenlerin semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma durumunda olduğu dikkat çekmektedir. BV1’in “Bir günümün daha iyi geçtiğine seviniyorum. Yarınımın ne olacağından hiç şeyim yok yani. Her an tedirginim, her an yalnız hissediyorum..” ifadesi bu durumu anlatan ifadelerden biridir.

**Tablo 4.4.** Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler (Eylem Sonrası)

Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler	BV1	BV2	BV3	BV4	Durumdan Etkilenen Hatlar
Hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma	✓	✓	✓	✓	Normal Hat
Duygudurum değişimleri ve hastalık semptomları	✓	✓	✓	✓	Esnek Hat Normal Hat
Hastanın bakım vereni dinlememesi	✓	✓			Esnek Hat
Hastanın bakım vereni yanlış anlaması	✓				Esnek Hat
Aile üyelerinin olumsuz etkisi	✓		✓		Esnek Hat
Hastanın davranışlarını kontrol edememe		✓	✓		Normal Hat
Semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma	✓	✓			Normal Hat Direnc Hattı

İzlem sürecinde, bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler; NSM’ye göre oluşturan fizyolojik ve psikolojik değişkenleri ortaya koymuştur. Buna göre fizyolojik değişken hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma olarak belirlenirken, psikolojik değişkenler; hastanın davranışlarını kontrol edememe, aile üyelerinin olumsuz etkisi, söylediklerinin yanlış anlaşılması, hastanın bakım vereni dinlememesi, semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma olarak belirlenmiştir (Tablo4.5).

Bakım verenlerin izlem sürecinde sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimlerden etkilendiği düşünülen hatlar (NSM’ye göre temel yapıyı oluşturan

hatlar) Tablo 4.5’de belirtilmiştir. Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

İki bakım verenatak dönemlerinde hastanın değişen davranışlarını kontrol edemediklerini ifade ederken, bir bakım veren hastasının bazı davranışlarını biraz kontrol edebildiğini ifade etmiştir. Bakım verenlerden biri ise izlem görüşmesi yapılmadan hemen önce hastasının atak geçirdiğinden bahsetmiş ve bu kez hastanın davranışlarını kontrol etmekte zorlandığını belirtmiştir.

“Davranışlarını kontrol edemiyorum. Öyle bir belirti olduğu anda hemen doktoruna götürüyorum.” (BV1)

“Doktora gidesiye kadar kontrol edemiyorum.” (BV3)

“Edebiliyorum biraz biraz...uyuması için çaba sarfediyorum..onu başka şeylere yönlendiriyorum..” (BV2)

“Önceki dönemler iyi geçirdiydi, dinliyordu. Bu dönem biraz zor geçti. Öncekine göre kat kat zorladı.” (BV4)

Bakımverenlerden BV1, eylem öncesi ve eylem sonrası süreçte olduğu gibi izlem sürecinde yapılan görüşmelerde de eşinin hastalığına ailesinin neden olduğunu ve eşinin kendisini sürekli yanlış anladığını ifade etmiştir.

“Şimdi ben söylediysem, en iyisini de söylesem yanlış anlıyor, kötüye çekiyor. Benim yapacağım hiçbirşey yok ona. Bir komşu falan bişey dediğinde onları dinliyor. İkna oluyor. ..Herşey anne babasına bağlı. Onların sorununa stresine bağlı... Anne baba sevgisi, duygusallığı çok fazla yani.” (BV1)

Bakım verenlerin üçü hastanın değişen davranışlarına müdahale etmek istediklerinde hastanın kendilerini dinlemediğini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin tamamı hasta dışında bakmak zorunda oldukları başka aile üyeleri olduğundan bahsetmişlerdir. Bakım verenlerden biri (BV3) bipolar bozukluğu olan kızının yanı sıra engelli kızına da bakmak zorunda olduğundan, diğeri (BV4) ise kanser hastası olan eşine de bakmak zorunda olduğundan söz etmiştir. Diğer iki bakım veren ise hasta olan eşlerinin yanı sıra çocukları ile de ilgilenmek zorunda olduklarını belirtmişlerdir.

Eylem sonrası süreçte yapılan görüşmelerde olduğugibi, izlem sürecinde de bakım verenlerin semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma durumunda oldukları görülmüştür. Özellikle BV1 ve BV2’nin araştırmaya katıldıkları andan itibaren bu durumu ifade ettikleri saptanmıştır. Bununla birlikte BV3’ün eylem

öncesi ve eylem sonrası süreçte yapılan görüşmelerde ifade etmemiş olmasına karşın, izlem görüşmesinde “Gitgide sabrım taşıyor. Kendimi zor tutuyorum. Yoruldum artık.” ifadesi, kendisinin de semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kaldığını ortaya koymuştur.

**Tablo.4.5.** Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan deneyimler (İzlem)

Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Deneyimler	BV1	BV2	BV3	BV4	Durumdan Etkilenen Hatlar
Hastanın davranışlarını kontrol edememe	✓		✓		Normal Hat
Aile üyelerinin olumsuz etkisi	✓				Esnek Hat
Söylediklerinin yanlış anlaşılması	✓				Esnek Hat
Hastanın bakım vereni dinlememesi	✓	✓	✓		Esnek Hat Normal Hat
Hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma	✓	✓	✓	✓	Normal Hat
Semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma	✓	✓	✓		Normal Hat Direnç Hattı

## **Alt Tema 2: Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler**

Bu tema oluşturulurken bakım verenlerle yapılan görüşmelerin tamamı incelenmiştir. Bazı saptamalar, bakım verenin duygu ve düşüncelerini ortaya çıkardığından hastaların ürettikleri metaforlar üzerinden de yapılmıştır. Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşüncelerin NSM’de tanımlanan insan metaparadigması kapsamında savunmanın esnek hattını oluşturduğu söylenebilir. NSM’de tanımlanan çevre metaparadigması kapsamında, kişiye özgü stresörler temel yapıyı oluşturan beş boyutta ele alınmaktadır. Buna göre bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel boyutlarda incelenerek bulgular beş boyutta tek tek sunulmuştur.

Buna göre eylem öncesi süreçte, bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler NSM’ye göre psikolojik ve spiritüel değişkenleri ortaya koymuştur. Buna göre psikolojik değişkenler: utanma, zorlanma, hayattan zevk alamama, damgalanma düşüncesi, eşine karşı kırgın olma ve geleceğe dair umutsuzluk olarak belirlenmiştir. Spiritüel değişkenler; kendini dadı olarak görme, hayatı monoton olarak düşünme, hastalığı lanet olarak düşünme, içinde bulunduğu durumu komedi olarak düşünme, hastalığın fizyolojik bir sorun olduğunu düşünme,



hastalığı kabus olarak değerlendirme, cezalandırıldığını düşünme, haketmediğini / haksızlığa uğradığını düşünme, kaderci düşünme olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Bakım verenlerin eylem öncesi sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşüncelerden etkilendiği düşünülen hatlar (NSM'ye göre temel yapıyı oluşturan hatlar) Tablo 4.6'da belirtilmiştir. Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

Bakım verenlerin biri bakım verenin özbakım ihtiyaçları da dahil olmak üzere her şeyiyle ilgilendiği için kendisini dadı gibi gördüğünü ifade etmiştir.

“ ...kölesi. Dadısı... dişlerini fırçaladım mı? bak ben fırçalıyorum sen de gel. Hatırlatma...gel duş yap....Sırtını ayaklarını ben kendim yapıyorum. Çocuk gibi davranıyorum yani. Başka türlü olmuyor. Dadı gibiyim ya. Anne oluyorum bazen. Dadı gibiyim. Çok seviyorum çünkü onu. Zarar gelsin istemiyorum. İyileşsin istiyorum.” (BV2)

Bakım verenlerin biri hasta olan eşiyle yaşamının, hayatını monotonlaştırdığını ifade etmiştir.

“Monotonlaşmış bir hayat yani. Bazı şeylerle tetiklenen monotonlaşmış bir hayat yani..kalıplaşmış gibi. Olay oldukça aynı yutkun yutkun yutkun yutkun....hep aynı şeyler tekrar. Bir adım ileri gitme yok yani.” (BV1)

Bakım verenlerden biri yakınının hastalığının lanet olduğunu ve cezalandırıldığını düşünmektedir.

“Lanet. Direk yani. Ben bazen diyorum ki kime ne yaptık ki? Ama çok ağır bir hastalık. Hani en sevdiğiniz insan karşınızda kafayı yiyor yani. Bizim açımızdan öyle yani.” (BV8)

Bakım verenlerden biri yakınının hastalığının kabus olduğunu düşünmektedir.

“Valla benim için kabustu. Yani onun için o haplarla veya ilaçlarla anlamadı ama benim için kabustu. Gerçekten bi kabustu. Hiç yaşamamıştım çünkü ben. Ne çevremde gördüm yani insanları küçümsemem tabi hastalıktır bu kimse isteyerek hastalığı çağırmasın ama ne de hastanelerde görmüştüm böyle bir olayı. Yani ben ancak filmlerde falan görüyordum abartılıyor diye düşünüyordum açıkçası. Birebir yaşamak çok daha kötü kabus gibiydi o dönem.” (BV6)

Bakım verenlerden biri yakınının hastalığı nedeniyle yaşadıklarını hak etmediğini düşünmektedir.

“Bu yapılanları ben haketmiyorum ya. Olanların hiçbirini haketmiyorum. Haksız yere..” (BV1)

Bakım verenlerin biri yakınının hastalığı nedeniyle utandığını ifade etmektedir.

“Oğlum şimdi evlencek çağda yani. Geçiyor bile 23-24 yaşında. Yani bi kız istemeye gittiğinde annesine bak oğluna bak derler yani.” (BV1)

Bakım verenlerin tamamı yakınlarının hastalığını zor olduğunu ifade etmişlerdir.

“Çok zor teyzem inan ki çok zor. Allah düşmanımın başına vermesin. Yani kanser hastalığı bundan daha güzel.” (BV3)

“...dediğim gibi çok zor bir hastalık. Bi de şey yok tedavisi yok. O çok acı.” (BV8)

Bakım verenlerin ikisinin geleceğe dair umutsuz oldukları anlaşılmaktadır.

“Olay oldukça aynı yutkun yutkun yutkun yutkun...hep aynı şeyler tekrar. Bir adım ileri gitme yok yani.” (BV1)

“..ben ölürsem çocuğuma kim bakar.” (BV5)

Bakım verenlerin biri eşine karşı kırgın olduğunu ifade etmiştir.

“Eşime kızgın değilim. Hiç kızmadım. Fakat çok kırgınım.” (BV1)

Bakım verenlerin ikisinin damgalanma düşüncesi yaşadıkları anlaşılmıştır.

“Yani bi kız istemeye gittiğinde annesine bak oğluna bak derler yani.” (BV1)

“Hani evde misafir dahi olsa onlara o anda diyorum benim de gitmem gerek. Onun hasta olduğunu söylemiyorum, acil bir işimiz var diyorum mesela.” (BV7)

Bakım verenlerden birinin hayattan zevk alamadıkları anlaşılmıştır.

“Herkes gülüşüp oynayıp şey yaparken yani ben böyle bi psikolojik bişeyler yani” (BV1)

**Tablo 4.6.** Bakım verenlerin sağlık/ iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler (Eylem Öncesi)

Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler	BV1	BV2	BV3	BV4	BV5	BV6	BV7	BV8	Durumdan Etkilenen Hatlar
Kendini dadı olarak görme		✓							Direnç Hattı
Hayatı monoton olarak düşünme	✓								Direnç Hattı
Hastalığı lanet olarak düşünme								✓	Direnç Hattı
İçinde bulunduğu durumu komedi olarak düşünme							✓		Direnç Hattı
Hastalığın fizyolojik bir sorun olduğunu düşünme			✓						Direnç Hattı
Hastalığı kabus olarak değerlendirme						✓			Direnç Hattı
Cezalandırıldığını düşünme								✓	Direnç Hattı
Haketmediğini / haksızlığa uğradığını düşünme	✓						✓		Esnek Hat Normal Hat Direnç Hattı
Kaderci düşünme			✓	✓					Direnç Hattı
Utanma	✓								Esnek Hat Normal Hat
Zorlanma	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Esnek Hat Normal Hat Direnç Hattı
Hayattan zevk alamama	✓								Direnç Hattı
Damgalanma düşüncesi	✓						✓		Direnç Hattı
Eşine karşı kırgın olma	✓								Normal Hat Direnç Hattı
Geleceğe dair umutsuzluk	✓				✓				Direnç Hattı

Eylem sonrası süreçte, bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler NSM'ye göre temel yapıyı oluşturan psikolojik ve spiritüel değişkenleri ortaya koymuştur. Buna göre psikolojik değişkenler: tedirginlik, yalnızlık, ümitsizlik, anne-baba olarak çocuğuna bakmak zorunda olduğunu düşünme olarak belirlenmiştir. Spiritüel değişkenler; kızının hastalığını kaderi, çilesi olarak görme, hastalığı baş etmesi ve önlem alınması güç bulma, ataklara hastanın anne-babasının neden olduğuna inanma, içinde bulunduğu durumu hiçbir şeye benzetememe olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Bakım verenlerin eylem sonrası sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşüncelerden etkilendiği düşünülen hatlar (NSM'ye göre temel yapıyı oluşturan hatlar) Tablo 4.7'de belirtilmiştir. Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

Bakım verenlerden BV1, eşinin hastalığı nedeniyle tedirginlik, yalnızlık ve ümitsizlik yaşadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte eşinin atak yaşamasına anne-babasının neden olduğunu düşünmektedir. BV1'in eylem öncesi süreçteki görüşmelerinde de aynı duygulardan ve düşünceden söz ettiği görülmektedir.

Bakım verenlerden BV3 kızının hastalığını kaderi, çilesi olarak gördüğünü belirtmiştir. BV4 ise oğlunun hastalığını baş etmesi ve önlem alınması güç bulduğunu şu cümle ile ifade etmiştir:

“Uğraşmak, baş etmek... Gerçekten önlemini almak zor yani. Kolay bir iş değil bu.”  
(BV4)

Bakım verenlerden BV3 ve BV4 anne, baba olarak bipolar bozukluğu olan çocuklarına bakmak zorunda olduklarını belirtmişlerdir.

“Ben sadece anne olarak mecbur kaldığım için bakıyorum.” (BV3)

“Sonunda evladın yani, ne yapabilecen? Biz elimizden gelen her şeyi yapıyoruz. Yaptığımıza inanıyoruz.” (BV4)

Bakım verenlerin üçü, bipolar bozukluk tanısı olan bireye bakım veren olarak içinde buldukları durumu hiçbirşeye benzetemediklerini ifade etmişlerdir. Buna yönelik olarak aşağıdaki ifadeleri kullanmışlardır.

“Valla hiçbir şeye benzetecek durum da yok yani .” (BV1)

“Hiçbir şeye benzetmiyorum, benzetemiyorum.” (BV3)

“Neye benzetcez yani? Ne diyem? Diyecek bir şeyim yok bu konuda.” (BV4)

**Tablo 4.7.** Bakım verenlerin sağlık/ iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler (Eylem Sonrası)

Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler	BV1	BV2	BV3	BV4	Durumdan
					Etkilenen Hatlar
Tedirginlik	✓				Esnek Hat Normal Hat
Yalnızlık	✓				Esnek Hat Normal Hat
Ümitsizlik	✓				Direnç Hattı
Kızının hastalığını kaderi, çilesi olarak görme			✓		Direnç Hattı
Hastalığı baş etmesi ve önlem alınması güç bulma				✓	Direnç Hattı
Ataklara hastanın anne- babasının neden olduğuna inanma	✓				Direnç Hattı
Anne-baba olarak çocuğuna bakmak zorunda olduğunu düşünme			✓	✓	Esnek Hat
İçinde bulunduğu durumu hiçbir şeye benzetememe	✓		✓	✓	Direnç Hattı

İzlem sürecinde, bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler NSM’ye göre temel yapıyı oluşturan fizyolojik, psikolojik ve spiritüel değişkenleri ortaya koymuştur. Buna göre fizyolojik değişken: eşine çocuğuymuş gibi bakma olarak belirlenmiştir. Psikolojik değişkenler: eşinin anlayış göstermediğini düşünme, kendini yorgun hissetme, kendini bunalmış hissetme, hayattan zevk alamama, oğlunun kendine zarar vereceği endişesi yaşama olarak belirlenmiştir. Spiritüel değişkenler; hayatı monoton olarak düşünme, atak dönemlerini tsunami olarak değerlendirme, hastalığı çilesi, kaderi olarak görme, kendine yardım edilemeyeceğini düşünme, yaşlı olduğunu düşünme, baba olarak çocuğuna bakmak zorunda olduğunu düşünme, zamanla durumun kötüye gideceğini düşünme, anlaşılmadığını düşünme, içinde bulunulan durumu hiçbir şeye benzetememe olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Bakım verenlerin izlem sürecinde sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşüncelerden etkilendiği düşünülen hatlar (NSM’ye göre temel yapıyı oluşturan hatlar) Tablo 4.8’de belirtilmiştir. İzlem sonrası süreçte, eylem öncesi ve eylem sonrası sürece göre bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşüncelerin daha da özelleştiği yani bireyselleştiği görülmektedir. Bununla birlikte hastanın geçirdiği her yeni atağın bakım vereni olumsuz etkileyerek

direnç hattını etkileyen değişkenleri daha çok ortaya çıkardığı görülmüştür. Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

Bakım verenlerden BV1, eşinin hastalığına bağlı olarak hayatı monoton olarak düşündüğünü ve bu durumda kendisine yardım edilemeyeceğini ifade etmiştir. Eşinin kendisine anlayış göstermediğini ve kendisinin anlaşılmadığını belirtmiştir.

“Monoton bir hayat gidiyoruz..yardım olarak bana yardım edemezsin de eşimi çağırıp bu eğitim yönünden şey yapabilirsin....benim yapacağım hiçbir şey yok ona. Ben söylediysem en iyisini de söylesem yanlış anlıyor..” (BV1)

Atak dönemlerini tsunami olarak belirten bakım veren BV2, eşine çocuğuymuş gibi baktığını ifade etmiştir.

“Tsunami resmen ya. Tsunami yaşattı bana kaç aydır... Ona hep yardımcı oluyorum. Çocuk gibi yani benim çocuğum gibi.” (BV2)

Bakım verenlerden BV3, izlem süreci görüşmelerinden önce kızının atak yaşadığından söz etmiştir. Eylem öncesi ve eylem sonrası ile karşılaştırıldığında bu yeni atağın bakım verenin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceleri üzerine etkileri açıkça görülebilmektedir. BV3, kızının hastalığını kaderi, çilesi olarak gördüğünü, kendisinin yaşlı olduğunu, kendini yorgun, bunalmış hissettiğini ve hayattan zevk alamadığını ifade etmiştir.

Bakım verenlerden BV4, izlem görüşmeleri sırasında oğlunun o sırada atak geçirdiğinden ve hastaneye yatışının yapıldığından söz etmiştir. Görüşmeye oğlunu ziyaret ettikten hemen sonra geldiğini belirtmiştir. Bu son atak döneminde oğlunun kendine zarar vereceği endişesi yaşadığından söz etmiştir. Bununla birlikte baba olarak oğluna bakmak zorunda olduğunu ancak durumun zamanla daha da kötüye gideceğini düşündüğünü ifade etmiştir.

“İnşallah olmaz ama bundan sonra gittikçe zorlaşacak gibi geliyo bana...Ne diyeyim şimdi evlat yani... hastalık işte. Yapacak bişey yok.Dün eşimi götürdüm mesela (eşi ayaktan kemoterapi alıyor), bugün buna geldim (kliniğe oğlunu görmeye). Yani uğraşıyorum, elimden gelen neyse yapacam.” (BV4)

Bakım verenlerin üçü eylem sonrası görüşmelerde olduğu gibi bakım veren olarak içinde buldukları durumu hiçbir şeye benzetemediklerini belirtmişlerdir.

“Hiç benzetcek bişey bulamıyorum yani.” (BV1)

“Nasıl neye benzetcem bilmiyorum ki.” (BV3)

“Neye benzediğini artık şaşırarak yani.” (BV4)

**Tablo 4.8.** Bakım verenlerin sağlık/ iyilik halinin bozulmasına neden olan duygu ve düşünceler (İzlem)

Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Duygu ve Düşünceler	BV1	BV2	BV3	BV4	Durumdan Etkilenen Hatlar
Hayatı monoton olarak düşünme	✓				Direnç Hattı
Atak dönemlerini tsunami olarak düşünme		✓			Direnç Hattı
Hastalığı çilesi, kaderi olarak görme			✓		Direnç Hattı
Eşinin anlayış göstermediğini düşünme	✓				Esnek Hat
Kendini yorgun hissetme			✓		Esnek Hat Normal Hat
Kendini bunalmış hissetme			✓		Normal Hat
Hayattan zevk alamama			✓		Direnç Hattı
Oğlunun kendine zarar vereceği endişesi yaşama				✓	Esnek Hat Normal Hat
Eşine çocuğuymuş gibi bakma		✓			Normal Hat
Kendine yardım edilemeyeceğini düşünme	✓				Direnç Hattı
Yaşlı olduğunu düşünme			✓		Direnç Hattı
Baba olarak çocuğuna bakmak zorunda olduğunu düşünme				✓	Direnç Hattı
Zamanla durumun kötüye gideceğini düşünme				✓	Direnç Hattı
Anlaşılmadığını düşünme	✓				Direnç Hattı
İçinde bulunulan durumu hiçbir şeye benzetememe	✓		✓	✓	Direnç Hattı

## Eylem Öncesi

### Eylem öncesi kişiye özgü stresörler/beş boyutta yaşanan sorunlar:

**Fizyolojik değişkenler:** bakım verenin tanınmış bir hastalığının olması, cinsel yaşamın etkilenmesi, hastanın öz bakımına yardımcı olma, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması

**Sosyokültürel Değişkenler:** damgalanma düşüncesi, hastalık hakkında bilgi eksikliği, sosyal ilişkilerinin etkilenmesi

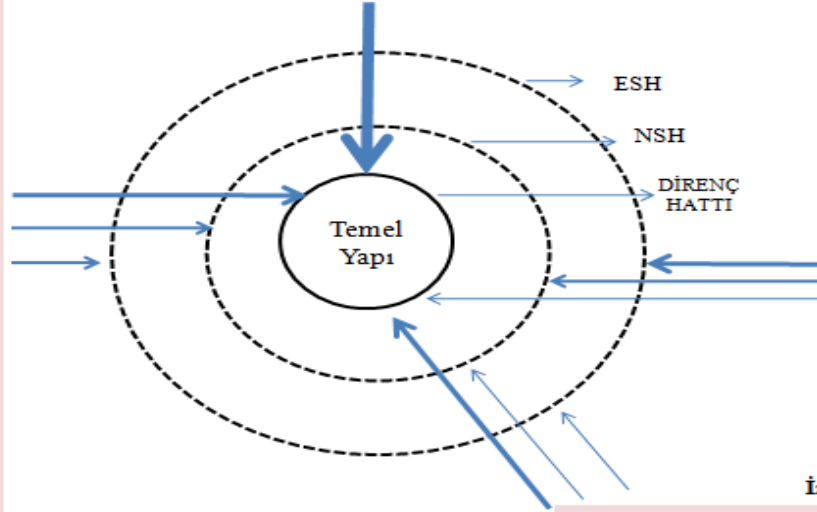
**Psikolojik Değişkenler:** bakım verenin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi, gebe kalamama endişesi, aile üyelerinin yaşam tarzının bireyi inançları yönünden olumsuz etkilemesi, hastasının duygudurum değişimlerini deneyimlemiş olma, aile üyelerinin hasta üzerindeki olumsuz etkisi, hastanın hasta olduğunu kabullenmeyen aile üyelerinin olması, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması, utanma, zorlanma, hayattan zevk alamama, damgalanma düşüncesi, eşine karşı kırgın olma ve geleceğe dair umutsuzluk

**Spiritüel değişkenler:** kendini dahi olarak görme, hayatı monoton olarak algılama, hastalığı lanet olarak düşünme, içinde bulunduğu durumu komedi olarak düşünme, hastalığın fizyolojik bir sorun olduğunu düşünme, hastalığı kabus olarak değerlendirme, cezalandırıldığını düşünme, hak etmediğini/haksızlığa uğradığını düşünme, kaderci düşünme

**Gelişimsel Değişkenler:** problem çözme başatma yöntemini kullanma, hastanın eşi, ebeveyni, kardeşi ve arka daşı olma

## Eylem (Araştırmanın girişimi) NSM'ye temellendirilmiş BVGP

Bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hatlarına müdahale ederek ikincil koruma sağlayan bir hemşirelik müdahalesi



## Eylem Sonrası

### Eylem sonrası kişiye özgü stresörler/beş boyutta yaşanan sorunlar:

**Fizyolojik değişkenler:** hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma,

**Sosyokültürel Değişkenler:**

**Psikolojik Değişkenler:** hastanın bakım vereni dinlememesi, hastanın bakım vereni yanlış anlaması, aile üyelerinin olumsuz etkisi, hastanın davranışlarını kontrol edememe, duygudurum değişimleri ve hastalık semptomları, semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma, tedirginlik, yalnızlık, ümitsizlik, anne-baba olarak çocuğuna bakmak zorunda olduğunu düşünme

**Spiritüel değişkenler:** kızının hastalığını kaderi, çilesi olarak görme, hastalığı baş etmesi ve ölem alınması güç bulma, ataklara hastanın anne- babasının neden olduğuna inanma, içinde bulunduğu durumu hiçbir şeye benzetememe

**Gelişimsel Değişkenler:**

## İzlem

### İzlem sürecinde kişiye özgü stresörler/beş boyutta yaşanan sorunlar:

**Fizyolojik değişkenler:** hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma, eşine çocuğuyum gibi bakma

**Sosyokültürel Değişkenler:**

**Psikolojik Değişkenler:** hastanın davranışlarını kontrol edememe, aile üyelerinin olumsuz etkisi, söylediklerinin yanlış anlaşılması, hastanın bakım vereni dinlememesi, semptomların olumsuz etkilerine sürekli maruz kalma eşinin anlayış göstermediğini düşünme, kendini yorgun ve bunalmış hissetme, hayattan zevk alamama, oğlunun kendine zarar vereceği endişesi yaşama

**Spiritüel değişkenler:** hayatı monoton algılama, atak dönemlerini tsunami gibi algılama, hastalığı çilesi, kaderi olarak görme, kendine yardım edilemeyeceğini düşünme, yaşlı olduğunu düşünme, baba olarak çocuğuna bakmak zorunda olduğunu düşünme, zamanla durumun kötüye gideceğini düşünme, anlaşılmadığını düşünme, içinde bulunulan durumu hiçbir şeye benzetememe

**Gelişimsel Değişkenler:**

Şekil 4.1. Eylem Öncesi, Sonrası ve İzlem Sürecinde Kişiy Özgü Stresörler/Beş Boyutta Yaşanan Sorunlar



### **4.3.Bakım Verenlerin Relapsı Yönetme Deneyimleri**

Bu bölümde Ek 6'da yer alan "Bakım verdiğiniz bireyin atak dönemlerindeki davranışlarını kontrol etme konusunda neler yaşıyorsunuz? Kontrol edebiliyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtlar içerik analizi yapılarak incelenmiştir. Buna göre elde edilen bulgular, "bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları" teması altında ele alınmıştır (Tablo 4.9). NSM'ye göre bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışlarının, insan metaparadigması kapsamında temel yapıyı koruyan normal savunma hattını oluşturduğu söylenebilir.

#### **Tema: Bakım Verenlerin Hastanın Semptomlarını Yönetme Konusunda Sergiledikleri Başetme Davranışları**

Eylem öncesi süreçte, bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları; sosyal destek alma, alttan alma, kontrol edememe, evlendirme planı yapma, her istediğini yapma, hastaneye gitme, istediğinde para verme, telefonla arayarak kontrol etme, silahını satma, araç anahtarını saklama, sigara içmesine izin verme, rahatlatıcı çay yapma, dinleme, konuşarak anlatmaya çalışma, profesyonel (doktor, diyetisyen... vb.) destek alma, yalnız bırakmama, ilaç kullanma, ağlama, boşanmayı düşünme, kendine uğraş bulma, dua etme, alternatifler sunma olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9). Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

Bakım verenlerin dördü atak dönemlerinde hastasının davranışlarını kontrol edemediklerini ifade etmişlerdir.

"Kontrol edemem. Her şeyi akışına bırakıyorum." (BV1)

"Yok edemiyorum. Çok zor ediyorum. O da artık onu bırakıyorum. Gidiyorum yatmaya." (BV2)

Bakım verenlerin tamamı atak dönemlerinde hastasının davranışlarını alttan aldıklarını ifade etmişlerdir.

" Her şeyi akışına bırakıyorum." (BV1)

"Bakıyorum beni dinliyorsa, devam ediyorum. Bakıyorum dinlemek istemiyor, hatta dediğim dedik yapıyor, o zaman tamam..., siz en güzeli, en iyi, en zengin, dünyanın en iyi insanısınız. Teyzesinden nefret ediyorum ha. Teyzeni de çok seviyorum. Çok iyi bir kadın... hemen sakinleşiyor." (BV2)

Bakım verenlerin beşi hastasına bakım verirken sosyal destek aldığını belirtmiştir.

“Bütün ceremesini, eziyetini ben çekiyorum. Çocuklarım çekiyor. Annesi babası çekiyor. Şimdi annesine babasına haber ettik gelecekler. Onlar da diken üstünde yani.”(BV1)

“Onun dışında biz İstanbul’daki bu profesörü, ablası İstanbul da Figen hanımın, o buldu.” (BV6)

“Genelde kayınvalidemgil oluyor hasta olduğu dönemlerde... Kayınvalidem çok destekçi bana bu konuda.” (BV7)

Bakım verenlerden biri hastasının artmış cinsel dürtüleri ile baş etmek için, hastayı evlendirme planları yaptığını belirtmiştir.

“Valla oğlum işte zamanı gelince bakarız dedim. Evlendiricem demek istedim yani. Ben başka türlüye girmem zaten. Bakalım oğlum everelim çok şeyse dedim.” (BV4)

Bakım verenlerin ikisi atak dönemlerinde hastanın her istediğini yaptıklarını ifade etmişlerdir.

“Bi de şey evin tadilatını istedi falan biz kırmamak için ona da evet dedik. Hep evetle geçirdik...” (BV6)

Bakım verenlerin tamamı atak geliştiğinde hastaneye başvurduklarını ifade etmişlerdir.

“Şimdiki doktorundan memnunuz. Yani bi sıkıntımız olduğu zaman yardımcı oluyor.” (BV6)

Bakım verenlerin üçü hastanın artmış para harcama davranışı ile baş etmek için her istediğinde hastaya para verdiklerini belirtmişlerdir.

“O zaman yine istediği kadar veriyordum... Günübirlik harcamaya başladı. Önce iki güne üç güne bir yirmi lira alıyosa, bunu günlüğe çevirmeye başladı... İhtiyaçsa 100 değil 200 de veririm. Hani verdim de. (BV4)

Bakım verenlerden biri atak dönemlerinde telefonla arayarak hastasını kontrol ettiğini belirtmiştir.

“Telefonla ararım mutlaka durmam yani. Öyle bırakmam bi saat geçsin kontrol ederim. “Nerdesin?” “Arkadaşlarda” “Eyvallah oğlum.” (BV4)

Bakım verenlerden biri hastasının intihar düşünceleri ile baş etmek için kendisine ait silahını sattığını ifade etmiştir.

“Kendimi elimden gelse.....ben boşum baba bi işe yaramıyorum dedi. İçimden kendimi balkondan atasım geliyor bazı” dedi. Ondan sonra ben de av hastalığı da var. Söylemesi ayıp tabancam da vardı benim. Onu demeye başladı. Ben kaldırdım onları. Silahımla, tabancayı. Gözünün önünde görsün diye böyle pazarlık ettim sattım” (BV4)

Bakım verenlerin ikisi hastasının artan sigara içme davranışına izin verdiklerini ifade etmiştir.

“O zaman 17-18 yaşlarındaydı tahminimce. Az böyle hızlanmış hallerde görmeye başladım sigarayı. “İç oğlum sigarayı içeceksin dedim. Kötü kötü ama bize göre kötü değil” dedim. Evimizin içinde içme annene dokunuyo, iyi tamam. Müsaade ettim yani.” (BV4)

Bakım verenlerden biri hastasının uykusuzluk sorunu ile baş etmek için rahatlatıcı çaylar yaptığını ifade etmiştir.

“Çaylar falan oluyor rahatlatıcı. Annem yapıyor, onları falan veriyoruz.” (BV8)

Bakım verenlerin tamamı hastalarının konuşmasının arttığı zaman hastayı dinlediklerini ifade etmişlerdir.

“Konuşma çok. Çenesini dinlicen. Dinliyoruz, dinleriz. Ben arada kızarım, aman allahım sabredem derim. Ama tabi seslenmem, baba da dinler. Ben de dinlerim canım.” (BV5)

“O zaman yapacak bişey yok. Dinliyorsunuz. Ya da dinliyormuş gibi yapıyorsunuz. Çünkü aşırı saçmalıyor.” (BV8)

Bakım verenlerin ikisi hastanın değişen davranışlarını kontrol edebilmek için konuşarak anlatmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

“A...cım diyorum bak saate bak. Şimdi herkes işten gelmiş, yorgun. Müzik açar, müzik meraklıydı yazın. Yazın da öyle bişeyi tutmuştu. Diyo ki saat daha onbir. Ama onbir! Ama dokuz buçuktan ondan sonra açmıcaksın müzik. Burda düğün değil, burda doğum günü parti yapmıyoruz. Kendin için dinle.” (BV2)

Bakım verenlerin tamamı atak geliştiği dönemlerde doktor, diyetisyen vb. profesyonel destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

“Diyetisyen ve spora gönderiyorum.” (BV6)

Bakım verenlerin altısı atak dönemlerinde hastalarını yalnız bırakmadıklarını ifade etmişlerdir.

“Anahtar bulduysa, gördüysem kapıda çıkarken, ben de gelcem diyorum. ..Hani yanında otururum.” (BV7)

Bakım verenlerden biri atak dönemlerinde hastadaki değişikliklerle baş edebilmek için kendisinin ilaç kullandığını ifade etmiştir.

“...sinirlendikçe, sinirlendiğim bi ortam olunca bi tane atıyorum sakinleşiyorum.” (BV1)

Bakım verenlerden biri hastasının atak dönemlerinde baş edemediği durumlarda ağladığını ifade etmiştir.

“Hiçbişey demem. Ağlarım.” (BV7)

Bakım verenlerden biri bazı atak dönemlerinde hasta olan eşinden boşanmayı düşündüğünü ifade etmiştir.

“Bazı zaman geldi, bu işi bitirmiştım yani. Boşanma şeyine kadar gelmişim.” (BV1)

Bakım verenlerden biri hastasının atak dönemlerinde kendisine uğraşlar bularak baş etmeye çalıştığını ifade etmiştir.

“Kendimi bi uğraşa veriyorum. Çevreye veriyorum.” (BV1)

Bakım verenlerden dördü hastasının iyileşmesi için dua ettiklerini ifade etmişlerdir.

“Allahım diyorum akıl eksikliği vermesin diyorum. Allahım diyorum verdiğin akı alma diyorum. Ruh sağlığımızı elimizden alma. Öyle söylüyorum. Allahım bir an evvel bütün herkese şifa... öyle söylüyorum.” (BV3)

Bakım verenlerden biri hastasının artmış para harcama davranışı ile baş etmek için, hastaya alışveriş alternatifleri sunduğunu ifade etmiştir.

“...aldırırsam ufak şeyler aldirmaya çalışıyorum. Ama mesela alışverişi seviyor, çocuğa diyorum gel kitap alalım. Pardon defter alalım, kalem alalım diyorum hani seviyor ya. Çocuğun en azından ihtiyaçlarını alsın diyorum ben artık.” (BV7)

**Tablo 4.9.** Bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları (Eylem Öncesi)

Bakım Verenlerin Başetme Davranışları	BV1	BV2	BV3	BV4	BV5	BV6	BV7	BV8
Sosyal destek alma	✓	✓				✓	✓	✓
Alttan alma	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kontrol edememe	✓	✓	✓				✓	✓
Evlendirme planı yapma				✓				
Her istediğini yapma			✓		✓			
Hastaneye gitme	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
İstediginde para verme			✓	✓	✓			
Telefonla arayarak kontrol etme					✓			
Silahını satma					✓			
Araç anahtarını saklama							✓	
Sigara içmesine izin verme					✓		✓	
Rahatlatıcı çay yapma								✓
Dinleme	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Konuşarak anlatmaya çalışma		✓					✓	
Profesyonel (doktor, diyetisyen... vb.) destek alma	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Yalnız bırakmama		✓	✓		✓	✓	✓	✓
İlaç kullanma	✓							
Ağlama							✓	
Boşanmayı düşünme	✓							
Kendine uğraş bulma	✓							
Dua etme			✓	✓	✓			
Alternatifler sunma							✓	

Eylem sonrası süreçte, bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları; doktor desteği alma- doktora götürme, ortam değişikliği yapma, sosyal destek alma, hastaya istediği bir şeyi alma, geceleri kalkamasın diye yatağın pozisyonunu değiştirme, konuşarak ikna etmeye çalışma, alttan alma, hızlı konuşurken söylediklerini tek tek sorma, porsiyonları küçültme, sebze ağırlıklı yemekler yapma, kısa cevaplar verme, sessiz kalma, bulunduğu odayı değiştirme, kabul edilebilir isteklerini yerine getirme, destek olma, kendi haline bırakma, kabullenme olarak belirlenmiştir (Tablo 4.10). Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

BVGP'ye katılan dört bakım verenin, eylem sonrası süreçte hastanın semptomları ile başetme davranışlarını incelediğimizde, alttan alma davranışında ortaklaştıkları görülmektedir. Bununla birlikte üç bakım verenin atak geliştiğinde hastayı doktora götürme ve hastaya destek olma davranışı sergiledikleri ortaya çıkmıştır.

Görüşmelerde, dört bakım verenin de yakınının hastalığını ve hastalığa bağlı yaşananları kabullendikleri anlaşılmıştır.

Bakım verenlere bireysel olarak baktığımızda BV1, atak geliştiğinde ortam değişikliği yaparak, hastaya istediği bir şeyi alarak, geceleri kalkmasını uyusun diye yatağın pozisyonunu değiştirerek ve eşinin anne babasından destek alarak hastanın davranışları ile baş etmeye çalıştığını belirtmiştir. BV1 ile yapılan görüşme içeriği bütünüyle değerlendirildiğinde, kendisinin hastayı kendi haline bıraktığı ve bu şekilde baş etmeye çalıştığı anlaşılmıştır.

“Başlamadan önce doktoruna götürüyoruz, ilaçlarını belli şekilde düzene katıyoruz. O aşamada da annesi, babası geliyor. Ya da başka bir ortam yer değiştiriyoruz yani. Elbise şu bu. Ya da bi ayakkabı bişeyler alıyorsun... Kendi kendine iş yapmaya çalışıyor orda. El işleri... bizi dinlemiyordu o ortamda şeyde...Uyumuyordu.. Kalkmasını diye yatağın yönünü değiştiriyorduk. Ordan çıkmasını diye.” (BV1)

Atak geliştiğinde, BV2 eşini konuşarak ikna etmeye çalıştığını, hızlı konuştuğunda söylediklerini tek tek sorduğunu, artmış iştah ve kilo alımını kontrol edebilmek için porsiyonlarını küçülttüğünü ve sebze ağırlıklı yemekler yaptığını belirtmiştir. Artmış cinsel istek ve para harcama davranışı konusunda da eşini kontrol edemediğini ifade etmiştir. Söylediklerinden eşini kendi haline bıraktığı anlaşılmıştır.

“Güzel konuşarak anca. Alttan alarak. Sen böyle daha güzel yapıyordun. Şunu sen hatırlıyor musun? Böyle daha iyiydi diyerek. Yani kandırarak açıkçası başka türlü olmuyor...konuşuyor anlamıyorum bi dur diyorum. Ne dedin anlamadım. ordan oraya geçtin ordan oraya geçtin. Ben tek tek soruyorum söylediği şeyi. Kaptığım şeyleri tek tek sormaya çalışıyorum. O zaman o da haa evet diyor. Ondan sonra anlaşıyoruz. Yemeklerini kısıtık biraz. Sebze yemekleri ağırlıklı yapıyorum.” (BV2)

Bakım verenlerden BV3, atak geliştiğinde kızının çok konuştuğundan ve devamlı dolaştığından bahsetmiştir. Kızının kafasını daha çok karıştırmak istemediği için sorularına kısa cevaplar verdiğini ya da sessiz kaldığını belirtmiştir. Kızını daha çok sınırlendirmemek için evde başka bir odaya geçerek ortam değiştirdiğini ifade etmiştir.

“Mesela devamlı geziyor, dolaşiyor konuşuyor. Konuştuğu zaman o an da ben sorduğu sorulara kısa cevaplar vermeye çalışıyorum. Öyle bir şey yok. Gerçek bişey yok diye. Daha çok kafasını karıştırmamak için... Seslenmiyorum. Hiç konuşmuyorum cevap vermiyorum. Mesela sen git diyo, evden git diyo. Sen benim yuvamı bozdun diyo. Bunun gibi bişeyler söylediği zaman gidiyorum başka odaya. Gözükmüyorum ona. O daha çok sinirlenmesin diye.” (BV3)

Bakım verenlerden BV4, atak dönemlerinde oğluna istediği şeyi aldığını, oğlunun kabul edilebilir bulduğu isteklerini yerine getirdiğini ve oğlunu konuşarak ikna etmeye çalıştığını ifade etmiştir.

“Tabi o ara destek olmak amacıyla mesela, oğlum acele etme yaparsın, bugün olmazsa yarın olur gibi.. Alttan alarak, onu üzmeden, incitmeden, onun aklına yatırarak.. Onu üzmemek şartıyla onun dediğine uyarak..Fazla da dediğini yapmayarak da tabi.” (BV4)

**Tablo 4.10.** Bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları (Eylem Sonrası)

Bakım Verenlerin Başetme Davranışları	BV1	BV2	BV3	BV4
Hastayı doktora götürme	✓		✓	✓
Ortam değişikliği yapma	✓		✓	
Sosyal destek alma	✓			
Hastaya istediği bir şeyi alma	✓			✓
Geceleri kalkmasın diye yatağın pozisyonunu değiştirme	✓			
Konuşarak ikna etmeye çalışma		✓		✓
Altan alma	✓	✓	✓	✓
Hızlı konuşurken söylediklerini tek tek sorma		✓		
Porsiyonları küçültme		✓		
Sebze ağırlıklı yemekler yapma		✓		
Kısa cevaplar verme			✓	
Sessiz kalma			✓	
Kabul edilebilir isteklerini yerine getirme				✓
Destek olma		✓	✓	✓
Kendi haline bırakma	✓	✓		
Kabullenme	✓	✓	✓	✓

İzlem sürecinde, bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları; doktorundan yardım alma, dikkatini başka yöne çekme, uyuması için çaba sarfetme, yardımcı olma, hastaya ilaçlarını içirme, kısa

açıklamalar yapma, dua etme, her söylediğini kabul etme, konuşarak ikna etmeye çalışma, hastası ile birlikte sosyal aktivitelere katılma, kabullenme ve kendi haline bırakma olarak belirlenmiştir (Tablo 4.11). Aşağıda bu deneyimlerle ilgili açıklamalara ve bakım verenlerin ifadelerine yer verilmiştir.

BVGP uygulandıktan altı hafta sonra yapılan izlem görüşmelerinde, bakım verenlerin tamamının yakınının hastalığını ve hastalığa bağlı yaşananları kabullendikleri ortaya çıkmıştır. Bakım verenlerin üçü, hastanın semptomlarını kontrol edebilmek için hastanın doktorundan yardım aldıklarını, hastaya ilaçlarını içirdiklerini ve yardımcı olmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir.

“Davranışlarını kontrol edemiyorum. Fakat öyle bir belirti olduğu anda doktoru var, hemen doktoruna götürüyorum. İlaç takviyesi yapıyor, onunla düzene giriyor.”(BV1)

“Kontrol edemiyorum yani. Anca doktordan randevu alcam. Doktora gidesiye kadar kontrol edemiyorum. Sadece ilaçlarını içirmeye çalışıyorum.” (BV3)

“Fark ettim ben hemen doktora getirdim.” (BV4)

Bakım verenlerden BV1, atak geliştiği zaman eşinin doktorundan yardım aldığını, hastayı kendi haline bıraktığını ve zaman zaman eşiyile birlikte sosyal aktivitelere katılarak baş etmeye çalıştığını belirtmiştir.

“İlaçlarını kullanıyor. Gerektiğinde kalkıyor ilaç alıyor. Benim yapacağım bişey yok. En iyisini yapsan yine sen kötü oluyorsun. Bize cephe alıyor yani...Geçen Konyalılar derneğiyle Urfa gezisine katıldık. Güzel bir gezi oldu. Orda da yani yoruldum, ettim. Gitmeyecem, ben yatacam, oturacam diyor. Ben gezdim kafama göre.” (BV1)

Bakım verenlerden BV2, eşinin bazı semptomlarına müdahale edemediğini ancak az uyuduğu dönemlerde uyuması için çaba sarfettiğini, eşini konuşarak ikna etmeye çalıştığını, kısa açıklamalar yaptığını ve dikkatini başka yöne çekmeye çalıştığını ifade etmiştir. Bununla birlikte eşinin durumunu kabullenme ile birlikte bazı durumlarda da eşini kendi haline bıraktığını belirtmiştir.

“Uyusun istiyorum çünkü az uyuyor. Uyuması için çaba sarf ediyorum. Dinlenmesi için. Bi de yüksek şey olduğunda, bazen sağ sol aramasında onu hadi gel şuraya gidelim falan, onu başka şeyleri yönlendiriyorum ki başkalarını rahatsız etmemesi



için... Parayla ilgili hiç dokunmuyorum. Dokundurtmaz da. Onu kendisinin ayarladığını da gördüm... Yok, o da (artmış cinsel istek) aynı devam ediyor. Hiçbi zaman bişey yapamadım. O alışmış iyice o videolara, kaptırmış kendini. Bağımlılık gibi. Ben de bişey demiyorum. Bana, çocuğuma zarar vermesin de. Karışmıyorum.” (BV2)

Bakım verenlerden BV3, atak geliştiği zaman kızını doktora götürme, ilaçlarını içirme ve kızına her konuda yardımcı olmanın dışında, konuşması arttığı dönemlerde kızının kafasını daha çok karıştırmamak için kısa açıklamalar yaparak kızıyla konuştuğunu ve kızı için dua ettiğini belirtmiştir.

“Söylediği kelimelere öyle bir şey yok diyorum. Aslı yok diyorum. Bu hastalığın verdiği şeyler diyorum. Öyle söylüyorum. Yine de sakinleşmiyor. Devamlı konuşuyor. Aynı söylediklerini devamlı tekrarlıyor. Ben de sadece öyle bişey yok diyorum. Konuşmuyorum. Daha çok kafasını karıştırmak istemiyorum.... Allahım bundan beter etme diyorum. Acil şifalar versin diyorum o kadar. Ya da önden götür git diyorum. Başka bir şey söylemiyorum. Çünkü ancak buna gücüm yeter. Başka bişeye gücüm yetmez ki bu gibi hastalıklarda.” (BV3)

Bakım verenlerden BV4 ise, izlem görüşmesinden hemen önce yeni bir atak yaşayan oğlunu bu atak döneminde kontrol etmekte çok zorlandığını belirtmiş ve kendisini kırmamak için oğlunun her söylediğini kabul ettiğini ve onu konuşarak ikna etmeye çalıştığını belirtmiştir.

“Bu dönem biraz zorladı beni... Arabasını falan kırdı. Camlarını kırdı. Aynalarını kırdı. “Ben hep böyle mi olacağım. Yeter ya ben sana daha ne yapacağım” gibi bana karşı gelmeler falan. Yani vuruşmadan, birbirimize çok bişey demeden önledik yani. O ne dese tamam diyorum zaten kırmamak için. Biliyorum onun atak olduğunu. ...Devamlı değil de yani böyle haftada bir on günde bir hareketlilik hissettim mi sorarım (ilaçlarımı). Kullanıyorum baba der. Yani bunu kesmeyecen bu seninle gideceğini anlattım ona yani. İyiyken, normalken. Dedim ki oğlum bu Allah’ın takdiri, yapacak bişeyimiz yok. Sen bu ilaçları kullanacaksın başka çare yok.” (BV4)

**Tablo 4.11.** Bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışları (İzlem)

Bakım Verenlerin Başetme Davranışları	BV1	BV2	BV3	BV4
Doktorundan yardım alma	✓		✓	✓
Dikkatini başka yöne çekme		✓		
Uyuması için çaba sarfetme		✓		
Yardımcı olma		✓	✓	✓
Hastaya ilaçlarını içirme	✓		✓	✓
Kısa açıklamalar yapma		✓	✓	
Dua etme			✓	
Her söylediğini kabul etme				✓
Konuşarak ikna etmeye çalışma		✓		✓
Hastası ile birlikte sosyal aktivitelere katılma	✓			
Kabullenme	✓	✓	✓	✓
Kendi haline bırakma	✓	✓		

#### 4.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylere Bakım Verme İle İlişkili Metaforlar

Bakım verenlerin bipolar hastaya bakım verme ile ilgili eylem öncesi, eylem sonrası ve izlem sürecinde ürettikleri metaforlar Tablo 4.12’de verilmiştir. Eylem öncesi süreçte, bakım verenlerin ifadeleri incelendiğinde bazı metaforların hastalığa ilişkin olumlu bazılarının ise olumsuz algıları içerdiğini, bazılarının bakım veren kişinin bipolar hastanın davranışlarıyla baş etme şeklini, bazılarının ise bakım verenin durumu kabullenme şeklini açıkça ortaya koyduğunu söyleyebiliriz. Aşağıda bakım verenlerin eylem öncesi ürettikleri metaforlar ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

“Monotonlaşmış bir hayat yani. Bazı şeylerle tetiklenen monotonlaşmış bir hayat yani..kalıplaşmış gibi. Olay oldukça aynı yutkun yutkun yutkun yutkun....hep aynı şeyler tekrar. Bir adım ileri gitme yok yani.” (BV1)

“...Kölesi. Dadısı... dişlerini fırçaladın mı? bak ben fırçalıyorum sen de gel. Hatırlatma...Gel duş yap....Sırtını ayaklarını ben kendim yapıyorum. Çocuk gibi davranıyorum yani. Başka türlü olmuyor. Dadı gibiyim ya. Anne oluyorum bazen. Dadı gibiyim. Çok seviyorum çünkü onu. Zarar gelsin istemiyorum. İyileşsin istiyorum.” (BV2)

“Pibolar beyinle ilgili olduğu için diyorum ben kendimden. O şuur kaybı, yani öyle şey görüyo. Bu hastalıktan. Beyin mesela bi gözün damarına çivi bişey batsa o gözün muhakkak akar bişey olur, kalbin çalışmadığı zaman bişeyler. Öyle bişey. Oraya

hükmetmiyor beyin diyorum, o damar bişey var ki diyorum hükmetmiyor beyin.” (BV3)

“Biz Cenabı Allah a bağlarız bu işleri. Yani benim tek diyeceğim o. Çünkü benim çocuğuma kendimin veya ailemin bi sıkıntımız bişeyimiz yok. Ha istediği bişey olmaz veya bişey yaparsın da oldu dersin yani. Ne diyeyim yani. Allah’ın takdirine bakarız. Cenabı Allah şifasını verir inşallah. Biz onun duasındayız. Yani takdir Allah’ındır.” (BV4)

“Geriye geldiğini isterim ayyyyy o güzel günlerin..... (ağlamaya başladı).” (BV5)

“Valla benim için kabustu. Yani onun için o haplarla veya ilaçlarla anlamadı ama benim için kabustu. Gerçekten bi kabustu. Hiç yaşamamıştım çünkü ben. Ne çevremde gördüm yani insanları küçümsemem tabi hastalıktır bu kimse isteyerek hastalığı çağırılmaz ama ne de hastanelerde görmüştüm böyle bir olayı. Yani ben ancak filmlerde falan görüyordum abartılıyor diye düşünüyordum açıkçası. Birebir yaşamak çok daha kötü kabus gibiydi o dönem.” (BV6)

“Komediye benzetiyorum ben kendimizi. Bir komedi programındayız. Bir skeç oynuyoruz bitecek yani.” (BV7)

“Lanet. Direk yani. Ben bazen diyorum ki kime ne yaptık ki? Ama çok ağır bir hastalık. Hani en sevdiğiniz insan karşınızda kafayı yiyor yani. Bizim açımızdan öyle yani.” (BV8)

Eylem sonrası süreçte, bakım verenlerin bipolar hastaya bakım verme ile ilgili ürettikleri metaforlar, eylem öncesi ürettikleri metaforlar ile kıyaslandığında değişikliklerin olduğu görülmektedir. Aşağıda bakım verenlerin eylem sonrası ürettikleri metaforlar ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

“Valla hiçbirşeye benzetecek durumda yok yani. Bir günümün daha iyi geçtiğine seviniyorum yani. Yarınımın ne olacağından da hiç şeyim yok yani. Her an tedirginim, her an yalnız hissediyom, çünkü annesinden babasından kardeşinden çok büyük darbeler yedim. Bütün sorunlarımız bunlardan ibaret. Yani benim baskım yok şeyim yok, çevremde mahalleimde eş dost yani şaşıyorlar, benim bu hale düştüğüme...” (BV1)

“Yapmacık davranıyorum valla. onun bazı şeyleri abartarak yansımaması için çabalıyorum. Kötü ya da çok fazla inişi çıkışı sabitin yanına kadar en azından götürmeye çalışıyorum. Çünkü bi de çocuk var. Çocuk beni iyice kendine çevirdi. Çocuk ağırlıklı oldum şimdi.” (BV2)

“Valla ben sadece annelik olarak mecbur kaldığım için, Allah’tan gelen bu hastalık için, mecbur kaldığım için bakıyorum. Başka hiçbirşey düşünmüyorum teyzem. Hiçbişeye benzetmiyorum. Benzetemiyorum. Sade annelik görevimi yerine getirmeye çalışıyorum. Bu hastalık benim çilem, kaderim diyorum.” (BV3)

“Neye benzetcez yani bu hastalık olan, çaresizlik demeyem de, yani yapılabilecek bişey yok yani. Doktoruna götürüyoruz, sizlerle görüşüyoruz. Ne diyem diyecek bişeyim yok yani. Cenab-ı Allah kimseye vermesin diyorum. Başka diyebilecek bişey yok bu konuda. Uğraşmak, baş etmek gerçekten yani önlemini almak zor yani. Kolay bi iş değil bu. Sonunda evladın yani ne yapabilecen yani. Biz elimizden geleni her şeyi yapıyoruz. Yaptığımızı inanıyoruz. O da bu durumdan memnun, hastalığını kabul etti.” (BV4)

İzlem sürecinde, bakım verenlerin bipolar hastaya bakım verme ile ilgili ürettikleri metaforlar, eylem öncesine göre değişiklik göstermekle birlikte eylem sonrası ürettikleri metaforlar ile benzerlik göstermektedir. Aşağıda bakım verenlerin eylem sonrası ürettikleri metaforlar ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

“Hiç benzetcek bişey bulamıyorum yani. Monoton bir hayat gidiyoruz.” (BV1)

“Tsunamiden sonra bişey oluyor ya böyle. Tsunami resmen ya. Tsunami yaşattı bana kaç aydır. Şimdi dalgaların durduğu an. Ama beklemede durduğu an gibi yani. Şimdi hafifledik nedense. Düzeliyor galiba . O kritik şeyler geçti. Şimdi normale döndük, dönüyoruz galiba. Ya da şu anda iyiyiz yani.” (BV2)

“Neye benzetcem bilmiyorum ki. Ne bu çilem kaderim diyorum. Allah’ın imtihanı bu diyorum. Allahım bundan beter etme diyorum. Acil şifalar versin diyorum o kadar. Ya da önden götür git diyorum. Başka bir şey söylemiyorum. Çünkü ancak buna gücüm yeter. Başka bişeye gücüm yetmez ki bu gibi hastalıklarda... Yoruldum artık. Yaşım genç değil ki benim artık. 62 yaşındayım.” (BV3)

“Neye benzediğini artık şaşırđık yani. Ne diyeyim başka. Çok şükür kendimizde bişey yok ama zor geçiriyoruz bunları. Ne diyeyim şimdi evlat yani. Benzetecek bişeyim de yok yani, hastalık işte. Yapacak bişey yok. Ne diyeyim yani. Annesi öyle, oğlum böyle. Cenab-ı Allah bize kudret veriyor, uğraşılıyor. Dün eşimi götürdüm mesela (ayaktan kemoterapi alıyor eşi), bugün buna geldim (oğlunu görmeye kliniğe). Yani uğraşıyorum, elimden gelen neyse yapacam. Benim diyebileceğim başka bişey yok.” (BV4)

**Tablo 4.12.** Bakım verenlerin bipolar hastaya bakım verme ile ilgili ürettikleri metaforlar

	<i>Eylem Öncesi</i>	<i>Eylem Sonrası</i>	<i>İzlem</i>
<b>BV1</b>	Monotonlaşmış bir hayat	-	Monoton bir hayat.
<b>BV2</b>	Dadı	Yapmacık davranıyorum	Tsunamiden sonra dalgaların durduğu an.
<b>BV3</b>	Fizyolojik bir sorun	-	Çilem kaderim
<b>BV4</b>	Allah'ın takdiri	-	-
<b>BV5</b>	Güzel günlerin geriye gelmesini isterim	-	-
<b>BV6</b>	Kabus	-	-
<b>BV7</b>	Komedi	-	-
<b>BV8</b>	Lanet	-	-

#### **4.5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Düzeyleri**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin eylem öncesi ve sonrası algıladığı bakım yükü düzeyine ilişkin bulgular Tablo 4.13'de verilmiştir. NSM'ye göre bakım verenlerin BYÖ toplam puanlarının, her bir bakım verenin stresörlerden etkilenme düzeylerini gösterdiği söylenebilir.

Buna göre BV1'in BYÖ toplam puanı eylem öncesi 69.0; eylem sonrası 52.0 bulunmuştur. BV2'nin BYÖ toplam puanı eylem öncesi 34.0; eylem sonrası 63.0 bulunmuştur. BV3'ün BYÖ toplam puanı eylem öncesi 62.0, eylem sonrası 63.0 bulunmuştur. BV4'ün BYÖ toplam puanı eylem öncesi 38.0, eylem sonrası 30.0 bulunmuştur.

**Tablo 4.13.** Bakım verenlerin bakım verme yükü düzeylerinin karşılaştırılması

<b>Bakım Verme Yükü Ölçek Toplam Puanları</b>		
	<i>Eylem Öncesi</i>	<i>Eylem Sonrası</i>
<b>BV1</b>	69.0	52.0
<b>BV2</b>	34.0	63.0
<b>BV3</b>	62.0	63.0
<b>BV4</b>	38.0	30.0
<b>BV5</b>	35.0	-
<b>BV6</b>	20.0	-
<b>BV7</b>	40.0	-
<b>BV8</b>	35.0	-

#### **4.6. Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Alt Boyutlarından Aldığı Puanlar**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin eylem öncesi ve sonrası kullandıkları başa çıkma stratejilerine ilişkin bulgular Tablo 4.14’de verilmiştir. BSÖ alt boyutlarından alınan puanlar bakım verenlerin, ağırlıklı olarak hangi başatma biçimini kullandığını ortaya koymaktadır. NSM’ye göre bu başatma biçimlerinin bakım verenlerin direnç hattını temsil ettiği düşünülmektedir.

Bakım verenlerden BV1, eylem öncesinde de eylem sonrasında da en yüksek puanı problem çözme alt boyutundan almıştır. Sosyal destek alma alt boyut puanının eylem sonrası 26.0’dan 27.0’ye yükseldiği, kaçınma alt boyut puanının ise 27.0’dan 24.0’e düştüğü saptanmıştır. Bakım verenlerden BV2’nin eylem öncesi ve sonrası en yüksek puanı problem çözme alt boyutundan aldığı, eylem sonrası ise bütün alt boyut puanlarının bir puan düştüğü saptanmıştır. Bakım verenlerden BV3’ün eylem öncesi ve sonrası en yüksek puanı problem çözme alt boyutundan aldığı, eylem sonrası sosyal destek arama alt boyut puanının 20.0’dan 11.0’e düştüğü, kaçınma alt boyut puanının 19.0’dan 20.0’ye yükseldiği saptanmıştır. Bakım verenlerden BV4’ün, eylem öncesi ve sonrası en yüksek puanı problem çözme alt boyutundan aldığı, eylem sonrası bütün alt boyut puanlarının yükseldiği saptanmıştır.

**Tablo 4.14.**Bakım verenlerin başa çıkma stratejileri ölçeği alt boyutlarından aldığı puanların karşılaştırılması

	Problem Çözme Alt Boyut Puanları		Sosyal Destek Arama Alt Boyut Puanları		Kaçınma Alt Boyut Puanları	
	<i>Eylem Öncesi</i>	<i>Eylem Sonrası</i>	<i>Eylem Öncesi</i>	<i>Eylem Sonrası</i>	<i>Eylem Öncesi</i>	<i>Eylem Sonrası</i>
<b>BV1</b>	32.0	30.0	26.0	27.0	27.0	24.0
<b>BV2</b>	33.0	32.0	25.0	24.0	27.0	26.0
<b>BV3</b>	30.0	26.0	20.0	11.0	19.0	20.0
<b>BV4</b>	24.0	26.0	22.0	25.0	15.0	19.0
<b>BV5</b>	33.0	-	15.0	-	21.0	-
<b>BV6</b>	29.0	-	16.0	-	18.0	-
<b>BV7</b>	31.0	-	22.0	-	21.0	-
<b>BV8</b>	30.0	-	26.0	-	19.0	-

#### **4.7. Bakım Verenlerin Kendilerine Yönelik Uygulanacak Program İle İlgili Önerileri**

Bireysel görüşmeler sırasında bakım verenlere Ek 3’de yer alan “Bakım verdiğiniz bireyin atak dönemlerindeki davranışlarını kontrol etme konusunda uygulanacak bir programda neler olursa size yardımcı olur?” sorusu ile bakım verenlerin destek almak istedikleri konular sorulmuştur. Verilen yanıtlar doğrultusunda BVGP’nin içeriği oluşturulmuştur. Bakım verenlerin BVGP’nin içeriğine ilişkin önerilerinin yanı sıra araştırmacının gözlemleri doğrultusunda programa dördüncü oturum olan “Bakım Verenin Gücünü Destekleme” oturumu eklenmiştir (Ek-6). Bu oturuma karar verilmesinde, araştırmacının görüşme sırasındaki, bakım verme rolünün bakım verenin tüm hayatını etkilediği ve kendi sağlığını ikinci planda bıraktığı şeklindeki gözlemleri etkili olmuştur.

Eylem öncesi süreçte, bakım verenlerin destek almak istedikleri konular, hastalık, hastalığın tedavisi, hastalığın genetik boyutu ile ilgili bilgi, bipolar bozuklukta beslenme, hastaya yaklaşım, duygusal olarak başetme, ilaç dışı tedavi yöntemleri olarak belirlenmiştir. Bunların yanı sıra hastanın korkularından kurtulması gerektiği ve hastaya müdahale edilmesi gerektiği gibi önerilerde bulunulmuştur. Bakım verenlerin eylem öncesi eğitim programı ile ilgili önerileri Tablo 4.15’de verilmiştir. Aşağıda bakım verenlerin konuyla ilgili ifadelerine yer verilmiştir.

“Şimdi yapılacak bişey yok. Herşey kafanın içerisinde. Bazı... korkulardan kurtulsa.. Sizin yardımcı olabileceğiniz bişey yok. Ne konuda yardım edebilirsiniz yani? Bi sohbet şey... ancak o şekilde yani.” (BV1)

“Profesyonel, doktor gibi şeylerden yardım almak isterdim. Psikoloğunu aramak ya da. Onunla ilgilenen doktorla hatta konuşmak... hastalığı ne zaman geliyor? Onu bilsem o an bilecem ki. Aadamekki bu başladı... Hastalık ne sıklıkta oluyor? Nasıl başlıyor yani? Sinirlendiği zaman mı başlıyor yoksa durup dururken mi başlıyor? Yoksa bu uykusuzluktan mı program değişiyor? Çocuğu olacak mı olmayacak mı? Yarın çocuğu olursa ben nasıl davranacam? Kola içmesi ilaçlarıyla etkiler mi?” (BV2)

“Nasıl davranacamı bilmiyorum. Nasıl başlangıç oluyor? Neler oluyor? Onun hastalanacağını nasıl ben anlıyım? Ben ona hastalandığı zaman nasıl davranmam gerekiyor? ...konuşmaları olduğu zaman ben ona ne cevap vereyim? Nasıl davranayım?” (BV3)

“...nasıl davranacağımız çok önemli.” (BV4)

“Çocuğumla konuş. Onunlan ilgilen mesela.” (BV5)

“Mesela birden aniden bişeye üzülüyor, o an bi anda düşüyor. Ama beş on dakika sonra veya yarım saat bi saat sonra normale dönüyor. Fakat o an düşüyor yani. Yani bu durumlarda tabi ki ne yapılacağını bilmiyorum açıkçası... Kendine göre bazı doğruları var. Ama o yıllardır var. Hastalıktan mı onu tam çıkartamıyorum. İnat ediyor. Bazı şeyleri insanın karakterinde de olabilir. Ben şimdi hep hastalığı gördüm için hep hastalığa bağlamaya çalışıyorum ama. Tabi öncesini düşünüyorum önceden de vardı. Acaba öncede mi hastaydı diye düşündüğüm zamanlar da oluyor.” (BV6)

“Onu nasıl evde tutabilirim mesela. Benim için o çok önemli. Hani ne diyip de ben onu evde tutcam onu. Ne yapabilirim de evde başbaşa geçirebilirim. Çünkü dışarı çıktığında görmüyorum. Nereye gittiğini bilmiyorum. Kafasına eser..başka nereye gitti acaba? Telefonlarını açmaz. Onun için evde tutmak istiyorum... o bana saydığı üzücü şeyleri nasıl ben atlatabilirim? Nasıl takmayabilirim? Çocukta da çıktı diyelim bu hastalık. Onda da oldu nasıl başedeceksin? (BV7)

“Şu an için hani biraz daha bilinçli olduğumuzdan bi desteğe ihtiyaç duymuyoruz. Sadece hani ne ilaç kullanacağı konusunda destek... Biraz daha bilgili olsak işte,



donanımlı olabilsek daha sakin davranabilir. Yani burda çoğu insanın yapabileceği bişey yok. Orda yapılabilecek en büyük yardım bir uzmana direk gösterilmesi.” (BV8)

**Tablo 4.15.** Bakım verenlerin kendilerine yönelik uygulanacak program ile ilgili önerileri (Eylem Öncesi)

Öneriler	BV1	BV2	BV3	BV4	BV5	BV6	BV7	BV8
Hastalık hakkında bilgi		✓	✓			✓	✓	
Hastalığın tedavisi ile ilgili bilgi		✓	✓			✓	✓	✓
Hastalığın genetik boyutu		✓					✓	
Bipolar bozuklukta beslenme		✓						
Hastaya yaklaşım		✓	✓	✓		✓	✓	
Duygusal olarak başatme							✓	
Hastaya müdahale edilmeli	✓				✓			
Hasta korkularından kurtulmalı	✓							
Doktoruyla konuşmak		✓						
Atak geliştiğinde hastayı acilen doktoruyla görüşürme								✓

Eylem sonrası süreçte, bakım verenlerin üçü kendisine yönelik bir öneri ya da beklenti belirtmemiştir. Bununla birlikte bakım verenlerden BV1 hastanın anne babasının yanında olması gerektiğini ve doktor kontrolünde olması gerektiğini ifade etmiştir. Bakım verenlerden BV2, kendileri gibi ortak sorunu olan başka bir aile ile tanışmak istediğini belirtmiştir. Bakım verenlerden BV3 ise hastanın doktor kontrolünde olması gerektiğini ve atak geliştiğinde acilen doktoruyla görüşürülmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bakım verenlerin eylem sonrası eğitim programı ile ilgili önerileri Tablo 4.16’da verilmiştir. Aşağıda bakım verenlerin konuyla ilgili ifadelerine yer verilmiştir.

“Şu an bize yapılabilecek hiçbir yardım düşünmüyorum ben yani. Ne şekilde yardım olabilir? Bunun tek yardımı yani annesinin babasının yanında olması. Doktorun şu ilacının iki tane, üç tane at demesi yani.” (BV1)

“Bizim ailemiz gibi başka bir aile de olsaydı aynı kafadan olurduk. ... belki de öyle düzeltebilirdik.” (BV2)

“Kendim için hiçbirşey düşünmüyorum. Sadece onun o anda iyileşmesini, normale dönmesini istiyorum. Doktoruyla görüşeyim, ilacını ayarlasın. Ben kendim için bişey istemiyorum.” (BV3)

“Şu noktaya geldikten sonra istenecek bişey yok. Göremiyorum yani. Şu an da öyle bir artı katılacak fazla bişey yok. Yani benim bipolar hastalığımın dolayısı şu anda ben onun her şeyini almış durumdayım. Biliyorum yani elimden ne geldiğini. Yeni bir atak yeni bir dönem olur onu bilemiyorum yani. Şu an bu bilgi benim için yeterli yani.” (BV4)

**Tablo 4.16.** Bakım verenlerin kendilerine yönelik uygulanacak program ile ilgili önerileri (Eylem Sonrası)

Öneriler	BV1	BV2	BV3	BV4
Anne- babasının yanında olması	✓			
Hastanın doktor kontrolünde olması	✓		✓	
Ortak sorunu olan başka bir aile ile tanışma		✓		
Atak geliştiğinde hastayı acilen doktoruyla görüştürme			✓	
Önerisi- beklentisi yok	✓		✓	✓

İzlem sürecinde, bakım verenlerin kendilerine yönelik kendilerine yönelik uygulanacak programa ilişkin önerileri Tablo 4.17’de verilmiştir. Bakım verenlerden BV1 eşine yönelik bir şeyler yapılması gerektiğini; BV2, ortak sorunu olan birileri ile arkadaşlık etmek istediğini; BV3, atak geliştiğinde hastayı acilen doktoruyla görüştürmek gerektiğini; BV4 ise atak geliştiğinde hastayı acilen doktoruyla görüştürmenin yanı sıra bu tip atak hastalarına öncelik tanınması gerektiğini ifade etmiştir. Aşağıda bakım verenlerin konuyla ilgili ifadelerine yer verilmiştir.

“Yardım olarak yani yardım edemezsin de bu eğitim yönünden şey yapabilirsin eşime yönelik. Eşimi çağırıp da bu terapi yönünden, konuşma yönünden... ona “şu zamanlarda şöyle yapabilirsin” dersiniz.” (BV1)

“Bizim gibi yaşayan birileri olsa..? Onlarla konuşurdum, paylaşırdım. Ondan bişey öğrenirdim, sorardım. Belki onlarla arkadaşlık yapsak A... değişir belki. Böyle düşündüm ama bilmiyorum daha mı beter olurdu? İki şey bu sefer.” (BV2)

“Böyle hastalandığı zaman bir an evvel, hastaneye gelip doktoruyla görüşmek lazım. Yani ben yapacak bişeyim yok. Yani hastalığı nasıl durdurucam bilgim yok ki. Hangi ilacı vericem, hangi ilacı içiricem bi bilgim yok ki. Anca kendi kullandığı ilaçları verebiliyorum. Ek ilaç gidipte eczaneden alamam. Bir an evvel doktora gidecek ki o ilaç verecek.” (BV3)

“Ben şunu isterim. Hastanede falan böyle hastaları hemen almak lazım. Zarar vermeden almak lazım. Ben mesela yaklaşık bi on gün bekledim yani. Ben bu on günü geçirene dek çocuk atağı geçirecek yani. Tutamıyorum. Biraz öncelik verirlerse iyi olur.” (BV4)

**Tablo 4.17.** Bakım verenlerin kendilerine yönelik uygulanacak program ile ilgili önerileri (İzlem)

Öneriler	BV1	BV2	BV3	BV4
Eşime yönelik bir şeyler yapılmalı	✓			
Ortak sorunu olan birileri ile arkadaşlık yapmak		✓		
Atak geliştiğinde hastayı acilen doktoruyla görüştürme			✓	✓
Hastanede bu tip atak hastalarına öncelik tanınmalı				✓

#### 4.8. Bakım Verenlerin Kazanımları

Neuman’ın Sistemler Modeli’ne temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programının” bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisini incelemeyi amaçladığımız bu çalışmada, eylem sonrası ve izlem sürecinde yapılan görüşmelerde, bakım verenlerin uygulanan programdan faydalandıklarına dair geri bildirimleri olmuştur. Bu geri bildirimlerin ve uygulanan programın bakım verenler üzerindeki olumlu etkilerine dair araştırmacının gözlemlerinin “bakım verenlerin kazanımları” başlığı altında ele alınmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Eylem sonrası süreçte, bakım verenlerin kazanımları hastalığı anlama, tanıma, hastanın doktor kontrolünde olmasının önemini anlama, hasta için elinden geleni yaptığına inanma, hastasıyla karşılıklı anlaşmaya varma, hastanın yaşamını düzenlemesine yardım etme, eğitimin yeterliliği konusunda farkındalık kazanma ve verilen eğitimden faydalandığını düşünme olarak belirlenmiştir (Tablo 4.18).

Bakım verenler, aldıkları eğitimden sonra kazanımları hakkında şunları söylemişlerdir:

“Bu görüşmelerin, verdiğiniz eğitimin çok faydası oldu.” (BV1)

“Yani önceden anlamıyordum hareketlerini. Sonra sizden sonra ben değiştim ona karşı. Ben onu anlamaya başladım. Demek ki böyleymiş. Yani yüzde yüz değil ama seksen-doksan tanıyorum. Anlayabiliyorum onu artık... Artık çocuğumuz var. En azından bizim için, çocuk için yapma. Çocuk için yaşayalım birazcık da. Kendimiz için kendi keyfimiz için değil. Biraz da şimdi çocuk için deyince evet o zaman doğru.

Bizi tek mi bırakmak istiyorsun? Bak içinde organların yağlanma olur. Uyuman lazım. Toksinlerin uyurken atılması lazım ki hastalığın şey olmasın. Biz artık aileyiz dedim. Böyle beni dinledi.” (BV2)

“...manik dönemi daha hızlı oluyor yani. Onu zaten biliyorum. Siz anlattıktan sonra daha iyi hisseder oldum artık. Onu tam noktalarını biliyorum artık... Sizinle görüştüğümde sonra da çok şükür iyi yani. Doğal karşılıyoruz... Şu an bu bilgi benim için yeterli yani... Bu desteğin çok faydası oldu bana. Oğlumla her şekilde ilgileniyorum ama burda duyduklarım aklıma geldiği zaman boşver diyorum ya kendime. Faydası oldu yani... Biz elimizden geleni her şeyi yapıyoruz. Yaptığımızı inanıyoruz. O da bu durumdan memnun, hastalığını kabul etti.”(BV4)

Bakımverenlerden BV3, kızı ve torunu için BVGP eğitim kitapçığından iki tane daha almak istemiştir. Kendisine bu talebinin nedeni sorulduğunda, “Ben ölürsem hasta olan kızım, torunum ve diğer sağlıklı olan kızım bakar ancak. Onlar da hastalığı öğrensin bilsin istiyorum.” yanıtını vermiştir. Talebi üzerine kendisine iki eğitim kitapçığı daha verilmiştir.

**Tablo 4.18.** Bakım verenlerin kazanımları (Eylem Sonrası)

Öneriler	BV1	BV2	BV3	BV4
Hastalığı anlama, tanıma	✓	✓	✓	✓
Doktor kontrolünde olmanın önemini anlama	✓	✓	✓	✓
Hasta için elinden geleni yaptığımı inanma	✓	✓	✓	✓
Karşılıklı anlaşmaya varma/uzlaşma		✓		✓
Yaşamını düzenlemesine yardım etme		✓		✓
Eğitimin yeterliliği konusunda farkındalık kazanma	✓	✓	✓	✓
Verilen eğitimden faydalandığını düşünme	✓	✓	✓	✓

İzlem sürecinde, bakım verenlerin kazanımları hastalığı anlama, tanıma, hastaya karşı daha sabırlı olma, eskisi gibi kızmama, durumun düzeldiğini düşünme, hastanın doktor kontrolünde olmasının önemini anlama, atak geliştiğini fark edip hastayı yönlendirmeye çalışma, karşılıklı anlaşmaya varma/uzlaşma, aile bütünlüğünü korumaya çalışma, hastanın yaşamını yeniden düzenlemesine yardımcı olma olarak belirlenmiştir (Tablo 4.19). Bakım verenlerin tamamının hastalığı anladığı ve atakları fark ettiği ve hastanın doktor kontrolünde olmasının önemini anladıkları saptanmıştır. Bakım verenler eğitimden altı hafta sonraki izlem görüşmelerinde kazanımları hakkında şunları söylemişlerdir:

“Eğitimden önce nerdeyse anlamıyordum yani. Bilmiyordum. Anlayamıyordum. Sizinle eğitimden sonra evet daha bi bilinçli oldum. Anlamaya başladım. Sizin eğitiminizden sonra ben aşırı sabırlı olmaya başladım. Artık kendimi yönlendirmeye başladım. Kendim de değiştim ya onu fark ettim. Yani eskisi gibi kızmıyorum ya da küsmüyorum ona. Artık diyorum ki bu böyle! Ya sen değişeceksin, ya ikinizde aynı olacaksınız. Yani ben değiştim. Farkındayım da. Şimdi hafifledik nedense. Düzeliyor galiba. O kritik şeyler geçti. Şimdi normale döndük, dönüyoruz galiba. Ya da şu anda iyiyiz yani.” (BV2)

“Belirtileri biliyorum. Hastalandığını anlıyorum. Bu beyinle ilgili olduğu için beyni durdurmaya imkan yok. Anca doktoruna gidecem ki doktoru ilacını artıracak... Böyle hastalandığı zaman bir an evvel, hastaneye gelip doktoruyla görüşmek lazım.” (BV3)

“Fark ediyorum artık yani. Fark ettim ben hemen doktora getirdim. Yani vuruşmadan, birbirimize çok bişey demeden önledik yani.” (BV4)

**Tablo 4.19.** Bakım verenlerin kazanımları (İzlem)

Öneriler	BV1	BV2	BV3	BV4
Hastalığı anlama, tanıma	✓	✓	✓	✓
Daha sabırlı olma		✓		
Eskisi gibi kızmama, küsmeme		✓		
Durumun düzeldiğini düşünme		✓		
Doktor kontrolünde olmanın önemini anlama	✓	✓	✓	✓
Atak geliştiğini fark edip hastayı yönlendirmeye çalışma		✓	✓	✓
Karşılıklı anlaşmaya varma/uzlaşma		✓		✓
Aile bütünlüğünü korumaya çalışma		✓		
Hastanın yaşamını yeniden düzenlemesine yardımcı olma		✓		✓

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, bakım verenlerin bipolar bozukluk tanısı almış bireylere bakım verme sürecindeki deneyimleri NSM kavramları kapsamında incelendikten sonra elde edilen veriler ve bakım verenlerin talepleri doğrultusunda NSM'ye temellendirilmiş BVGP hazırlanmıştır. BVGP bireysel psikoeğitim şeklinde uygulandıktan sonra bakım verenlerin deneyimleri belirlenen ölçme araçları ile NSM kavramları kapsamında tekrar değerlendirilmiştir. Buna göre elde edilen bulguların tartışması aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

---

### 5.1. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları

### 5.2. Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar ve Bakım Verme Yükü Düzeyleri

### 5.3. Bakım Verenlerin Relapsı Yönetme Deneyimleri ve Başa Çıkma Stratejileri

### 5.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireye Bakım Verme İle İlişkili Metaforlar

### 5.5. Bakım Verenlerin Eğitim Programı İle İlgili Önerileri

### 5.6. Bakım Verenlerin Kazanımları

---

### 5.1. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma Durumları

Bu çalışmada “bipolar bozukluğu olan bireylere ailede bakım verenler relapsı tanıma ve yönetmede yetersiz kalmaktadırlar” sayılısından yola çıkılarak bakım verenlerin relapsı tanıma durumları değerlendirilmiştir. Bakım verenlerin relapsı tanıma durumları eylem öncesi, sonrası ve izlem aşamalarına göre karşılaştırılmıştır. Eylem öncesi, bakım verenlerin çoğunlukla hastasının atak geçireceğini anladığı görülmüştür. Ancak bakım verenlerle yapılan görüşme kayıtlarının tamamı incelendiğinde özellikle daha önce deneyimlenen semptomların tanındığı, farklı semptomlar ortaya çıkarsa anlaşılamayabileceği ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgisinin sınırlı olduğu anlaşılmıştır.

Bu verilerden yola çıkılarak geliştirilen NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin ilk oturumunda, bakım verenin bipolar bozukluğu tanıyabilmesi (nedenleri, genetik boyutu, tedavi yöntemleri), manik ve depresif dönem belirtilerini öğrenmesi ve hastasının duygudurum değişimlerini izleyebilmesi hedeflenmiştir. NSM'ye

temellendirilmiş BVGP uygulandıktan sonra bakım verenlerin birinci oturumdaki hedefler doğrultusunda belirlenen bütün kazanımlara sahip oldukları saptanmıştır. BVGP uygulandıktan altı hafta sonra yapılan izlem görüşmelerinde de bu kazanımın devam ettiği görülmüştür. Bakım verenlerden BV3 ve BV4'ün bipolar bozukluk tanısı olanyakınları araştırma devam ederken relaps yaşamışlar ve bakım verenler uyarıcı belirtileri fark ederek yakınlarını hastaneye götürdüklerini belirtmişlerdir. Buna göre NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin birinci oturumunda belirlenen hedeflere ulaşıldığı ve NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin bakım verenlerin relapsı tanıma durumlarını geliştirdiği söylenebilir.

Çalışmalar incelendiğinde bakım verenlerin hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu nedenle relapsı tanıma ve yönetme konusunda güçlük yaşadığı görülmektedir. Bazı bakım verenler hastalığı, bipolar bozukluk tanısı konduğu anda öğrenirken, bazıları relapslar ortaya çıktığında hastalık ile aniden yüzleşerek öğrenmektedir (Dore ve Romans, 2001). Hastalığın dönemsel ve döngüsel değişken doğası gereği de hastalıkla ilgili bilgisi olmayan bakım verenler hazırlıksız yakalanmaktadır. Bu nedenle hastanın olduğu kadar bakım verenlerin de hastalık hakkında bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır. Nitekim Arguvanlı ve Taşçı'nın (2013) araştırmasında da bakım verenlerin bilgiye ve bakımda desteğe gereksinim duydukları ortaya çıkmıştır. Literatürde bakım verenlerin eğitimine yönelik yapılan randomize kontrollü çalışmaların sonuçlarına göre, psikoeğitim uygulanan bakım veren grubunun kontrol grubuna göre hem eğitim sonrasında hem de izlemlerde bipolar bozukluk hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu bulunmuştur (Reinares ve ark.,2004; Kolostoumpis ve ark., 2015). Bununla birlikte psikoeğitimin hem bakım verenler hem de hastalar için olumlu sonuçları olduğu da araştırmalarla ortaya konmuştur (Perlick ve ark.,2010; Jönsson ve ark., 2011). Dolayısıyla verilen bilginin unutulmadığı ve bakım verenler için destekleyici olduğu görülmektedir. Buna göre araştırmamızın bulgularının literatürle benzer olduğu söylenebilir.

## **5.2.Bakım Verenlerin Sağlık/İyilik Halinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar ve Bakım Verme Yükü Düzeyleri**

Bipolar bozukluğu olan bireye bakım verme, bakım veren için birçok konuda olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bipolar bozuklukta bakım verici olmanın, bakım veren için yük oluşturduğu birçok araştırmayla da ortaya konmuş durumdadır

(Ogilvie ve ark.,2005; Jönsson ve ark., 2011; Crandall ve ark., 2014; Vaingankar ve ark., 2017). NSM'ye göre insan fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerden oluşan bir bütündür. Bu beş değişkenin işlevi sistemin dengesine zamanında ulaşmak, sürdürmek ve korumaktır. Bu değişkenlerin her biri aynı zamanda bir stresör olabilir (Neuman, 1990).Bu çalışmada, NSM'ye göre sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan durumlar olarak tanımladığımız bakım veren deneyimlerinin, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verme nedeniyle yaşanan yükleri gösterdiği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, bakım verenlerin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel olmak üzere beş boyutta da çeşitli sorunlar yaşadığı ortaya çıkmıştır. NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi, sonrası ve izlem görüşmelerinin hepsinde, özellikle psikolojik ve spiritüel boyutta yaşanan sorunların daha çok ifade edildiği saptanmıştır.

Literatürde NSM kullanılarak yapılan araştırmalarda, NSM'nin özellikle stresörleri tanımlamada sık kullanıldığı görülmektedir (Coşan-Yılmaz, 2007; Yüksel, 2008; Uysal ve ark.,2009). Bu çalışmada da bakım verenlerin deneyimlerini (sorunlarını-stresörlerini) derinlemesine araştırma ve anlamlandırma adına NSM'nin açıklayıcı ve anlamayı kolaylaştırıcı olduğu söylenebilir.

Konuyla ilgili yapılan araştırmalardan Arguvanlı ve Taşçı'nın (2013) bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin bakım verenlerinin sorunlarını inceledikleri çalışmalarında, bakım verenlerin aile içi iletişimlerinin, sosyal ilişkilerinin ve ekonomik durumlarının etkilendiğini saptamışlardır. Ellouze ve arkadaşları (2011) araştırmalarında, bipolar bozukluk tanısı almış bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesini düşük bulmuşlardır. Gültekin ve arkadaşları (2014), bipolar hastaya bakım vermenin maddi sorunlar, damgalanma, güvenlik endişeleri, genetik risk gibi bakım veren için çeşitli olumsuzlukları olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan araştırmaların sonuçlarının, bu çalışmada ortaya çıkan bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan durumlarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi bakım verenlerin psikolojik ve spiritüel alanda birçok stresörden bahsettiği, eylem sonrası daha az stresörden bahsettiği ancak BVGP'den altı hafta sonra yapılan izlem görüşmelerinde stresörlerin yeniden artmaya başladığı dikkat çekmektedir. Özellikle izlem görüşmeleri öncesinde bazı hastaların atak yaşamasına bağlı bakım verenlerde yeniden psikolojik ve spiritüel



yüklenmenin arttığı görülmektedir. Bu sonuca göre NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin çoğunlukla psikolojik ve spiritüel değişkenleri hedef alan girişimlerinin, bakım vereni desteklemiş olmasına karşın, her yeni hastalık atağının bakım veren üzerindeki olumsuz etkilerinin tekrarlayabileceği anlaşılmaktadır. Bu bilgi NSM'de belirtilen insanın açık bir sistem olduğu görüşününü de desteklemektedir (Neuman, 2005).

Bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan durumlarıyla ilgili bireysel ifadelerinin yanı sıra BYÖ ile bakım verme yükü düzeyleri de değerlendirilmiştir. Her bir bakım verenin bireysel olarak algıladıkları bakım yükünün farklı olduğu görülmüştür. NSM'ye göre bakım yükü düzeylerinin, bakım verenlerin stresörlerden etkilenme derecelerini gösterdiği düşünülmektedir. NSM'ye temellendirilmiş BVGP sonrası, iki bakım verenin (BV1, BV4) bakım yükü düzeylerinde düşüş saptanırken, diğer iki bakım verenin (BV2, BV3) bakım yükü düzeylerinde artış görülmüştür. Bakım yükü düzeylerindeki düşüşün sebepleri üzerine düşündüğümüzde, bakım verenlerin öz bildirimlerinin bu durumu açıklayabileceği düşünülmektedir. Bakım verenlerin hepsi NSM'ye temellendirilmiş BVGP'den yararlandığını belirtmiştir. Ancak hastanın tekrar relaps yaşaması, hasta dışında başka aile üyelerine de bakıyor olma vb. nedenlerle algılanan bakım yükünün artabileceği ve sadece bipolar hastayla ilişkili olmadığı, algılanan bakım yükünü etkileyen başka faktörlerin de olduğu ortaya çıkmıştır.

Erten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına göre, araştırmaya katılan bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin bakım verenlerinde orta ve şiddetli yük saptanmıştır. Araştırmada bakım vermenin, hastalar iyileşme döneminde bile olsa önemli yük oluşturduğu belirtilmektedir. Dönemsel ve karma özellik, hızlı döngülülük, manik dönem sayısının artması gibi çeşitli faktörlerin bakım verenin yükünü artırdığı ifade edilmektedir. Perlick ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında bakım verenlerde orta ve şiddetli yük saptanmıştır. Yüksek düzeyde yük yaşadığı belirlenen bakım verenlerin bakım yükü düşük olanlara göre, daha çok fiziksel sağlık sorunları yaşadığı, sağlık hizmetlerini daha çok kullandığı ve daha az sosyal destekleri olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili başka bir kalitatif çalışmada da, bipolar bozukluğun hem hasta hem de bakım verenler için ağır bir hastalık olduğu belirtilmektedir (Peay ve ark.,2009).

Perlick ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, düşük yük düzeyinin bakım verenlerin hastanın değişen davranışlarını kontrol edebileceğine inanması ile, yüksek yük düzeyinin bakım verenlerin hastalığın şiddetini ve semptomların hastanın kontrolünde olmadığını fark etmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmamak daha az bakım yükü algılanmasına neden olmaktadır. Bu literatür bilgisi NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi, bakım verenlerden BV2'nin bakım yükü düzeyinin düşük olmasını açıklar niteliktedir. Nitekim BVGP'ye katılan bakım verenler arasında BV2, bakım yükü düzeyi en fazla yükselen kişidir. Konuyla ilgili literatür ve bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, bakım yükü düzeyinin zamana ve içinde bulunulan koşullara göre yorumlanması gerektiği düşünülmektedir.

### **5.3.Bakım Verenlerin Relapsı Yönetme Deneyimlerine Başa Çıkma Stratejileri**

Bipolar hastaya bakım verirken bakım verenin hastanın değişen davranışlarıyla nasıl başettiğini bilmenin, bakım verenin bu değişikliklere nasıl adapte olduğunun anlaşılmasında faydalı olduğu düşünülmektedir. Bu tez çalışmasında, NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi, sonrası ve izlem süreçlerinde yarı yapılandırılmış görüşmelerle bipolar hastaya bakım verenlerin relapsı yönetme deneyimleri araştırılmıştır. Görüşmeler incelendiğinde bakım verenlerin hastanın semptomları ile başetme davranışları saptanmıştır.

Araştırmada NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi, sonrası ve izlem sürecinde bakım verenlerin semptomlarla başetme davranışlarının(sosyal destek alma, konuşarak anlatmaya çalışma, profesyonel destek alma... vb.) daha çok problemi çözmeye yönelik-problem odaklı davranışlar olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi ağlama, boşanmayı düşünme, dua etme gibi duygu odaklı başetme yöntemleri de kullandıkları görülmektedir. NSM'ye temellendirilmiş BVGP sonrası ve izlem görüşmelerinde ise bakım verenlerin başetme davranışlarının büyük çoğunlukla problem odaklı baş etmeler olduğu saptanmıştır. NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesinden farklı olarak bakım verenlerin, hastasının durumunu kabullendiği ve zaman zaman hastayı kendi haline bırakarak baş etmeye çalıştığı ortaya çıkmıştır. Buna göre NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin ikinci ve üçüncü oturumundaki relapsı yönetme ile ilgili içeriğin, "Bakım verenin değişen davranışları konusunda hastayı suçlamaması gerektiğini, bu

davranışların hastalığa bağlı geliştiğini kavrar." şeklinde ifade edilen kazanımına hizmet ettiği söylenebilir. Bu da NSM'nin hemşirelik bakım uygulamalarında psikolojik ve spiritüel değişkenlere verdiği önemin, bakım sonuçlarına yansımaları olarak kabul edilebilir.

Elde edilen bulgular ve araştırma sürecindeki gözlemlerimize göre, bakım verenlerin hastanın artmış cinsel istek, para harcama vb. bazı semptomları hakkında bilgi sahibi olmanın, bu semptomları kontrol etme konusunda yeterli olmayabileceği anlaşılmaktadır. Ancak bakım verenlerin bu semptomları kontrol etmekte zorlanmasına karşın, hastasına destek olmaktan da vazgeçmediği görülmektedir. Yapılan görüşmelerde bunun nedeninin aile içi bağlılık ve sevgi ile ilgili olduğu anlaşılmıştır. Atak döneminde bakım verme ne kadar zor görünse de hasta ile bakım veren arasındaki duygusal bağın hasta için koruyucu rolü olduğu, bakım veren için hastanın davranışlarına karşı hoşgörü sebebi olduğu söylenebilir. Dolayısıyla BVGP'nin ikinci oturumundaki relapsı yönetme ile ilgili içeriğin, belirlenen kazanımlara özellikle "Bakım veren manik dönem belirtileri yaşayan hastaya yapılacak müdahaleler hakkında bilgi sahibi olur." şeklinde ifade edilen kazanımına hizmet etmesine karşın, hastanın artmış cinsel istek, para harcama vb. dirençli semptomlarını bazı bakım verenlerin kontrol etmesinde etkili olmadığı söylenebilir.

Bakım verenlerin hastanın semptomları ile başetme davranışları, yarı yapılandırılmış görüşmeler ile belirlenmesinin yanı sıra başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi amacıyla BSÖ uygulanmıştır. NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi ve sonrasında bütün bakım verenlerin problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma stratejilerinden en fazla "problem çözme" stratejisini kullandığı saptanmıştır. Buna göre bireylerin öz ifadeleri ile ölçek puanlarının da örtüştüğü görülmektedir.

Chakrabarti ve Gill (2002)'in çalışmasında bipolar hastaya bakım verenlerin daha çok problem odaklı başetme yöntemlerini kullandıkları, şizofren hastaya bakım verenlerin ise duygu odaklı başetme yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur. Sözü edilen çalışmada bu bulgunun, hastalığın bakım verende oluşturduğu yük ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Azman ve arkadaşlarının (2017) Malezya'da yaptıkları kalitatif araştırmada, ailede bakım verenlerin kullandıkları başetme yöntemleri; dini baş etme, duygusal baş etme, kabul etme, boş zaman etkinlikleri yapma ve hasta olan yakınlarının tedavi olması için geleneksel tedavi yöntemlerine başvurma olarak

bulunduğu belirtilmiştir. Almanya’da yapılmış başka bir araştırmada da yine psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaya bakım verenlerin en fazla problem odaklı başetme yöntemleri kullandıkları saptanmıştır (Bauerve ark.,2013).Farklı kültürler olmasına karşın, sözü edilen çalışmalarile bu araştırmanın başetme ile ilgili bulgularının benzer olması dikkat çekicidir.

NSM’ye göre normal savunma hattı, esnek savunma hattını etkileyen stresörlerin temel yapıyı koruyan direnç hatlarına geçişini engeller. Böylece bireyin stabilitesinin korunmasına yardımcı olur (Neuman ve Fawcett, 2005). Bakım verenlerin hastanın semptomlarını yönetme konusunda sergiledikleri başetme davranışlarının, insan metaparadigması kapsamında temel yapıyı koruyan normal savunma hattını oluşturduğu söylenebilir.

#### **5.4.Bipolar Bozukluk Tanısı Alan BireyeBakım Verme İle İlişkili Metaforlar**

Metaforların kişinin iç dünyasını, olaylara yüklediği anlamı ortaya çıkaran önemli araçlar olduğu düşünülmektedir. Çalışmada NSM’ye temellendirilmiş BVGP öncesi, sonrası ve izlem görüşmelerinde bakım verenlerin içinde buldukları durumu birşeye benzetmeleri istenmiş ve ürettikleri metaforlar incelenmiştir.

NSM’ye temellendirilmiş BVGP öncesi bakım verenlerin tamamının farklı metaforlar ürettiği, tek bir metafora bile ortaklaşma olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte olumsuz benzetmelerin (kabus, monotonlaşmış bir hayat, lanet, köle, güzel günlerin geriye gelmesini isteme) daha çok olduğu dikkat çekmektedir. Bu da bipolar bozuklukta bakım verici olmanın ne kadar zorlayıcı olduğunu göstermektedir. Diğer metaforlara baktığımızda bipolar bozukluğun biyolojik bir sorun olduğu, kader olduğu ve komediye benzetildiği görülmektedir. Bu benzetmeler bakım verenlerin hastalığa yükledikleri anlamı ve içinde buldukları durumu kabullenici tutumlarını ortaya koymaktadır. Buna göre her bir bakım verenin ürettiği metaforun farklı ve özgün oluşu, kendilerine uygulanacak hemşirelik bakımının da bireysel olması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, bu araştırmada yöntem olarak eylem araştırmasını ve kuram olarak da NSM’nin tercih edilmiş olmasının doğru bir karar olduğunu düşündürmektedir.

NSM’ye temellendirilmiş BVGP sonrası ve izlem görüşmelerinde bakım verenlerin ürettiği metaforların eylem öncesine göre değiştiği görülmektedir. Bazı bakım

verenlerin metafor üretmemesi de dikkat çeken bulgulardandır. Eylem sonrası ortaya çıkan bu değişikliklerin, bakım verenlerin tıbbi anlamda hastalığın ne olduğunu öğrenmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Eylem öncesi bakım verenlerin hastalıkla ilgili güvenilir, doğru bilgileri yokken ürettikleri metaforların genellikle olumsuz olmasının doğal olduğu düşünülmektedir.

NSM temelinde baktığımızda metaforların, temel yapıyı oluşturan spiritüel değişkenleri açıkça ortaya koymada faydalı olduğu görülmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireye bakım vermenin, bakım verenleri psikolojik ve spiritüel anlamda oldukça fazla etkilediği metaforlar aracılığıyla da gösterilmiştir. Dolayısıyla NSM'ye temellendirilmiş BVGP girişimlerinden spiritüel değişkenleri güçlendirmeye yönelik "Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyin bipolar hastaya bakım vermeye yüklediği anlamı değiştirmesine/gözden geçirmesine katkı sağlar." şeklinde belirtilen girişiminin etkili olduğu söylenebilir.

#### **5.5. Bakım Verenlerin Eğitim Programı İle İlgili Önerileri**

NSM'ye temellendirilmiş BVGP uygulanan bu çalışmada bakım verenlerin ihtiyaçlarına özgü bir eğitim programı geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda bakım verenlerinkendilerine yönelik uygulanacak eğitim programı ile ilgili önerileri, eğitim ihtiyaçları belirlenerek BVGP geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Buna göre bakım verenlerin eylem öncesi kendilerine uygulanacak eğitim programı ile ilgili önerileri hastalık, hastalığın tedavisi, genetik boyutu, beslenme, hastaya yaklaşım, ilaç dışı tedavi yöntemleri v.b. olarak belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenlerin bilgiye ve bakımda desteğe gereksinim duyduğu görülmektedir (Van der Voortve ark.,2007; Maglianove ark., 2009; Arguvanlı ve Taşçı, 2013). Buna göre literatürle benzer şekilde araştırmamızın sonuçları, araştırmamıza katılan bakım verenlerin de bipolar bozukluğu olan hastaya bakım verme ile ilgili bilgiye gereksinimleri olduğu gerçeğini ortaya koymuştur.

Bakım verenlerin BVGP sonrası ve izlem görüşmelerinde de eğitim ihtiyaçları sorgulanmıştır. BVGP uygulandıktan sonra ifade edilen ihtiyaçların değiştiği görülmüştür. Buna göre bakım verenlerden BV2 hariç diğerlerinin kendisi ile ilgili bir talepte bulunmadığı, hastası ile ilgili talepleri olduğu saptanmıştır. Hasta ile ilgili talepler: hastanın atak geliştiği anda vakit kaybetmeden doktoru ile görüşmesi ve doktor kontrolünde olması gerektiği, hastaya müdahale edilmesi gerektiğidir.

BV2'nin kendisi ile ilgili talebi ise "ortak sorunu olan başka bir aile ile tanışmaktır." Literatürde sosyal destek kaynaklarının bireylerin baş etmesini güçlendirdiğinden söz edilmektedir. Destek gruplarının mümkünse oluşturulması ve kullanılması tavsiye edilmektedir (Draine ve Solomon, 1995). BV2'nin bu talebinin bakım verenlerin sosyal destek ihtiyacını ortaya koyduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlara göre, NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin dört oturumunda yer alan hedef ve kazanımları kapsamında belirlenen girişimleri ile bakım verenlerin bipolar hastaya bakım verme ile ilgili temel eğitim gereksinimlerinin karşılandığı söylenebilir. NSM'ye göre ise bireye özgü sosyokültürel değişkenin desteklendiği söylenebilir.

Eşi bipolar bozukluk hastası olan bakım verenlerin bakım yükü ve başetme deneyimleri ile destek gereksinimlerinin araştırıldığı kalitatif bir çalışmada, araştırmaya katılan bakım veren eşler profesyonel girişimlerin hep hastaya yönelik yapıldığını, kendilerine yönelik girişimlerde bulunulmadığını ifade etmişlerdir. Araştırmada bakım veren eşlerden birçoğunun profesyonel desteğe ihtiyaç duyduğu ancak kendilerinin mevcut olanaklardan da haberdar olmadıkları belirtilmektedir (van der Voort ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda da araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenler, kendilerine yönelik bir müdahale düşünülmüş olmasından dolayı memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Van der Voort ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, bakım verenler profesyonel desteğin iki amaca hizmet etmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Birinci amaç, bakım verenlere verilecek desteğin bakım yükünü ve yalnızlık hissini azaltmak; ikinci amaç, bakım verenin içinde bulunduğu durumu doğru şekilde değerlendirmesini, kendini geri planda bırakma ile kendini gerçekleştirme arasında dengeyi yakalayabilmesini sağlamak ve etkili baş etmeyi teşvik etmek olarak ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda da bakım verenlerin, bipolar bozukluk tanısı olan yakınları ile ilgilenirken kendi ihtiyaçlarını geri planda bıraktıkları, planlanan müdahalenin hastaya değil kendilerine yönelik olacağı belirtildiğinde oldukça şaşırıkları gözlenmiştir. NSM'ye göre kişinin yaşına özgü ihtiyaçlarının karşılanması gelişimsel değişkenlerin güçlendirilmesi gerektiğinin, başetme becerilerinin geliştirilmesi ise kişinin psikolojik değişkenlerinin geliştirilmesi gerektiğinin göstergesidir (Neuman, 2005). Nitekim NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin "Bakım Vereninin Gücünü Destekleme" oturumunda belirlenen hedef ve girişimler ile BVGP'ye katılan bakım

verenlerin gelişimsel ve psikolojik değişkenleri güçlendirilmeye çalışılmıştır. Yapılan görüşmelere göre uygulanan hemşirelik girişimlerinin bu değişkenleri güçlendirdiği saptanmıştır.

#### **5.6.Bakım Verenlerin Kazanımları**

Araştırmaya dahil olan bakım verenlerden NSM'ye temellendirilmiş BVGP'ye katılanlar, program uygulandıktan sonra ve izlem görüşmelerinde, BVGP'den faydalandıklarına dair olumlu geribildirimlerde bulunmuşlardır. Program uygulandıktan sonra bakım verenlerde hastalığı anlama-tanıma, hastanın doktor kontrolünde olmasının önemini anlama, hastanın yaşamını düzenlemesine yardım etme gibi olumlu gelişmeler olmuştur. Bakım verenlerin tamamı olumlu geribildirimlerde bulunmuştur ancak özellikle BV2'deki olumlu gelişmeler çarpıcıdır. NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin programa katılan bütün bakım verenler için olumlu etkileri olduğu rahatlıkla söylenebilir. Bununla birlikte kendisinin öz bildirimlerine dayalı olarak BV2'nin, BVGP'den en çok yararlanan bakım veren olduğu düşünülmektedir.

Konuyla ilgili olarak incelenen çalışmalardan Jönsson ve arkadaşlarının (2011) bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin bakım verenlerine yönelik yaptıkları psikoeğitim müdahalesi sonrası, bakım verenler öğrendikleri bilgilerin kullanışlı olduğunu belirtmişlerdir. Perlick ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da psikoeğitim ve terapi içerikli aile odaklı bir girişim sonrası hem hastalarda hem de bakım verenlerde olumlu gelişmeler olduğu belirlenmiştir. Girişim sonrası bakım verenlerin depresif belirtilerinde azalma olduğu, başetme ve hastanın davranışlarını yönetme becerilerinin geliştiği saptanmıştır. Bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenlere yönelik yapılan psikoeğitim müdahalelerinin genel olarak etkili ve olumlu sonuçları olduğu araştırmalarla ortaya konmuştur. Dolayısıyla çalışmamızın bulgularının literatür bulguları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

NSM'ye temellendirilmiş BVGP aracılığıyla, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hatlarına müdahale eden, ikincil koruma düzeyinde hemşirelik müdahalesi yapılması planlanmıştır. NSM'ye temellendirilmiş BVGP öncesi, sonrası ve izlem süreçlerinde saptanan bakım verenlerin sağlık/iyilik halinin bozulmasına neden olan durumlarını ve kazanımlarını göz önünde aldığımızda, NSM'ye temellendirilmiş BVGP ile NSM'ye göre bakım verenlerin

savunma hatlarının güçlendirildiğini söyleyebiliriz (Şekil 4.1). Ancak, hastanın yaşayacağı her yeni atağın, konuyla ilgili ne kadar bilgili olursa olsun bakım vereni olumsuz etkileyeceği anlaşılmaktadır. Bu görüş NSM’de ifade edilen insanın çevresindeki stresörlerden etkilenen açık bir sistem olduğu (Neuman ve Fawcett, 2005) görüşü ile örtüşmektedir. Bütün bu sonuçlar “Bipolar bozukluğu olan bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesinde Neuman’ın Sistemler Modeli’ne temellendirilmiş “Bakım Verenleri Güçlendirme Programının” etkisi olumludur” sayıtlısını da doğrulamaktadır.

Literatür incelendiğinde, bipolar bozuklukta yapılan aile çalışmalarının etkisinin, genellikle hastaların relaps yaşama oranları, hastaneye yatış sayısı, serum lityum seviyesindeki değişim, ilaç tedavisine uyum vb. değişkenlere göre değerlendirildiği görülmektedir (Miklowitz ve ark., 2000, 2003a, 2003b, 2007; Reinares ve ark., 2008). Aile çalışmalarının aileler üzerindeki etkisini değerlendiren araştırmalar da ise, yapılan aile müdahalesi sonrası aile içindeki olumlu değişimlerin hastadaki olumlu gelişmelere bağlı oluşu düşünülmektedir (Simoneauve ark., 1999). Perlick ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, bipolar hastaların ailede birincil bakım verenlerine aile odaklı tedavi uygulanmış ve çalışmanın sonuçları, bakım verenlerin yük düzeyleri ve hastaların depresif belirtileri üzerinden incelenmiştir. Aynı çalışmada hastalar tedavi için uygun olmasalar bile bakım verenlerin aile müdahalelerinden yararlanabileceği belirtilmiştir.

Bu tez çalışmasında literatürden farklı olarak, bipolar bozukluk tanısı alan bireylere müdahale edilmemiş, bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin ailede bakım verenlerine müdahale edilmiştir. Araştırma sonuçları da yine bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin ailede bakım verenlerindeki değişim ve gelişmeler üzerinden incelenmiştir. Bu yönüyle araştırmanın özgün bir çalışma olduğunu düşünmekteyiz.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş "Bakım Verenleri Güçlendirme Programının" bipolar bozukluk tanısı almış bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda özetlenmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

- NSM, bipolar bozukluğu olan bireylere ailede bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme ile ilgili deneyimleri hakkında ayrıntılı veri toplamada oldukça kullanışlı ve açıklayıcı bir modeldir.
- Yöntem olarak tercih edilen eylem araştırması, bakım verenlerin içinde buldukları durumun ayrıntılı olarak incelenmesine ve gerçekte aile içinde neler yaşandığının anlaşılmasında etkili bir yöntemdir. Elde edilen nitel veriler nicel verilere derinlik, ayrıntı ve anlam kazandırmıştır.
- Bipolar bozukluğu olan bireylere ailede bakım verenler hastalık hakkında bilgileri olmadığı takdirde relapsı tanıma ve yönetmede yetersiz kalmaktadırlar.
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP, araştırmaya katılan bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetmesini geliştirmede etkili olmuş, bakım verenlerin farkındalıklarını artırmıştır.
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP araştırmaya katılan bakım verenlerin temel yapısını oluşturan savunma hatlarını güçlendirmiştir.
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP, bu araştırmaya katılan bakım verenlerin ihtiyaçlarından yola çıkılarak hazırlanmış olsa da, bipolar hastaya bakım verme ile ilişkili genel bilgiler içerdiğinden klinikte ve ayaktan takip edilen bipolar hastaların bakım verenlerine uygulanabilir niteliktedir.

### 6.2. Öneriler

#### Araştırmacılar için;

- Konuyla ilgili daha büyük örneklerde başka eylem araştırmalarının yapılması ve bakım verenlerin değişen ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeni eylem planlarının geliştirilmesi,

- Yapılacak benzer çalışmalarda bireysel psikoeğitimlerin yanı sıra ortak sorunu olan ailelerin tanışması ve deneyim paylaşabilmesi adına grup psikoeğitimlerinin de uygulanması,
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin, bakım verenler üzerine etkisi ile birlikte hasta ve aile içi süreçlerdeki değişim üzerine etkisini de değerlendiren çalışmaların yapılması önerilir.

#### **Uygulayıcılar için;**

- NSM'ye temellendirilmiş BVGP'yi hemşirelik alanında lisansüstü eğitim almış kişilerin uygulaması,
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin klinikte ve ayaktan takip edilen bipolar hastaların bakım verenlerine, bir psikiyatri hemşiresi gözetiminde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler tarafından uygulanması,
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin katılımcılar uygun olduğu takdirde grup psikoeğitimi şeklinde yapılması,
- NSM'ye temellendirilmiş BVGP'nin Türkiye'deki tüm psikiyatri kliniklerinde kullanılması önerilir.

## KAYNAKLAR

Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012; 25:330-337.

Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu K, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2012; 22(1):31-42.

Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W. et al. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2005; 14:68–76.

Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:189-191.

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

Aysan F. Başaçıkma stratejisi ölçeğinin Türkçe formunun oluşturulması. *Ege Eğitim Dergisi*. 2003; 3(1): 123-132.

Azman A, Jamir Singh PS, Sulaiman J. Caregiver coping with the mentally ill: a qualitative study. *Journal of Mental Health*. 2017; 26(2):98-103.

Bauer R, Sterzinger L, Koepke F, Spiessl H. Rewards of caregiving and coping strategies of caregivers of patients with mental illness. *Psychiatric Services*. 2013; 64(2): 185-188.

Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou GN, Dikeos D, Lerer B, ... & Mendlewicz, J. Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: A multicentric study. *Journal of Affective Disorder*. 2004; 79 (1):97–103.

Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord*. 2002;4:50-60.

Chang KH, Horrocks S Lived experiences of family caregivers of mentally ill. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 53(4):435-443.

Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60: 402-407.

Colom F, Vieta E. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı.Çev.Ed: Prof.Dr.Lut Tamam, Doç.Dr. Elvan Özalp. 1.Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara; 2012.

Coryell W, Solomon DA, Fiedorowicz JG, Endicott J, Schettler PJ, Judd LL. Anxiety and outcome in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2009; 166:1238-1243.

Coşan-Yılmaz M. Neuman ve Omaha hemşirelik sistem modellerinin bakımın sürekliliğinin sağlanmasında kullanımının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışman:Doç.Dr. Oya Nuran Emiroğlu )

Crandall EK, Ruggero CJ, Bain K, Kilmer J. Adjustment difficulties and caregiving burdens faced by college students with a parent with bipolar or depressive disorders. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2014; 28(1): 47-58.

Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*. 2000; 51(3):375-379.

Cutler CG. Self-care agency and symptom management in patients treated for mood disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2001; 15(1): 24–31.

Çoban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 4(2): 61-66.

Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*. 2001; 67:147-158.

Draine J, Solomon P. Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 1995; 46(11): 1156-1160.

Ellouze F, Ayedi S, Cherif W, Ben AT, M'rad MF. Spouses and bipolar disorder. *L'Encephale*. 2011; 37(1):41-47.

Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkcı N. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2014; 25: 114-123.

Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second edition. Philadelphia; FA Davis Company, 2005.

Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 2001; 14(4): 339-345.

Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*.1995; 152:1635-1640.

Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Bipolar Disorder in Turkey. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2014; 6(2): 199-209.

Hancı N. İki uçlu mizaç bozukluğu I hastası bakım veren yük düzeyinin, şizofreni hastası bakım veren yük düzeyiyle karşılaştırılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, 2014, Bursa (Danışman: Prof. Dr. Aslı Sarandöl)

Heru AM, Ryan CE, Vlastos K. Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004; 28(1): 67.

Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE , Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD. Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*.2003;64(1):53-9.

Işık E. Bipolar bozukluklar. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003. s: 467-627.

İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2008;11:4:85-95.

Jönsson PD, Skärsäter I, Wijk H, Danielson E. Experience of living with a family member with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011; 20: 29–37.

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser J....& Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60(3): 261-269.

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, ... & Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59(6):530-537.

Kafadar T. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım veren yakınlarında tükenmişlik sendromu ve sosyal işlevsellik düzeyleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014, Kırıkkale (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şadiye Visal Buturak)

Kaplan HI, Sadock BJ. *Klinik Psikiyatri*. Çev: Ercan Abay. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. 2004.

Kolostoumpis D, Bergiannaki JD, Peppou LE, Louki E, Fousketaki S, Patelakis A, Economou MP. Effectiveness of relatives' psychoeducation on family outcomes in bipolar disorder. *International Journal of Mental Health*. 2015; 44(4): 290-302.

Köroğlu E. *Boylam Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. HYB Basım Yayın. Ankara. 2009.

Küçüktüfekçi AH. Bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etmenler. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Özlem Devrim Balaban, Uzm. Dr. Nezih Eradamlar)

Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*. 2005;7(5): 431–440.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33:159-174.

Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rösler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbation schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2003; 18:285-289.

Loukissa DA. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21(2): 248–255.

Magliano L, Orrico A, Fiorillo A, et al. Family burden in bipolar disorders: results from the Italian Mood Disorders Study (IMDS). *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009; 18(2):137- 46.

Menezes SL, de Mello E Souza MC. The implications of a psychoeducation group on the everyday lives of individuals with bipolar affective disorder. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 46(1):124-31.

Michalak EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. does group psychoeducation have an impact? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50:95–100.

Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Quality of Life Research*. 2006; 15(1):25-37.

Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2003a; 60: 904-912.

Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar disorder: Results from a 9 month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 1340-1347.

Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, Sacher JA. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2003b; 64(2):182-191.

Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*. 2000; 48(6): 582-592.

Neuman B, Fawcett J. *The Neuman Systems Model*. Fifth Edition. USA: Pearson. 2011.

Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2005; 7(1):25-32.

Östman M, Kjellin L. Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181(6): 494–498.

Palys T. Purposive sampling. In L. M. Given (Ed.) *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. (Vol.2). Sage: Los Angeles, 2008. pp. 697-8.

Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4th ed.). London: SAGE Publishing. 2014.

Patton MQ. *How to use qualitative methods in evaluation*. (Second ed.). Newbury Park, California: Sage Publication. (Second ed.) 1987.

Peay HL, Hooker GW, Kassem L, Biesecker BB. Family risk and related education and counseling needs: perceptions of adults with bipolar disorder and siblings of adults with bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2009; 149(3): 364-371.

Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck R. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*. 1999; 175:56-62.

Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF et al. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disord*. 2005; 7:126–35.

Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010; 12: 627-637.



Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, ... & 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 Disorders*. 2007; 9(3): 262-273.

Pollack LE, Aponte M. Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting. *Psychiatric Quarterly*. 2001; 72(2):167-79.

Rea MM, Miklowitz DJ, Thompson MC et al. Family focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71: 482–492.

Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trail. *Bipolar Disord*. 2008; 10: 511-19.

Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*. 2004; 73: 312–9.

Reinares M, Vieta E. The burden on the family of bipolar patients. *Clin Approaches Bipolar Disord*. 2004; 3:17–23.

Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, . . . Sánchez-Moreno J. What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 94(1–3): 157–163.

Shon KH, Park SS. Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Med J*. 2002; 43(5):579-89.

Simoneau TL, Miklowitz DJ, Richards JA, Saleem R, George EL. Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999; 108(4):588.

Justo L, Soares BGD, O., & Calil H. Family interventions for bipolar disorder. *The Cochrane Library*. 2007.

Şahin E, İlnem C, Yıldırım EA, Güvenç C, Yener F. İki uçlu mizaç bozukluğu olgularında aile yüklenmesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*.2002; 15(4): 196-204.

Townsend MC. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-based Practice*. Fa Davis Co. 2008

Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. Neuman Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Çalışması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2009;12(3):74-81.

Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2002; 15(4): 221-228.

Vaingankar JA, Subramaniam M, Abdin E, He VY, Chong SA. How much can I take?: predictors of perceived burden for relatives of people with chronic illness. *Ann Acad Med Singapore*. 2017, 41(5):212-20.

Van Der Voort TY, Goosens PJ, Van Der Bijl JJ. Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009; 18 (6): 434–443.

Van Der Voort TYG, Goosens PJJ, Van Der Bijl JJ. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007; 14:679–687.

Varcarolis EM. *Bipolar Spectrum Disorders. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Second Edition*. China: Elsevier Saunders. 2013. pp: 277-297

Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Afşar Ofset, İstanbul, 1999.

Veltman A, Cameron JI, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190 ;108–114.

Videbeck SL. *Mood Disorders. Psychiatric Mental Health Nursing. Fifth Edition*. China: Wolters Kluwer. Lippincott Williams &Wilkins. 2011. pp:298- 315.

Yazıcı A. Şizofreni Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. Parem. Kutu Grafik. İstanbul. 2001.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (5. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2011.

Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut; psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2001; 14:33-40.

Yüksel TÇ. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Deneyimlerinin Betty Neuman'in Sistemler Modeli ile Değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fahriye Oflaz)

Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist. 1980; 20:649-55.

## EKLER

### Ek-1. Aydınlatılmış Onam Formu

**Çalışmanın Başlığı:** Neuman’ın Sistemler Modeli’ne Temellendirilmiş “*Bakım Verenleri Güçlendirme Programının*” Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verenlerin Relapsı Tanınması ve Yönetmesi Üzerine Etkisi

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Hemirelik Fakültesi’nde çalışan ve Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi olan Gülşah Acar’ın tez çalışması olarak yapılmaktadır. Çalışmanın amacı, bipolar bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerine uygulanacak olan “Bakım Verenleri Güçlendirme Programı” adındaki eğitim girişiminin, bakım verenlerin başa çıkma durumları, bakım yükü ile relapsı tanınması ve yönetmesi üzerine etkisini değerlendirmektir. Araştırma sırasında sizden hem yazılı hem de bireysel görüşme yoluyla bilgiler alınacaktır. Görüşme yoluyla alınan bilgiler ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir. Sizden alınacak olan tüm bilgiler bu bilimsel araştırmada veri olarak kullanılacak, üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmada hiçbir şekilde isminiz kayıt edilmeyecektir.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Tarih:.....

İmza:.....

## Ek-2. Sosyodemografik Form

1. Sizin yaşıınız :
2. Bakımını üstlendiğiniz yakınınızın yaşı :
3. Cinsiyetiniz ( )Kadın ( )Erkek
4. Bakımını üstlendiğiniz yakınınızın cinsiyeti ( )Kadın ( )Erkek
5. Eğitim durumunuz ( )Okur- yazar ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite
6. Bakımını üstlendiğiniz yakınınızın eğitim durumu ( )Okur- yazar ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite
7. Çalışma durumunuz ( )Çalışıyor ( )Çalışmıyor
8. Bakımını üstlendiğiniz yakınınızın çalışma durumu ( )Çalışıyor ( )Çalışmıyor
9. Medeni durumunuz ( )Bekar ( )Evli ( )Boşanmış ( )Ayrı yaşıyor
10. Bakımını üstlendiğiniz yakınınızın medeni durumu ( )Bekar ( )Evli ( )Boşanmış ( )Ayrı yaşıyor
11. Size göre ekonomik durumunuz ( )Yüksek ( )Orta ( )Düşük
12. Sosyal güvenceniz ( )Var ( )Yok
13. Bakımını üstlendiğiniz birey ile yakınlık durumunuz ( ) Annem ( )Babam ( )Kardeşim ( )Eşim ( )Diğer akraba
14. Bakımını üstlendiğiniz yakınınızın hangi hastalık dönemlerini yaşadınız? ( )Manik dönem ( )Depresif dönem ( )Hem manik hem depresif dönem
15. Şu an yakınınız hastalığının hangi döneminde? :
16. Yakınınızın hastalık süresi :
17. Kaç yıldır bu bireye bakım veriyorsunuz? :
18. Ailenizde bakmak zorunda olduğunuz başka birey/bireyler var mı? ( )Var ( )Yok  
Varsa kimlerdir belirtiniz?
19. Tıbbi teşhisi konulmuş fiziksel bir rahatsızlığınız var mı? ( )Var ( )Yok
20. Bakım vermek için kendinizi fiziksel olarak ne düzeyde hissediyorsunuz?
21. Tıbbi teşhisi konulmuş ruhsal bir rahatsızlığınız var mı? ( )Var ( )Yok
22. Ailenizde bakım verdiğiniz birey dışında Bipolar Bozukluk tanısı olan birey/bireyler var mı? ( )Var ( )Yok  
Varsa kimlerdir belirtiniz?
23. Bakım verirken sürekli ya da ara sıra da olsa destek aldığınız kişiler var mı? ( )Var ( )Yok

### Ek-3. Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma ve Yönetme Gereksinimlerini Belirleme Formu

#### Giriş

1.	Bakım verdiğiniz bireyin atak dönemlerinde hastalığının tekrar ettiğini ya da edeceğini anlayabiliyor musunuz?
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manik dönem ya da depresif dönem belirtilerini biliyor musunuz? Belirtiler nelerdir?</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atak olacağına dair önceden hastalık belirtilerini tanıyabiliyor musunuz?</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uyarıcı işaretleri tanıyor musunuz?</li></ul>

#### Gelişme

2.	Bakım verdiğiniz bireyin atak dönemlerindeki davranışlarını kontrol etme konusunda neler yaşıyorsunuz? Kontrol edebiliyor musunuz?
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manik/Depresif dönemdeki davranışları ile baş etmek için neler yapıyorsunuz?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Büyüklük düşünceleri ile başetme</li><li>○ Dikkat dağınıklığı ile başetme</li><li>○ Kontrolsüz davranış ile başetme</li><li>○ Öfke ile başetme</li><li>○ Artmış ya da azalmış konuşma ile başetme</li><li>○ Artmış ya da azalmış cinsel istek ile başetme</li><li>○ Artmış ya da azalmış yemek yeme ile başetme</li><li>○ Artmış ya da azalmış uyku ile başetme</li><li>○ Artmış para harcama davranışı ile başetme</li><li>○ İntihar düşünceleri ile başetme</li></ul></li></ul>
3.	Bakım verdiğiniz bireyin atak dönemlerindeki davranışlarını kontrol etme konusunda uygulanacak bir programda neler olursa size yardımcı olur?
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atak dönemlerindeki davranışlarını kontrol etme konusunda yeterli olup olmadığınızı hissetmeniz için</li><li>• Atak dönemlerindeki davranışlarını kontrol etme konusunda yaptıklarınızın işe yarayıp yaramadığını görmemiz için</li><li>• Size verilebilecek en acil destek ne olabilir?</li><li>• Sizi güçlendirecek en önemli yardım ne olabilir?</li></ul>

#### Sonuç

4.	Bakım verdiğiniz bireyin hastalığı nedeniyle bakım verme sorumluluğunu üstlenmiş biri olarak, içinde bulunduğunuz durumu bir şeye benzetseniz (canlı, eşya, makine ...) neye benzetirdiniz? Neden?
----	--

## Ek-4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

**Açıklama:** Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1.	Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
2.	Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
3.	Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
4.	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
5.	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
6.	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
7.	Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
8.	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
9.	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
10.	Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
11.	Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
12.	Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
13.	Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
14.	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
15.	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
16.	Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
<b>17.</b>	Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
<b>18.</b>	Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
<b>19.</b>	Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
<b>20.</b>	Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
<b>21.</b>	Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman
<b>22.</b>	Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
	0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Oldukça sık 4) Hemen her zaman



## Ek-5. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Açıklama: Bu çalışmada bireylerin yaşamlarında sorunlarla ve problemlerle nasıl başa çıktığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Aşağıda çeşitli başa çıkma yolları verilmiştir. Sizden bunları ne derece kullandığınızı belirtmeniz istenmektedir. Tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Geçtiğimiz altı aylık süre içerisinde karşılaştığımız bir problemi düşünmeye çalışın. Bu problemin sizin için önemli olup kaygılanmanıza neden olması gerekiyor. (Sevdiğiniz bir kişiyi kaybetmekten öğretmeninizin sizi uyarmasına kadar her şey olabilir, fakat bunun sizin için ÖNEMLİ olması gerekmektedir. Lütfen aşağıya bu probleminizi birkaç kelimeyle yazınız (unutmayın ki yanıtınız gizlilik ilkesine uygun olarak değerlendirilecektir):

Bu problemi aklınızda tutarak, nasıl başa çıktığınızı sizin için en uygun kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her bir maddeyi işaretleyiniz.

### O STRESLİ OLAYI AKLINIZDA BULUNDURARAK NE DERECEYE KADAR;

		3	2	1
1.	Duygularınızı bir arkadaşına açtınız?	Çok	Biraz	Hiç
2.	Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?	Çok	Biraz	Hiç
3.	Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?	Çok	Biraz	Hiç
4.	Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?	Çok	Biraz	Hiç
5.	Herhangi bir kimsenin size sempati ve anlayış göstermesini kabul ettiniz?	Çok	Biraz	Hiç
6.	Yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu başkalarının görmemesi için elinizden geleni yaptınız?	Çok	Biraz	Hiç
7.	Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz, çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?	Çok	Biraz	Hiç
8.	Durumla baş edebilmek için kendinize bazı amaçlar belirlediniz?	Çok	Biraz	Hiç
9.	Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız?	Çok	Biraz	Hiç
10.	Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?	Çok	Biraz	Hiç
11.	Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?	Çok	Biraz	Hiç
12.	Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya akrabamıza açtınız?	Çok	Biraz	Hiç
13.	Zamanınızı, her zamankinden çok, yalnız olarak geçirdiniz?	Çok	Biraz	Hiç
14.	Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için, (yaşadığınız) durumla ilgili olarak konuştunuz?	Çok	Biraz	Hiç
15.	Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?	Çok	Biraz	Hiç
16.	Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?	Çok	Biraz	Hiç
17.	Aklınızda bir eylem planı şekillendi?	Çok	Biraz	Hiç
18.	Her zamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?	Çok	Biraz	Hiç
19.	Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (Arkada/profesyonel bir kişi) gittiniz?	Çok	Biraz	Hiç

20.	Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?	Çok	Biraz	Hiç
21.	Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?	Çok	Biraz	Hiç
22.	Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemlerden kaçındınız?	Çok	Biraz	Hiç
23.	Problemlerle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?	Çok	Biraz	Hiç
24.	Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?	Çok	Biraz	Hiç
25.	Aynı problemi yaşamış olan arkadaşlarınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?	Çok	Biraz	Hiç
26.	Her zamankinden daha fazla uyudunuz?	Çok	Biraz	Hiç
27.	“Her şey daha farklı olabilirdi” diye hayal kurdunuz?	Çok	Biraz	Hiç
28.	Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurdunuz?	Çok	Biraz	Hiç
29.	Problemi çözmeye çalıştınız?	Çok	Biraz	Hiç
30.	İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?	Çok	Biraz	Hiç
31.	Arkadaşınız veya akrabanız size yardımcı oldu?	Çok	Biraz	Hiç
32.	Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?	Çok	Biraz	Hiç
33.	Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planladınız?	Çok	Biraz	Hiç

Teşekkürler...

**NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ  
BAKIM VERENLERİ GÜÇLENDİRME PROGRAMI'NIN  
OTURUM İÇERİKLERİ, KURAMSAL ve KAVRAMSAL TEMELLERİ**

**EK-6**

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM'ye Temellendirilmiş BVGP Oturum İçerikleri	NSM'ye Temellendirilmiş BVGP Kuramsal ve Kavramsal Temelleri
<p><b>1. Oturum (60 dakika)</b></p> <p><b>Bipolar Bozuklukta Relapsı Tanıma</b></p> <p><b>Hedefler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bakım verenin bipolar bozukluğu tanıyabilmesi (nedenleri, genetik boyutu, tedavi yöntemleri)</li> <li>✓ Bakım verenin manik dönem belirtilerini öğrenmesi</li> <li>✓ Bakım verenin depresif dönem belirtilerini öğrenmesi</li> <li>✓ Bakım verenin hastasının duygudurum değişimlerini izleyebilmesi</li> </ul> <p><b>Kazanımlar:</b></p> <p>Bakım veren;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bipolar bozukluk hakkında bilgi sahibi olur.</li> <li>- Bipolar bozukluğa özgü manik ve depresif dönemler konusunda farkındalık kazanır.</li> <li>- Bipolar bozuklukta yaşanan duygudurum değişimlerini tanıır.</li> <li>- Bipolar bozukluğun nedenleri konusunda bilgi sahibi olur.</li> <li>- Bipolar bozukluğun genetik aktarımı konusunda</li> </ul>	<p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakım verene hoş geldiniz der, eğitime katılmayı kabul ettiği için teşekkür eder ve kendini tanıtır.</li> <li>• Yapılacak eğitim programı hakkında bilgi verir.</li> <li>• Oturumun hedeflerinden bahseder ve oturum başlar.</li> </ul> <p>Hemşire <u>sosyokültürel değişkenler</u> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verenin hastalık hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayarak farkındalığını artırır.</li> </ul> <p>Hemşire <u>psikolojik değişkenler</u> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verenin değişen hasta davranışlarını anlamlandırmasına yardımcı olur.</li> <li>- Hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olan bakım verenin, değişen hasta davranışları karşısında hazırlıklı olmasına yardımcı olur.</li> <li>- Bakım verenin hastalık hakkındaki bilgi sahibi olmasını sağlayarak, ruhsal anlamda kendini iyi hissetmesine katkı sağlar.</li> <li>- Bakım vereni bipolar bozukluğun nedenleri konusunda</li> </ul>	<p>İnsan fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerden oluşan bir bütündür. Bu beş değişkenin işlevi sistemin dengesine zamanında ulaşmak, sürdürmek ve korumaktır. Bu değişkenlerin altındaki her faktör aynı zamanda bir stresör olabilir (Neuman, 1990).</p> <p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <u>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve spiritüel</u> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak, sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş BVGP, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hatlarına müdahale eden ikincil koruma düzeyinde bir hemşirelik müdahalesi olarak planlanmıştır.</p>

<p>bilgi sahibi olur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bipolar bozuklukta uygulanan tedaviler konusunda bilgi sahibi olur.</li> <li>- Hastalığın erken uyarıcı belirtileri hakkında bilgi sahibi olur.</li> </ul> <p><b>Öğretim yöntemi:</b> Sözlü Anlatım Slayt Gösterimi Soru - Cevap</p>	<p>bilgilendirir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verenin bipolar bozukluğun genetik aktarımını öğrenmesine yardımcı olur.</li> <li>- Bakım vereni bipolar bozuklukta uygulanan tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirir.</li> <li>- Bakım verenin bipolar bozukluğun genetik aktarımını öğrenmesine yardımcı olur.</li> <li>- Bakım vereni bipolar bozuklukta uygulanan tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirir.</li> <li>- Bakım verenin manik dönem belirtilerini öğrenmesine yardımcı olur.</li> <li>- Bakım verenin depresif dönem belirtilerini öğrenmesine yardımcı olur.</li> <li>- Bakım verenin hastalığın erken uyarıcı belirtilerini öğrenmesine yardımcı olur.</li> </ul> <p>Hemşire <b>spiritüel değişkenler</b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyin bipolar hastaya bakım vermeye yüklediği anlamı değiştirmesine/gözden geçirmesine katkı sağlar.</li> </ul> <p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oturumu kısaca özetler.</li> <li>• Eğitime katıldığı ve dinlediği için katılımcıya teşekkür eder.</li> <li>• Bir sonraki oturumun konusu ve zamanını hatırlatır.</li> <li>• Katılımcıyla vedalaşarak oturumu sonlandırır.</li> </ul>	<p>Neuman hemşireliği, bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (Neuman&amp;Fawcett, 2011).</p> <p><b>Sosyokültürel Değişken:</b> Sosyal ve kültürel durumların birleşimini ve birey üzerindeki etkilerini ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Toplumun ruh hastalığı olan bireyi kabul durumu (damgalanma), sosyal izolasyon, iş ve eğitim yaşantısındaki değişimler, sosyoekonomik durum, bipolar bozukluk tanısı olan bireylere bakım verenler için sosyokültürel değişkenler arasında sayılabilir.</p> <p><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</u>, damgalanma düşüncesi, hastalık hakkında bilgi eksikliği, sosyal ilişkilerinin etkilenmesi sosyokültürel değişkenler olarak belirlenmiştir.</p> <p><b>Psikolojik Değişken:</b> Mental süreçleri ve interaktif çevre etkilerini ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Bakım veren bireylerin ruhsal sağlığı, kayıp, suçluluk, anksiyete ve sosyal durumlardaki utanç ve tükenmişlik psikolojik değişkenler olarak değerlendirilebilir (Cuijpers&amp;Stam, 2000; Lauber, Eichenberger&amp;Luginbühl et al., 2003).</p> <p><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</u>, ruh sağlığının</p>
---	--	---

		<p>olumsuz etkilenmesi, eşine karşı kırgın olma, utanma, zorlanma, haksızlığa uğradığını düşünme, gebe kalamama endişesi, genetik kaygılar, küçük düşürülmüş hissetme, hastasının duygudurum değişimlerini deneyimlemiş olma, hastanın ailesinin hasta üzerinde olumsuz etkisinin olması, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması psikolojik değişkenler olarak belirlenmiştir.</p> <p><b><i>Spiritüel değişken:</i></b> İnanç, amaç ve anlam, affetme, din ve yaratıcılık gibi olguları ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bakım verdiği bireyin hastalığından dolayı kendini suçlama, hastalığın bir ceza ya da hediye olduğu veya katlanılması gereken bir durum olduğu düşünceleri spiritüel değişkenler arasında sayılabilir.</p> <p><u><i>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre,</i></u> kendini dadı olarak görme, hayatı monoton olarak olarak düşünme, hastalığı lanet olarak düşünme, içinde bulunduğu durumu komedi olarak düşünme, hastalığın fizyolojik bir sorun olduğunu düşünme, hastalığı kabus olarak değerlendirme, cezalandırıldığını düşünme, hak etmediğini / haksızlığa uğradığını düşünme kaderci düşünme spiritüel değişkenler olarak belirlenmiştir.</p>
--	--	---

<p><b>2. Oturum (60 dakika)</b></p> <p><b>Bipolar Bozuklukta Relapsı Yönetme (Manik Dönem)</b></p> <p><b>Hedefler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verenin manik dönem belirtileri yaşayan hastaya yapılacak müdahaleleri öğrenmesi</li> <li>- Bakım verenin tedaviye uyumun önemini bilmesi</li> </ul> <p><b>Kazanımlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım veren manik dönem belirtileri yaşayan hastaya yapılacak müdahaleler hakkında bilgi sahibi olur. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Çok konuşma ile başetme</li> <li>• Artmış-azalmış yemek yeme ile başetme</li> <li>• Artmış alışveriş yapma davranışı ile başetme</li> <li>• Enerji artışı- azlığı ile başetme</li> <li>• Öfke –saldırganlık ile başetme</li> <li>• Artmış-azalmış uyku ile başetme</li> <li>• Artmış cinsel dürtüler ile başetme</li> <li>• İntihar düşünceleri ile başetme</li> </ul> </li> <li>- Hastanın ilaçlarını düzenli alması konusunda dikkatli olur.</li> <li>- Bakım veren olarak hastanın bakımında etkili olabileceğini kavrar.</li> <li>- Değişen davranışları konusunda hastayı suçlamaması gerektiğini, bu davranışların</li> </ul>	<p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verene hoş geldiniz der.</li> <li>- Bir önceki oturumu kısaca özetler.</li> <li>- Oturumun hedeflerinden bahseder ve oturum başlar.</li> </ul> <p>Hemşire <b>psikolojik değişkenler</b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine uymanın önemini vurgular.</li> <li>- Bakım vereni manik dönem belirtileri ile başetme konusunda bilgilendirir.</li> <li>- Bakım verene, hastasının artmış enerjisini başka bir kanala (etkinliğe) yönlendirmesi gerektiği konusunda bilgilendirir.</li> <li>- Hastayı tek başına ya da yanında biriyle yapabileceği aktivitelerle yönlendirmesi konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastasının şiddet içeren davranışlarını fiziksel egzersize yönlendirmesi konusunda bakım vereni bilgilendirir. (Örn:yürüyüş yapma)</li> <li>- Hastanın az az ve sık sık beslenmesi gerektiği konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Manik dönemde hastanın sakin bir ortam içinde olmasının önemi konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Uyarınları azaltmanın önemi konusunda bakım vereni bilgilendirir. (Örn: gürültü, dağınıklık, kafein, sosyal toplantılar vb.)</li> <li>- Hastanın günlük yaşam rutinlerine uymasının önemi konusunda bakım vereni bilgilendirir. (Örn: Her gün aynı saatte uyuma ve uyanma vb.)</li> <li>- Hastanın sorularına kısa, sakin ve dürüst cevaplar vermesi konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hasta ile uzun konuşmalar ve tartışmalara girmemesi konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hasta tartışmaya başlamışsa kibarca konuyu değiştirmesi ya da konuşmayı ertelemesi gerektiği konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastaya karşı yaklaşım ve beklentilerde tutarlı olması konusunda</li> </ul>	<p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <u>fizyolojik, sosyo-kültürel ve spiritüel</u> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak, sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş BVGP, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hatlarına müdahale eden ikincil koruma düzeyinde bir hemşirelik müdahalesi olarak planlanmıştır.</p> <p>Neuman hemşireliğin bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görülür (Neuman&amp;Fawcett, 2011).</p> <p><b>Psikolojik Değişken:</b> Mental süreçleri ve interaktif çevre etkilerini ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Bakım veren bireylerin ruhsal sağlığı, kayıp, suçluluk, anksiyete ve sosyal durumlardaki utanç ve tükenmişlik psikolojik değişkenler olarak</p>
--	---	--

<p>hastalığa bağlı geliştiğini kavrar.</p> <p><b>Öğretim yöntemi:</b> Sözlü Anlatım Slayt Gösterimi</p> <p>Soru - Cevap</p>	<p>bakım vereni bilgilendirir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bipolar bozuklukta sınır konulabilecek riskli ve uygunsuz manik ya da hipomanik davranışlar (harcama çılgınlığı, uygunsuz cinsel davranış, dikkatsiz araç kullanma) konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın para harcama davranışını kontrol etmeye çalışması konusunda bakım vereni destekler.</li> <li>- Hasta mantıklı karar vermeye başlayana kadar değerli eşyalarını ya da kredi kartlarını güvenli bir yere saklaması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın kıyafetlerini seçmesine yardımcı olması konusunda bakım vereni destekler.</li> </ul> <p>Hemşire <b>spirüüel değişkenler</b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyin bipolar hastaya bakım vermeye yüklediği anlamı değiştirmesine/gözden geçirmesine katkı sağlar.</li> </ul> <p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oturumu kısaca özetler.</li> <li>• Eğitime katıldığı ve dinlediği için katılımcıya teşekkür eder.</li> <li>• Bir sonraki oturumun konusu ve zamanını hatırlatır.</li> <li>• Katılımcıyla vedalaşarak oturumu sonlandırır.</li> </ul>	<p>değerlendirilebilir (Cuijpers&amp;Stam, 2000; Lauber, Eichenberger&amp;Luginbühl et.al., 2003).</p> <p><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</u>, ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi, eşine karşı kırgın olma, utanma, zorlanma, haksızlığa uğradığını düşünme, gebe kalamama endişesi, genetik kaygılar, küçük düşürülmüş hissetme, hastasının duygudurum değişimlerini deneyimlemiş olma, hastanın ailesinin hasta üzerinde olumsuz etkisinin olması, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması psikolojik değişkenler olarak belirlenmiştir.</p> <p><b>Spiritüel değişken:</b> İnanç, amaç ve anlam, affetme, din ve yaratıcılık gibi olguları ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bakım verdiği bireyin hastalığından dolayı kendini suçlama, hastalığın bir ceza ya da hediye olduğu veya katlanılması gereken bir durum olduğu düşünceleri spiritüel değişkenler arasında sayılabilir.</p> <p><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</u>, kendini dadi olarak görme, hayatı monoton olarak düşünme, hastalığı lanet olarak düşünme, içinde bulunduğu durumu komedi olarak düşünme, hastalığın fizyolojik bir sorun olduğunu düşünme, hastalığı kabus olarak değerlendirme, cezalandırıldığını düşünme, haketmediğini / haksızlığa uğradığını düşünme kadercı düşünme spiritüel değişkenler olarak belirlenmiştir.</p>
---	---	--

<p><b>3. Oturum ( 60 dakika)</b> <b>Bipolar Bozuklukta Relapsı Yönetme (Depresif Dönem)</b></p> <p><b>Hedefler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verenin erken uyarıcı belirtileri tanıyabilmesi</li> <li>- Bakım verenin tedaviye uyumun önemini bilmesi</li> <li>- Bakım verenin depresif dönem belirtileri yaşayan hastaya yapılacak müdahaleleri öğrenmesi</li> </ul> <p><b>Kazanımlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım veren depresif dönem belirtileri yaşayan hastaya yapılacak müdahaleler hakkında bilgi sahibi olur. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artmış-azalmış yemek yeme ile başetme</li> <li>▪ Enerji azlığı ile başetme</li> <li>▪ Artmış-azalmış uyku ile başetme</li> <li>▪ İntihar düşünceleri ile başetme</li> <li>▪ Hastanın ilaçlarını düzenli alması konusunda dikkatli olur.</li> <li>▪ Bakım veren olarak hastanın bakımında etkili olabileceğini kavrar.</li> </ul> </li> <li>- Değişen davranışları konusunda hastayı suçlamaması gerektiğini, bu davranışların hastalığa bağlı geliştiğini kavrar.</li> </ul> <p><b>Öğretim yöntemi:</b> Sözlü Anlatım Slayt Gösterimi Soru - Cevap</p>	<p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verene hoş geldiniz der.</li> <li>- Bir önceki oturumu kısaca özetler.</li> <li>- Oturumun hedeflerinden bahseder ve oturum başlar.</li> </ul> <p>Hemşire <b>psikolojik değişkenler</b> alanında etkinliği artırmaya yönelik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine uymanın önemini vurgular.</li> <li>- Depresif dönem belirtileri ile başetme konusunda bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın günlük yaşam rutinlerine uymasının önemi konusunda bakım vereni bilgilendirir. (Örn: Her gün aynı saatte uyuma ve uyanma vb.)</li> <li>- Hastaya karşı yaklaşım ve beklentilerde tutarlı olması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın hijyenini sağlaması ve kıyafetlerini seçebilmesi için adım adım hatırlatmalar yapması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın ilaçlarını kendiliğinden bırakmaması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Depresif atak yaşayan hastayı konuşmaya zorlamaması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın intihar düşüncelerini konuşması için cesaretlendirmesi gerektiği konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın intihar düşünceleri olduğunda doktoruna bildirmesi ve gerekirse kurumsal yardım alması gerektiği konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Hastanın intihar etme riskine karşı bakım verenin farkında olmasını sağlar.</li> <li>- İntihar düşüncesi olduğunda hastayı yalnız bırakmaması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- İntihar etme aracı olarak kullanılabilir her türlü malzemeyi ortamdaki uzaklaştırması konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li> <li>- Depresif dönemde olan hastasına, onun yanında olduğu ve</li> </ul>	<p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <u>sosyo-kültürel ve spiritüel</u> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak, sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş BVGP, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hatlarına müdahale eden ikincil koruma düzeyinde bir hemşirelik müdahalesi olarak planlanmıştır.</p> <p>Neuman hemşireliğin bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (Neuman&amp;Fawcett, 2011).</p> <p><b>Psikolojik Değişken:</b> Mental süreçleri ve interaktif çevre etkilerini ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Bakım veren bireylerin ruhsal sağlığı, kayıp, suçluluk, anksiyete ve sosyal durumlardaki utanç ve tükenmişlik psikolojik değişkenler olarak değerlendirilebilir (Cuijpers&amp;Stam, 2000; Lauber, Eichenberger&amp;Luginbühl et.al., 2003).</p>
---	--	--



	<p>onunla ilgileneceği mesajını vermesi konusunda bakım vereni bilgilendirir.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hastası için küçük aktivite amaçları belirlemesi konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li><li>- Depresif semptomlar yaşayan hastasına karşı bakım verenin sabırlı ve sakin olması gerektiği konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li><li>- Hastanın küçük de olsa başarılarını farketmesini sağlama ve bu konuda hastasına olumlu geribildirim verme konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li><li>- Bakım verenin erken uyarıcı belirtileri öğrenmesine yardımcı olur.</li><li>- Uyarıcı belirtileri farkettiğinde ne yapması gerektiği konusunda bakım vereni bilgilendirir.</li></ul> <p>Hemşire <b><u>spiritüel değişkenler</u></b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyin bipolar hastaya bakım vermeye yüklediği anlamı değiştirmesine/gözden geçirmesine katkı sağlar.</li></ul> <p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oturumu kısaca özetler.</li><li>• Eğitime katıldığı ve dinlediği için katılımcıya teşekkür eder.</li><li>• Bir sonraki oturumun konusu ve zamanını hatırlatır.</li><li>• Katılımcıyla vedalaşarak oturumu sonlandırır.</li></ul>	<p><b><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre,</u></b> ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi, eşine karşı kırgın olma, utanma, zorlanma, haksızlığa uğradığını düşünme, gebe kalamama endişesi, genetik kaygılar, küçük düşürülmüş hissetme, hastasının duygudurum değişimlerini deneyimlemiş olma, hastanın ailesinin hasta üzerinde olumsuz etkisinin olması, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması psikolojik değişkenler olarak belirlenmiştir.</p> <p><b><u>Spiritüel değişken:</u></b> İnanç, amaç ve anlam, affetme, din ve yaratıcılık gibi olguları ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bakım verdiği bireyin hastalığından dolayı kendini suçlama, hastalığın bir ceza ya da hediye olduğu veya katlanılması gereken bir durum olduğu düşünceleri spiritüel değişkenler arasında sayılabilir.</p> <p><b><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre,</u></b> kendini dadi olarak görme, hayatı monoton olarak düşünme, hastalığı lanet olarak düşünme, içinde bulunduğu durumu komedi olarak düşünme, hastalığın fizyolojik bir sorun olduğunu düşünme, hastalığı kabus olarak değerlendirme, cezalandırıldığını düşünme, hakemediğini / haksızlığa uğradığını düşünme kadercı düşünme spiritüel değişkenler olarak belirlenmiştir.</p>
--	---	---

<p><b>4. Oturum (60 dakika)</b></p> <p><b>Bakım Verenin Gücünü Destekleme</b></p> <p><b>Hedefler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bakım verenin hastanın bakımını yönetebileceğine inanması</li> <li>- Bakım verenin bilgi sahibi olarak kendini güçlü hissetmesi</li> <li>- Bakım verenin yapılacak işleri öncelik sırasına koyabilmesi</li> <li>- Bakım verenin bazı bakım görevlerini paylaşması veya devretmesi</li> <li>- Bakım verenin yaşadığı yerde bulunan hizmet ve kuruluşları kullanması</li> <li>- Bakım verenin kendisini rahatlatan şeyler için zaman ayırması</li> <li>- Bakım verenin hastayla arada ilgilenebilecek başka birisini bulması</li> <li>- Bakım verenin kendi ihtiyaçları da olduğunu kabul etmesi</li> <li>- Bakım verenin hastasının iyi olduğu zamanları kendisi için önemli olan şeylere odaklanmak için kullanması</li> </ul>	<p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bakım verene hoş geldiniz der.</li> <li>✓ Oturumun hedeflerinden bahseder ve oturum başlar.</li> </ul> <p>Hemşire <b><u>fizyolojik değişkenler</u></b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bakım vereni enerjisini yeniden düzenlemesi konusunda bilgilendirir.</li> </ul> <p>Hemşire <b><u>gelişimsel değişkenler</u></b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bakım vereni kendi yaşına özgü ihtiyaçlarını farketmesi konusunda destekler.</li> </ul> <p>Hemşire <b><u>psikolojik değişkenler</u></b> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bakım vereni önceliklerini belirleme ve bu doğrultuda düzenli ve planlı olmanın önemi konusunda bilgilendirir</li> <li>✓ Bakım vereni hastasına sınırlar koyması ve bu sınırları koruması konusunda bilgilendirir. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para harcama</li> <li>○ Uygunsuz cinsel davranış</li> <li>○ Dikkatsiz araç kullanma (hız yapma)</li> </ul> </li> <li>✓ Bakım vereni gerçekçi olmayan düşüncelerini bırakması konusunda destekler. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Herşeyi düzeltebilirim.”</li> <li>○ “Asla öfkelenmem ve strese girmem.”</li> <li>○ “Yakınımın hastalığını iyileştirebilirim.”</li> <li>○ “Yakınımı her zaman mükemmel bir şekilde desteklerim- bakarım.”</li> </ul> </li> <li>✓ Bakım vereni gerçekçi olmayan düşüncelerinin yerine alternatif düşünce üretmesi konusunda destekler. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Her şeyi düzeltemem.”</li> </ul> </li> </ul>	<p>Bu oturumda NSM’ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <b><u>fizyolojik, psikolojik, gelişimsel ve spiritüel</u></b> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak, sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Bu çalışmada NSM’ye temellendirilmiş BVGP, bipolar bozukluğu olan bireye bakım verenleri bilgilendirme yoluyla direnç hatlarına müdahale eden ikincil koruma düzeyinde bir hemşirelik müdahalesi olarak planlanmıştır.</p> <p>Neuman hemşireliğin bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (Neuman&amp;Fawcett, 2011).</p> <p><b>Fizyolojik değişkenler:</b> Vücut yapısını ve fonksiyonlarını ifade eder. Bakım veren bireylerin fiziksel sağlıkları ile kendine bakım aktiviteleri fizyolojik değişkenler arasında değerlendirilebilir. <b><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</u></b>, bakım verenin tanılanmış bir hastalığının olması, cinsel yaşamın etkilenmesi, hastanın öz bakımına yardımcı olma, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması fizyolojik değişkenler olarak</p>
---	--	--

<p>- Bakım verenin, hastanın gerçekçi ve mantıklı olmayan beklentilerine hayır demeyi öğrenmesi</p> <p><b>Kazanımlar:</b></p> <p>- Bakım verme nedeniyle aksayan işleri, düzenli olarak ve öncelik sırası belirleyerek yapabileceğini farkeder.</p> <p>- Sağlığını korumak için kendisine de zaman ayırması gerektiğini fark eder.</p> <p>- Hastasıyla ilgili gerçekçi beklentiler geliştirir.</p> <p>- Hastasına sınır koymanın kendi ruh sağlığı üzerinde etkili olduğunu kavrar.</p> <p>- Bakım verme rolüyle ilgili gerçekçi olmayan düşüncelerinin kendi ruh sağlığını olumsuz etkilediğini farkeder.</p> <p>- Kendisini ruhsal anlamda iyi hissetmesinin hastasına da olumlu yansıtacağını anlar.</p> <p>- Kendi destek sistemlerini oluşturur.</p> <p>- Değiştirilemeyecek hasta davranışları ya da olaylar için kendini zorlamaması gerektiğini kavrar.</p> <p><b>Öğretim yöntemi:</b> Sözlü Anlatım Slayt Gösterimi Soru - Cevap</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Ben de öfkelenip, strese girebilirim.”</li> <li>○ “Yakınımın hastalığını ben tek başıma tedavi edemem.”</li> <li>○ “Yakınımla her zaman mükemmel şekilde ilgilenip destek olamayabilirim.”</li> </ul> <p>✓ Bakım vereni hastasına sınırlar koyması ve bu sınırları koruması konusunda bilgilendirir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para harcama</li> <li>○ Uygunsuz cinsel davranış</li> <li>○ Dikkatsiz araç kullanma (hız yapma)</li> </ul> <p>✓ Bakım vereni kendi destek sistemini geliştirmesi konusunda destekler.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arkadaşlarınız ve akrabalarınızla görüşün.</li> <li>○ Bölgenizde varsa akran destek gruplarına katılın.</li> <li>○ Bipolar yakını olan başka insanlarla tanışın.</li> </ul> <p>Hemşire;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Oturumu kısaca özetler.</li> <li>✓ Bakım verenden eğitimin başlangıcında ve sonunda nasıl hissettiklerine dair kendilerini değerlendirmelerini ister.</li> <li>✓ Bakım verenlere kendilerini güçlü hissettikleri yerleri sorar.</li> <li>✓ Bakım verenlere kendilerini güçsüz hissettikleri yerleri sorar ve uygun geribildirimlerle destekler.</li> <li>✓ Eğitime katıldığı ve dinlediği için bakım verene teşekkür eder.</li> <li>✓ Bakım verenle vedalaşarak oturumu sonlandırır.</li> </ul>	<p>belirlenmiştir.</p> <p><b>Psikolojik Değişken:</b> Mental süreçleri, interaktif çevre etkilerini ifade eder (Neuman&amp;Fawcett, 2011). Bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Bakım veren bireylerin ruhsal sağlığı, kayıp, suçluluk, anksiyete ve sosyal durumlardaki utanç ve tükenmişlik psikolojik değişkenler olarak değerlendirilebilir (Cuijpers&amp;Stam, 2000; Lauber, Eichenberger&amp;Luginbühl et al., 2003).</p> <p><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</u>, ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi, eşine karşı kırgın olma, utanma, zorlanma, haksızlığa uğradığını düşünme, gebe kalamama endişesi, genetik kaygılar, küçük düşürülmüş hissetme, hastasının duygudurum değişimlerini deneyimlemiş olma, hastanın ailesinin hasta üzerinde olumsuz etkisinin olması, hasta dışında bakım vermek zorunda olunan başka yakınların olması psikolojik değişkenler olarak belirlenmiştir.</p> <p><b>Gelişimsel Değişken:</b> Yaşa ilişkin gelişim süreçlerini ve aktivitelerini ifade eder (Neuman &amp; Fawcett, 2011). Bakım veren bireylerin yaşı (hasta bireyin ebeveyni, çocuğu ya da kardeşi vs. olma), eğitim düzeyi, başa çıkma becerilerinin yetersiz olması bakım verenler için gelişimsel değişkenler arasında değerlendirilebilir.</p> <p><u>Bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetme</u></p>
---	---	--

		<p><i>gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bireysel görüşme sonuçlarına göre</i>, problem çözme başetme yöntemini kullanma, , hastanın eşi, ebeveyni, kardeşi ve arkadaşı olma gelişimsel değişkenler olarak belirlenmiştir.</p>
--	--	---

## Ek-7. Etik Kurul İzni



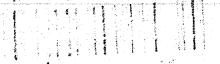
T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)



Sayı : 84768725/PER- (061-06)  
Konu : Tez Projesi

06.05.2014

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)



Hgb:22/04/2014 tarih ve 57830559/302.14-672 sayılı yazımız.

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi öğrencisi Gülsah ACAR'ın "Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Bakım Verileri Güçlendirme Programının Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verilerinin Relapsı Tanması ve Yönetmesi Üzerine Etkisi " konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmalarını Haziran 2014 tarihinden itibaren Hastanemiz Psikiyatri Servisi Duygu Durum Bozuklukları Polikliniğinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Ethem KAYUKCU  
Başhekim ar  
Başhekim Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059, Konyaaltı/ANTALYA Ayrıntılı bilgi için arıtabar ŞEHİA BARDAK  
Tel : (242) 249 62 90  
Faks : (242) 249 60 40  
e-posta: [hastanepersonel@akdeniz.edu.tr](mailto:hastanepersonel@akdeniz.edu.tr)

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/

2014

Konu:

## KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Bakım Verenleri Güçlendirme Programının Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verenlerin Relapsı Tanınması ve Yönetmesi Üzerine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 342	Tarih: 23.07.2014
	Sorumlu Araştırmacı Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU tarafından yürütülecek olan "Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Bakım Verenleri Güçlendirme Programının Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verenlerin Relapsı Tanınması ve Yönetmesi Üzerine Etkisi" adlı çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ  
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY  
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Bilge KARSLI  
Üye

Prof.Dr.Can CEMKOL  
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT  
Üye

Prof.Dr.Köksal KOCAAĞA  
Üye (İzinli)

Prof.Dr.Selahattin KÜMRU  
Üye

Doç.Dr. Yeşim SEWOL  
Üye

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN  
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Gülşim Özge BAYSAL  
Üye

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN  
Üye (İzinli)

Doç.Dr.Hasan MUTLU  
Üye

Turgut ALTUN  
Üye

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Gülşah	<b>Uyruğu</b>	T.C
<b>Soyadı</b>	ACAR	<b>Tel no</b>	0506 461 2333
<b>Doğum tarihi</b>	20.02.1986	<b>e-posta</b>	gulsahacar070@gmail.com

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lise</b>	Serik Anadolu Lisesi	2004
<b>Lisans</b>	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2008
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2011
<b>Doktora</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2017

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009-2017

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Sınav türü</b>	<b>Puanı</b>
İngilizce	YÖK-DİL	78.75

### Proje Deneyimi

<b>Proje Adı</b>	<b>Destekleyen kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Zor Hasta Algısı ve Zor Hasta ile İletişimlerinin Belirlenmesi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, Y.Lisans Tez Projesi, Araştırmacı, Proje Kodu: 2009.02.0122.007	2010-2011
Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, Araştırma Projesi, Araştırmacı, Proje Kodu: 2010.01.0122.002	2010-2012
Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Bakım Verenleri Güçlendirme Programının Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verenlerin Relapsı Tanınması Ve Yönetmesi Üzerine Etkisi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, Doktora Tez Projesi, Araştırmacı, Proje Kodu: TDK-2015-253	2015-2017

## **Burslar-Ödüller:**

- Buldukoğlu K., Karakaya D., Keser İ., Bademli K., Acar G, Kurşun M. , "Ebeveynde Ruhsal Hastalık: Onsuz Büyüme (I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü), Psikiyatri Hemşireleri Derneği ,Eylül 2011
- Buldukoğlu K., Karakaya D., Keser İ., Bademli K., Acar G, Kurşun M. "Ebeveynde Ruhsal Hastalık: Onsuz Büyüme "I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Prof.Dr. Perihan Velioglu Hemşirelik Fonu Teşvik Ödülü, Eylül 2011.

## **Yayınlar ve Bildiriler:**

### **1. Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler (SCI,SSCI,Arts and Humanities)**

- 1.1.**Acar G. Bademli K. Lök N. (2017). Medication Nonadherence in Chronic Mental Illness: Management Strategies.Psychiatry and Clinical Psychopharmacology Supplementary . VOL. 27, NO. S1, 47-84 <http://dx.doi.org/10.1080/24750573.2017.1308707> (poster presentation)
- 1.2.**Keser İ. Acar G. (2015). The Effect of Watching Movie in Being Get Communication Skills. European Psychiatry. Volume 30, Supplement 1, Page 1010 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31974-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31974-X)(poster presentation)

### **2. Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayımlanan makaleler**

- 2.1.**Acar G., Buldukoğlu K. (2016). Öğrencilerin Hastalarla İletişimde Karşılaştıkları Güçlükler ve Zor Hasta Algıları, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. Cilt 7. Sayı 1. Doi:10.5505/phd.2016.20592 (**ESCI**)
- 2.2.**Bademli K, Keser İ, Lök N, Acar G. Kaya K.A., Güvendiren H. ,Buldukoğlu K. (2016). Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19:1-9.
- 2.3.** Acar G., Buldukoğlu K.. (2014). "Bipolar Bozuklukta Psikoedütimin Relapslara Etkisi: Sistematik Bir Derleme", Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar – Current Approaches in Psychiatry, no.3, pp.310-329.
- 2.4.** Buldukoğlu K., Bademli K., Karakaya D., Acar G., Keser İ., "Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak ", Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar – Current Approaches in Psychiatry, vol.3, pp.683-703, 2011



- 2.5.Acar G. Demir A. Görmez D. Keser İ. (2015) Aile ve Çocuk Suçluluğu İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. Vol 1, No Suppl2. June.
- 2.6.Hallaç S.,Meydanlioğlu A., Karakaya D., Acar G., "Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, cilt.1, no.1, ss.30-43, 2014

### 3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- 3.1.Acar G. Bademli K. Lök N. (2017). Medication Nonadherence in Chronic Mental Illness: Management Strategies.9. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi ve 5. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Sempozyumu.26-30 Nisan 2017. Antalya.(Poster Bildiri)
- 3.2.Kaştan Ö. Acar G. (2017). Determination of Changes in the Brain in Bipolar Disorder by Imaging Methods and It's Reflection in Nursing Care.International Congress on Nursing. 16-18 Mart 2017. Antalya. (Tam metin –sözel bildiri)
- 3.3.Acar G. Keser İ. Ruh sağlığını koruma ve geliştirmede hemşirenin rolü. 1.Uluslararası Akademik Araştırmalar Kongresi. 03-05 Kasım 2016. (Tam Metin/sözlü bildiri)
- 3.4.Keser İ. Acar G. (2016). İletişim Becerisi geliştirmede kullanılabilecek yöntemler. 1.Uluslararası Akademik Araştırmalar Kongresi. 03-05 Kasım 2016. (Tam Metin/sözlü bildiri)
- 3.5.Keser İ, Acar G, The effect of watching movies on the communication skills of nursing students.23rd EuropeanCongress of Psychiatry, Viyana, AVUSTURYA, 28-31 Mart 2015. (Poster Bildiri)
- 3.6.Acar G. Demir A. Görmez D. Keser İ. (2015) Aile ve Çocuk Suçluluğu İlişkisi. Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi Kongresi. 11-13 Mayıs 2015, H.Ü. Kültür Merkezi, Ankara(Poster Bildiri)
- 3.7.Acar G., Buldukoğlu K., "Bir Olgu Temelinde Psikiyatrik Bakımda Peplau'nun "Kişilerarası İlişkiler Kuramı"nın Kullanımı", 2. Uluslararası 6. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi , TÜRKİYE, 4-7 Ekim 2012 (Poster Bildiri)
- 3.8.Acar G., Buldukoğlu K., "Psikiyatrik Hastalıklara "Erken Müdahale" Edilebilir Mi?", 2. Uluslararası 6. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, TÜRKİYE, 4-7 Ekim 2012 (Poster Bildiri)
- 3.9.Yedikardaşlar C., Lök N., Acar G., Buldukoğlu K., "Knowledge Development Process In Nursing", Quality Indicators of Nursing PhD Education: International Symposium, TÜRKİYE, 28-30 November 2012 (Poster Bildiri)
- 3.10. Buldukoğlu K., Karakaya D., Keser İ., Bademli K., Acar G., Kurşun M., "Ebeveynde Ruhsal Hastalık: Onsuz Büyümek", I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İSTANBUL, TÜRKİYE, 22-24 Eylül 2011 (Sözel Bildiri)

**3.11.** Hallaç S.,Meydanlioğlu A., Karakaya D., Acar G., "Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği. ", I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, TÜRKİYE, 22-24 Eylül 2011 (Poster Bildiri)

#### **4. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler**

**4.1.**Acar G. Buldukoğlu K. (2015). Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan tamamlayıcı uygulamalar. İntegratif Tıp Dergisi. 3(2): 92-93.

#### **5. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler**

**5.1.** Acar G, Buldukoğlu K, Bipolar Bozukluk Tedavisinde Kullanılan Tamamlayıcı Uygulamalar, 2.Ulusal İntegratif TıpKongresi, ANTALYA, TÜRKİYE, 13-15 Kasım 2015, ss.57-58

**5.2.**Keser İ, Acar G. Kurşun M. (2016). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin postpartum depresyonlu hastaya bakım vermede yaşadığı güçlükler.2.Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi. Antalya, TÜRKİYE, 25-26 Şubat 2016.

**5.3.**Acar G., Buldukoğlu K., "Bireyleri Anlamak: Ruhsal Hastalığa Kültürel Bakış", II. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi., ANTALYA, TÜRKİYE, 3-5 Haziran 2013

**5.4.**Keser İ., Acar G., "Kültür, Sanat Ve Ruh Sağlığı İlişkisi", II. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, ANTALYA,TÜRKİYE, 3-5 Haziran 2013

**5.5.**Terkeş N., Acar G., "Hemşirelikte Transkültürel İletişim, ", I. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Ve Ebelik Kongresi ,İZMİR, TÜRKİYE, 15-17 Eylül 2011

**5.6.**Buldukoğlu K., Bademli K., Karakaya D., Acar G., Keser İ., "Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynin Çocuğu Olmak: Bir Sistemantik Derleme", IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi , SAMSUN, TÜRKİYE, 24-26 Haziran 2010

**5.7.**Ayverdi D. , Acar G.,Özyazicioğlu N. , "Hemşirelik Ve Mobbing", 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İSTANBUL,TÜRKİYE, 25–27 Haziran 2008

**5.8.**Acar G., Ayverdi D. , Özyazicioğlu N. , Çinar H.G., "Öğrencilerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Belirlenmesi", 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İSTANBUL, TÜRKİYE, 25–27 Haziran 2008