

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI
DR-2025-0039

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN
BAKIM VERİCİLERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA
PROGRAMININ, BİLİŞSEL KONTROL VE ESNEKLİK,
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ve ÖZ ŞEFKAT ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖMER USLU
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hatice ÖNER

AYDIN-2025

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Ömer USLU tarafından hazırlanan “Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Bilişsel Kontrol ve Esneklik, Psikolojik İyi Oluş ve Öz Şefat Üzerine Etkisi ” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul

Tez Savunma Tarihi:
18/07/2025

Üye (T.D.) : (ünvan, adı soyadı) (üniversite) (imza) ...
Üye : (ünvan, adı soyadı) (üniversite) (imza) ...
Üye : (ünvan, adı soyadı) (üniversite) (imza) ...

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile daima bana destek olan, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca tecrübesi ile bana ışık tutan, katkılarıyla her zaman yol gösteren, öğrencisi olmaktan kıvanç duyduğum çok değerli danışmanım Doç.Dr. Hatice Öner'e derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim boyunca bilimsel bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana yol gösteren, desteğini daima hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Lisanüstü eğitim sürecimde tez danışmanım olan ve doktora eğitimi süresince desteğini her zaman hissettiğim, bu yolda akademik bilgi ve becerileri kazanmamı sağlayan, anlayışını ve güler yüzünü esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doktora tez çalışmam dahilinde uyguladığım bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının hazırlanma ve uygulanma sürecinde kıymetli görüş ve önerileri ile bana yol gösteren Doç. Dr. Aysel KARACA'ya, teşekkürlerimi sunarım.

Doktora tez dönemi çalışmalarımın tamamında her zaman desteklerini esirgemeyen ve tecrübesiyle çalışmama ışık tutan Doç. Dr. Songül KAMIŞLI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmaya katılan ve araştırmanın gerçekleştirilmesini sağlayan değerli katılımcılara; manevi destekleriyle doktora eğitimim boyunca da desteğini her zaman hissettiren, Dr. Eda Mert, Dr. Merve ŞAHİN ve Dr. Öğr. Üyesi Hava SALIK'a, sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Doktora eğitim boyunca gösterdikleri destek ile hep yanımda olan, kardeşlerim Tuba USLU, Ümit USLU, Bünyamin USLU ve Muammed USLU'ya, hayatım boyunca bana gösterdikleri sevgi ve duydukları güven ile yanımda olduklarını hissettiren annem Perizade USLU ve babam Mehmet Hanifi USLU'ya, en içten teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim boyunca gösterdiği destek , sabır ve anlayış ile yanımda olan, hayat arkadaşım Tuba Nur USLU'ya, hayatımın merkezinde olmasından gurur ve mutluluk duyduğum, güzel enerjisi ile motivasyon kaynağım olan biricik kızım Eylül Arin USLU'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ömer USLU

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.2.1. Nitel Bölümün Amacı	6
1.2.2. Nicel Bölümün amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Kronik Ruhsal Hastalıklar	7
2.2. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakımı	9
2.2.1. Bakım Verme Kavramı	9
2.2.2. Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlar	9
2.2.3. Bakım Vericilere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı	10
2.3. Stresle Başa Çıkma	12
2.3.1. Bakım Vericilerin Yaşadığı Stres ve Baş Etme	12
2.3.2. Stresle Baş Etmede Bedene Yönelik Teknikler	13
2.3.3. Stresle Baş Etmede Zihinsel Teknikler	14
2.3.4. Stresle Baş Etmede Davranışçı Yöntemler	15

2.4. Bilişsel Kontrol ve Esneklik	16
2.4.1 Tanımı.....	16
2.4.2. Bilişsel Esneklik Gelişimi ve Süreçleri	17
2.4.3. Bilişsel Esnekliğin Yararları.....	18
2.4.4. Bilişsel Kontrol ve Esneklik ile İlgili Yapılan Araştırmalar	18
2.5. İyi Oluş	20
2.5.1. Psikolojik İyi Oluş	20
2.5.2.1. Psikolojik İyi Oluşun Kuramsal Çerçevesi.....	21
2.5.2.2. Psikolojik İyi Oluşu Etkileyen Faktörler	22
2.6. Öz Şefkat	23
2.6.1. Öz Şefkatin Kavramsal Çerçevesi	24
2.6.1.1. Öz Sevecenlik	24
2.6.1.2. Ortak Paylaşım.....	25
2.6.1.3. Bilgece Farkındalık.....	25
2.7. Bilinçli Farkındalık.....	25
2.7.1. Bilinçli Farkındalığın Kuramsal Temelleri.....	28
2.7.1.1. Psikanalitik Yaklaşım	28
2.7.1.2. Gestalt Yaklaşımı.....	29
2.7.1.3. Varoluşçu Yaklaşım.....	30
2.7.1.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	31
2.7.2. Bilinçli Farkındalık Tutumları	31
2.7.2.1. Anda Kalma	32
2.7.2.2. Yargıların Farkında Olma.....	32
2.7.2.3. Sabır.....	32
2.7.2.4. Başlangıç Ruhu	33
2.7.2.5. Güven.....	33

2.7.2.6. Çabalamamak	33
2.7.2.7. Kabul.....	34
2.7.2.8. Akışına Bırakmak	34
2.7.3. Bilinçli Farkındalık Uygulamaları	35
2.7.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler	35
2.7.4.1. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)	36
2.7.4.2. Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT).....	36
2.7.4.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (BFTBT).....	37
2.7.4.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (BFTSAP).....	37
2.8. Bakım Vericilerde Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Kullanılması.....	38
2.9. Bakım Vericilere Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programında Hemşirenin Rolü	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. Araştırmanın Türü	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	44
3.3. Araştırmanın Zamanı	45
3.4. Nitel Bölümün Yöntemi	45
3.4.1. Nitel Araştırmanın Türü	45
3.4.2. Nitel Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	45
3.4.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	46
3.4.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	46
3.4.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	46
3.4.4. Nitel Veri Toplama Araçları	46
3.4.4.1. Tanıtıcı Bilgi formu	46
3.4.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	47
3.4.5. Nitel Araştırma Ön Uygulama.....	47

3.4.6. Nitel Bölümün İstatistiksel Analizi	48
3.4.7. İçerik Analizi	49
3.4.8. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği	50
3.5. Nicel Bölümün Yöntemi	52
3.5.1. Araştırmanın Türü	52
3.5.2. Nicel Bölümün Evren ve Örneklemi	52
3.5.3. Araştırmaya Alınma, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri	53
3.5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	53
3.5.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	54
3.5.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	54
3.5.4. Randomizasyon	54
3.5.5. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Hazırlanma Süreci	58
3.5.6. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Uygulama Süreci	60
3.5.7. Araştırmanın Değişkenleri	63
3.5.8. Nicel Veri Toplama Araçları	63
3.5.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	63
3.5.8.2. Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ)	63
3.5.8.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ)	64
3.5.8.4. Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu (ÖŞÖ-K)	64
3.5.9. Nicel Verilerinin Değerlendirilmesi ve Uygulanan İstatistiksel Analizler	65
3.5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	66
3.5.11. Araştırmanın Etik Yönü	66
4. BULGULAR	67
4.1. Nitel Bulgular	67
4.2. Nicel Bulgular	91
5. TARTIŞMA	102

5.1. Nitel Bölümün Tartışması.....	102
5.2. Nicel Bölümün Tartışma Kısım1.....	115
5.3. Çalışmada Karşılaşılan Güçlükler	122
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	124
6.1. Sonuçlar	124
6.2. Öneriler	125
KAYNAKLAR	127
EKLER	179
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	206
ÖZGEÇMİŞ	207

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği
APA	:American Psychiatric Association
BFTBT	:Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi
BFTSA	:Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma
BFTSAP	:Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı
BKEÖ	:Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği
DDT	:Diyalektik Davranışçı Terapi
DSM	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
KKT	:Kabul ve Kararlılık Terapisi
MBSR	:Farkındalık Temelli Stres Azaltma
ÖŞÖ-K	:Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu
PİOÖ	:Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
SPSS	:Statistical Package for Social Siences
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TRSP	:Türkiye Ruh Sağlığı Profili
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organisation

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Nitel yöntem akış planı	51
Şekil 2. Araştırmanın CONSORT akış şeması.....	56
Şekil 3. Hastalıkla ilgili bilgilerin teması	71
Şekil 4. Hastaya yönelik tutumlar teması	73
Şekil 5. Yaşanan zorluklar teması	76
Şekil 6. Baş etme davranışları teması.....	84
Şekil 7. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Kontrol alt boyutuna ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği	93
Şekil 8. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Esneklik alt boyutuna ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiki	95
Şekil 9. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğine ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği	97
Şekil 10. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' ne ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği	99
Şekil 11. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeğine ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği	101

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma modeli	52
Tablo 2. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının temel demografik özelliklerinin karşılaştırılması	57
Tablo 3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyoekonomik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması	58
Tablo 4. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına ilişkin uzman uyum istatistikleri.....	59
Tablo 5. Nitel araştırma bölümüne katılan bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri	68
Tablo 6. Bakım vericilerin görüşlerinden ortaya çıkan temalar.....	70
Tablo 7. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği (BKEÖ) kontrol boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	92
Tablo 8. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği (BKEÖ) esneklik boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırması	94
Tablo 9. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği (BKEÖ) toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	96
Tablo 10. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIO) toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	98
Tablo 11. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması	100

ÖZET

KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMININ, BİLİŞSEL KONTROL VE ESNEKLİK, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE ÖZ ŞEFKAT ÜZERİNE ETKİSİ

Uslu Ö. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Aydın, 2025.

Amaç: Bu araştırmada, toplum ruh sağlığı merkezinde kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat üzerine etkisinin incelemesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı karma yöntem desenlerinden, keşfedici sıralı desen kullanılmıştır. Araştırma Aydın iline Söke İlçesinde Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde, Aralık 2023–Şubat 2025 tarihleri arasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericileri ile yürütülmüştür. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının içeriğinin şekillendirilmesi için veriler nitel yöntemle maksimum çeşitlilik örnekleme ile belirlenen 20 primer bakım verici yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizi MAXQDA 2020 programı ile yapılmıştır. Nicel aşamanın örnekleme, randomizasyon yöntemi ile belirlenen 60 (Deney:30 ve Kontrol: 30) bakım vericiden oluşturulmuştur. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Kolmogorov Smirnov testi, Ki-kare Testi, Mann Whitney U testi, ANOVA testi, Friedman testi, Bonferroni tsti, Fisher Ki-kare Testi, bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın nitel aşamasında bakım vericilerle yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ışığında, “hastalıkla ilgili bilgilerin kaynağı”, “hastaya yönelik tutumlar”, “yaşanan zorluklar” “baş etme davranışları” olmak üzere dört tema belirlenmiştir. Nicel aşamada deney grubu bakım vericilerinin son test ve üçüncü ay izlem testi bilişsel kontrol

ve esneklik puan ortalamalarının, kontrol grubu bakım vericilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda yer alan bakım vericilerinin son test ve üçüncü ay izlem testi psikolojik iyi oluş puan ortalamalarının, kontrol grubu bakım vericilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubu bakım vericilerinin son test ve üçüncü ay izlem ölçümlerinde öz şefkat puan ortalamalarının, kontrol grubu bakım vericilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Bu araştırmada bakım vericilere uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının, bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik düzeylerini, psikolojik iyi oluş, öz şefkat düzeylerini arttırdığı görülmüştür. Toplum ruh sağlığı merkezleri başta olmak üzere, kamu ve özel sektöre bağlı tüm ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda, gerek bakım vericilere gerekse hastalara yönelik bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programları gibi bireylerin dayanıklılığını ve psikolojik iyi oluşlarını artıran farklı destek programlarının düzenli olarak uygulanması önerilir.

Anahtar kelimeler: Bilinçli farkındalık, Bakım vericiler, Bilişsel kontrol ve esneklik, Psikolojik iyi oluş, Öz şefkat

ABSTRACT

EFFECT OF A MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION PROGRAM FOR CAREGIVERS OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC MENTAL ILLNESS ON COGNITIVE CONTROL AND FLEXIBILITY , PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND SELF-COMPASSION

Uslu Ö. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Mental Health and Psychiatric Nursing, Doctorate Thesis, Aydın, 2024.

Objective: In this study, the effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction program administered to primary caregivers of individuals with chronic mental illnesses registered at a community mental health center were examined in terms of cognitive control and flexibility, psychological well-being, and self-compassion.

Material and Methods: The study employed a mixed methods design, combining both qualitative and quantitative research approaches, specifically utilizing an exploratory sequential design. The research was conducted with caregivers of individuals with chronic mental illnesses at the Community Mental Health Center of Fehime Faik Kocagöz State Hospital in Söke District, Aydın Province, between December 2023 and February 2025. To inform the development of the Mindfulness-Based Stress Reduction program, qualitative data were collected through face-to-face interviews with 20 primary caregivers, selected using maximum variation sampling. Content analysis was employed for the evaluation of the qualitative data, and the analysis was carried out using the MAXQDA 2020 software. The sample for the quantitative phase consisted of 60 caregivers (30 in the experimental group and 30 in the control group), selected through randomization. Data were collected using a Demographic Information Form, the Cognitive Control and Flexibility Questionnaire, the Psychological Well-Being Scale, and the Self-Compassion Scale–Short Form. In addition to descriptive statistics, the Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test, Mann-Whitney U test, ANOVA, Friedman test, Bonferroni test, Fisher’s exact Chi-square test, and independent samples t-test were used for data analysis.

Results: Based on the data obtained from interviews with caregivers during the qualitative phase of the study, four themes were identified: "sources of information about the illness," "attitudes toward the patient," "challenges experienced," and "coping behaviors". In the

quantitative phase, the mean scores of cognitive control and flexibility at the post-test and three-month follow-up of the experimental group caregivers were found to be statistically significantly higher compared to those of the control group caregivers ($p < 0.05$). Similarly, the mean psychological well-being scores of the experimental group caregivers at both the post-test and three-month follow-up were significantly higher than those of the control group ($p < 0.05$). Additionally, the mean self-compassion scores of the experimental group caregivers at the post-test and three-month follow-up were statistically significantly higher than those of the control group caregivers ($p < 0.05$).

Conclusion: This study demonstrated that the Mindfulness-Based Stress Reduction program administered to caregivers significantly enhanced their levels of cognitive control and flexibility, psychological well-being, and self-compassion. It is recommended that mental health institutions—especially community mental health centers, as well as public and private sector organizations providing mental health services—regularly implement resilience-building and psychological well-being support programs, such as mindfulness-based stress reduction, for both caregivers and patients.

Keywords: Mindfulness, Caregivers, Cognitive control and flexibility, Psychological well-being, Self-compassion

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik ruhsal hastalık, bireyde yalnızca şiddetli ruhsal belirtilerle değil, aynı zamanda temel yaşam becerilerindeki belirgin yetersizlikler ve kişisel, sosyal ve mesleki işlevsellikteki ciddi bozulmalarla da karakterize, edilen, uzun süre devam eden bir sağlık problemidir (Tel, 2023). Bu hastalıklar, bireylerin düşünme, planlama, sorun çözme, iş yapabilme, kendine yetme, toplumsallaşma ve uyum sağlama gibi becerilerinde kayıplara ve uzun süreli yeti yitimine neden olmaktadır (Schinnar ve diğerleri, 1990; WHO, 2001). Bununla birlikte, bireyin duygusal, düşünsel ve bilişsel işlevlerinde bozulmalara neden olarak hem sosyal ve ekonomik kayıplara, hem de toplumsal rollerin etkin şekilde sürdürülememesine yol açmaktadırlar (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları kronik ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır (Tel, 2023). Bir hastalığın kronikleşmesinde, en az iki yıl sürmesi ve bireyin günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal işlevselliğini ciddi şekilde olumsuz etkilemesi önemli bir belirleyicidir (Pitkänen ve Puolakka, 2013; Vigo ve diğerleri, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünya genelinde kronik ruhsal hastalıkların görülme sıklığı %18-36 arasında değişmekte olup, bu hastalıklar ölüme ve önemli yeti yitimine neden olan en yaygın on hastalıktan beş tanesini oluşturmaktadır (WHO, 2021). Ülkemizde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı, 2013 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında %18 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021 yılı verilerine göre ise Türkiye'de bu oranın %20 civarında olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2021).

Kronik bir ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğunda, hastalığın etkisiyle sosyal ilişkilerden uzaklaşma, aileyle birlikte evde daha fazla vakit geçirme görülmektedir. Hastalığa bağlı yeti ve işlevselliği bozulan bireylerin, bakım sorumluluğu genellikle aile üyelerine düşmektedir (Sabancıoğulları ve Pınar, 2020; Saunders, 2003; Schulze ve Rössler, 2006). Bakım verme süreci, hastanın fiziksel, psikolojik ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık bakımı ve sosyal hizmetlerin yönetilmesi, kişisel bakım ve ev işlerinin üstlenilmesi gibi faaliyetleri kapsamaktadır (Ak ve diğerleri, 2012; Sabancıoğulları ve Pınar, 2020). Bir yıldan uzun süredir hasta ile birlikte kalan ve günlük yaşam ihtiyaçları ile sağlık

bakımı konularında hastaya destek olan bir aile üyesi, bakım verici olarak tanımlanmaktadır (Sabancıoğulları ve Pınar, 2020; Walke ve diğerleri, 2018). Bakım vericiler; günlük bakım sağlama, ilaç takibi yapma, hastaneye götürme ve maddi gereksinimleri karşılama gibi temel görevleri üstlenirken, bu sorumluluklar fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan yük oluşturabilmektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013; Chadda, 2014; Sabancıoğulları ve Pınar, 2020). Yapılan araştırmalarda, bakım vericilerinin stres, anksiyete, suçluluk, çaresizlik, öfke ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşadığı belirlenmiştir (Arslantaş ve Adana, 2011; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Bakım verme sorumluluğu, bakım vericilerin stres düzeylerini artırarak ruhsal sorunlara yol açmakta ve bu durum, hem bakım vericinin sağlığını hem de hastanın tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Sabancıoğulları ve Pınar, 2020; Şengün ve Duman, 2013). Araştırmalara göre, bakım vericilerinin %86'sı stres yaşamakta ve bu durum, bakım sürecinin zorluklarını daha da artırmaktadır (Darlami ve diğerleri, 2015; Sabancıoğulları ve Pınar, 2020). Caqueo-Úrizar ve diğerleri (2014), bakım verenlerin, hastanın ihtiyaçlarını karşılarken kendi ihtiyaçlarını ihmal etmeleri ve yaşamdaki rollerini yerine getirememeleri nedeniyle stres düzeylerinin arttığını belirtmiştir.

Uzun süreli hasta bakımı üstlenen kişiler, sürekli stres, sosyal izolasyon ve fiziksel-psikolojik tükenmişlik gibi ciddi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (Mulud ve McCarthy, 2017; Liu ve diğerleri, 2020). Özellikle şizofreni gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerde, yüksek bakım yükü, destek eksikliğine bağlı iyilik hallerini olumsuz etkileyerek (Akbari ve diğerleri, 2018; Alzahrani ve diğerleri, 2017) dayanıklılıklarını azaltarak ruh sağlığını derin etkilemektedir (Shamsaei ve diğerleri, 2020). Tüm bunlar bireylerde stres deneyimi olarak yaşanmaktadır. Özellikle kronik ruhsal hastaya sahip olmak önemli bir stres nedeni olarak değerlendirilmektedir (Ata, 2014). Bu tür stresli yaşam olaylarının bireylerin zihinsel dayanıklılıkları üzerindeki yıpratıcı etkileri, başa çıkma becerilerini ve özellikle de bilişsel kontrol süreçlerini daha önemli hale getirmektedir.

Stresli durumlarla baş etmede, bilişsel kontrol, bireylerin odaklanmalarını sağlayarak olumsuz düşüncelerini yönetmelerine yardımcı olur (Morton ve diğerleri, 2011). Bilişsel kontrol, bireyin belirli bir hedefe odaklanıp, dikkatini dağılmadan ilgili bilgileri işleme yeteneği olarak tanımlanır (Badre, 2011). Bilişsel kontrol, stres etkilerini azaltarak, bireylerin çevresel taleplere daha uyumlu ve esnek davranabilmelerine ve böylece zihinsel dengeyi korumalarına yardımcı olur (Gabrys ve diğerleri, 2018). Bilişsel kontrol ve

esneklik, hedefe yönelik davranışları kolaylaştırmaktadır (Gabrys ve diğerleri, 2018). Yapılan çalışmalarda, bilişsel esnekliğin depresyon ve kaygı ile negatif, psikolojik iyi oluş ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Cardom, 2016; Fu ve Chow, 2017; Kato, 2012). Ayrıca, stres ile psikolojik iyi oluş arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Surachman ve Almeida, 2018). Bilişsel esneklikleri yüksek olan ve stresle etkili bir şekilde başa çıkan bireylerin, psikolojik iyi oluş düzeyleri de daha yüksek olacaktır (Aldwin ve Yancura, 2011). Özellikle bilişsel esneklik ve kontrolün geliştirilmesi, stresin olumsuz etkilerini hafifletmeye yardımcı olmakta ve bireylerin çevresel değişikliklere daha iyi uyum sağlamalarını, duygusal olarak öz düzenleme becerilerini artırmalarını desteklemektedir (Surachman ve Almeida, 2018). Bu bulgular, stresi yönetme becerisinin, psikolojik iyi oluşu artırmada önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir (Gabrys ve diğerleri, 2018). Psikolojik iyi oluş ve stres ile ilgili yapılan çalışmalar incelediğinde öz şefkat düzeyinin de stresle ters orantılı olduğu görülmektedir. Öz şefkat, bireylerin stresli durumlarla başa çıkarken kendilerine daha nazik yaklaşımlarını ve duygusal zorluklarla daha sağlıklı bir şekilde baş etmelerini sağlar. Bu da onların psikolojik iyi oluşlarını artırır (Conversano ve diğerleri, 2020; Hamed ve diğerleri, 2024; Hou ve diğerleri, 2013; Sirois ve diğerleri, 2015). Özellikle, öz şefkatin stresle başa çıkmada, kişilerin olumsuz düşüncelerini yeniden şekillendirmelerine, kendilerini suçlama ve sert eleştirilerden uzak durmalarına yardım ettiği ve böylece psikolojik dayanıklılığı artırdığı belirtilmiştir (Allen ve Leary, 2010; Gilbert ve Procter, 2006; Neff ve diğerleri, 2007). Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, bakım vericilerin bakım verme süreçlerinde işlevselliklerini sürdürmek için stresle yeterli baş etme stratejileri geliştiremedikleri görülmüştür (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011; Liu ve diğerleri, 2007). Stres, özellikle uzun süreli olduğunda, bakım vericilerin öz şefkat ve psikolojik iyi oluşlarını olumsuz etkileyerek daha fazla kaygı, depresyon ve diğer psikolojik sıkıntılarla karşı karşıya kalmalarına neden olur (Carver, 2011; Cohen ve diğerleri, 2012). Literatürde yer alan çalışmalar, bakım vericilerin uzun süren bakım süreci boyunca stresle etkili bir şekilde başa çıkmakta zorlandıklarını ve bu nedenle işlevselliklerini sürdürmede güçlük yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu zorlukları aşabilmek için, kısa süreli ve toplum ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde ailelere yönelik etkili destek programlarının geliştirilmesi gerekmektedir (Adeosun, 2013; Arslantaş ve diğerleri, 2009; Doğan ve diğerleri, 2002; Pilling ve diğerleri, 2002; Ukpong, 2012). Aileleri desteklemeye yönelik müdahalelerin, aile içindeki stresi azalttığı, iletişimi güçlendirdiği, ailenin refah düzeyini ve işlevselliğini artırdığı, hastalığın tekrar etme oranlarını düşürdüğü ve semptomların hafiflemesine yardımcı olduğu belirlenmiştir (Ata, 2014; Bademli ve

Çetinkaya Duman, 2013; Jewell, ve diğerleri, 2009; Lefley, 2010; Maldonado ve Urizar, 2007). Son yıllarda sıkça kullanılan psikososyal yaklaşımlardan biri olan bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, stresle baş etme becerilerini geliştirerek psikolojik iyileşme ve konfor düzeyini artırmaktadır. Bu nedenle, deneysel çalışmalarda giderek daha fazla tercih edilmektedir (Faustino ve diğerleri, 2020; Gu ve diğerleri, 2015; Kriakous ve diğerleri, 2021; Phan ve diğerleri, 2022). Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (BFTSAP) gibi müdahalelerin, kronik bel ağrısı, uykusuzluk, anksiyete, depresyon, hafıza ve bilişsel işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Hazlett-Stevens ve diğerleri, 2018). Literatür araştırmalarında, BFTSAP şizofreni hastalarında umut seviyelerini artırarak psikolojik iyilik hâlini desteklediğini, iyileşmeye katkı sağladığını ve negatif semptomları, odaklanma ile bellek sorunlarını iyileştirerek anhedoni, duygusal küntlük ve sosyal geri çekilme gibi belirtileri azalttığını göstermektedir (Kim ve diğerleri, 2021; Langer ve diğerleri, 2012; Özdemir ve Budak, 2022).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, meditasyonlar aracılığıyla bireylerde farkındalığı artırmayı amaçlayan grup temelli bir programdır (Kabat-Zinn, 1982). Bu program, fiziksel ve psikolojik yakınmaları olan bireylerde stres düzeyini azaltmayı amaçlayan, bilinçli farkındalığa dayalı bir yaklaşımdır. Başlangıçta yalnızca kronik ağrısı olan hastaların, ağrıyı algılama biçimlerine odaklanan bir program (Alagöz, 2022) olmasına rağmen, stres, zorlu yaşam olayları ve duygularla baş etme becerilerinin geliştirilmesinde de kullanılmıştır (Alagöz, 2022; Atalay, 2018). Bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, duygu düzenleme, stresle baş etme, depresyon belirtilerini hafifletme ve genel iyilik halini geliştirme amacıyla kullanılmaktadır (Alagöz, 2022; Kral ve diğerleri, 2018).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının bir boyutu olan bilinçli farkındalık meditasyonunun, tek başına stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Alagöz, 2022; Bamber ve Kraenzle Schneider, 2016; Eberth ve Sedlmeier, 2012). Bilinçli farkındalık, bireyin şimdiki zamana dikkatle ve açık bir şekilde katılma sürecidir. Farkındalıkla yapılan günlük yaşam aktiviteleri ile iyi olma durumu arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Alagöz, 2022; Killingsworth ve Gilbert, 2010). Program, stres altındaki bireylerin durumlara otomatik olarak tepki vermek yerine, bilinçli bir şekilde yanıt vermelerini amaçlamaktadır (Alagöz, 2022; Reibel ve McCown, 2019). Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı, geleneksel meditasyon pratiğinden farklı olarak, odaklanmış dikkati, bireyin kendisini ve olayları bilinçli bir şekilde gözlemlemesini ve nefes

meditasyonunu içermektedir. Programın temel amacı, bireylerin otomatik tepkilerini tanıyıp, işlevsiz olanları yargılamadan fark etmelerini sağlamaktır (Alagöz, 2022; Gotink ve diğerleri, 2016; Vibe ve diğerleri, 2017).

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı, hekim, hemşire ve psikolog gibi sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmaktadır. Hemşireler, stresle başa çıkma, empati ve duygusal dayanıklılık becerilerini geliştirmek amacıyla Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programını hasta ve hasta yakınlarına uygulamaktadır. Hemşireler, mesleki rollerini yerine getirirken hastalar, hasta yakınları ve çevreyle sürekli etkileşim içindedir. Hem hasta hem de hasta yakınlarıyla yoğun etkileşim, hemşirelerin yüksek bilinçli farkındalık düzeyine sahip olmalarını gerektirmektedir (Aşık ve Albayrak, 2021). Bilinçli farkındalık, bütüncül sağlığı geliştirmede teorik bilginin pratiğe dönüştürülmesine yardımcı olmakta ve hemşirelik hizmetlerinin niteliğini artırmaktadır (Kang ve diğerleri, 2009; Pipe ve diğerleri, 2009; Song, 2011; Yorulmaz, 2021). Psikiyatri hemşireleri, birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, ruhsal bozuklukları önleme ve mevcut bozuklukları tedavi etme amacıyla çeşitli müdahalelerde bulunur (Kum, 1996; Pektaş ve diğerleri, 2006). Ruhsal hastalıkların önlenmesi ve ruh sağlığının iyileştirilmesi, psikiyatri hemşirelerinin temel odak noktalarından biridir (Terakye ve Oflaz, 2007). Bu nedenle, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerine uygulanan BFSTAP' nın, bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik düzeylerini artırarak stresle baş etme becerilerini güçlendirmelerine, psikolojik iyi oluşlarını desteklemelerine ve kendilerine karşı daha şefkatli bir tutum geliştirmelerine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerine yönelik bilinçli farkındalık temelli programların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür (Boğahan, 2023; Kahya, 2024). Oysa bu tür destek programları, hasta ve yakınlarına çok yönlü yararlar sağlayabilir, gerek hastaların iyileşme sürecine, gerekse bakım vericilerin psikolojik iyi oluşuna katkı verebilir. Tüm bu gerekçeler ışığında, bu çalışma, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamının genişletilmesine ve alanyazınaönemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

1.2.1. Nitel Bölümün Amacı

Araştırmanın nitel bölümünün amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) kayıtlı kronik ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin duygularını ifade etme biçimlerini, karşılaştıkları zorlu yaşam deneyimlerini ve bu durumlar karşısında verdikleri tepkileri derinlemesine incelemektir. Ayrıca bu görüşmelerden elde edilen nitel veriler doğrultusunda, BFTSAP'nın içeriğinin yapılandırılması hedeflenmiştir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Bakım vericilerin deneyimlediği stresli durumlar nelerdir?
2. Stresli durumlara verdikleri tepkiler nelerdir?
3. Stresli deneyimlere karşı nasıl baş etmektedirler?

1.2.2. Nicel Bölümün amacı

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat düzeylerine olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1, H₀: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde anlamlı farklılık yoktur.

Hipotez 2, H₁: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 3, H₀: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde anlamlı farklılık yoktur.

Hipotez 4, H₁: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 5, H₀: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde anlamlı farklılık yoktur.

Hipotez 6, H₁: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde anlamlı farklılık vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Ruhsal Hastalıklar

DSÖ, ruh sağlığını, bireyin sahip olduğu becerilerin farkında olması, yaşadığı stresle başa çıkabilmesi, üretken ve verimli bir şekilde çalışabilmesi ve bulunduğu topluma fayda sağlayabilmesiyle tanımlamaktadır (Doğan, 2023; Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2020; WHO, 2001). Ruh sağlığı, sadece ruhsal hastalıkların olmaması değil, aynı zamanda bireyin duygusal ve psikolojik dengesini koruyarak sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesidir (Babacan, 2023; Ghebreyesus, 2019). Ruhsal hastalıklar genellikle bireyin sahip olduğu rol ve işlevleri yerine getirmesini zorlaştırır, duygu, düşünce ve iletişim becerilerini etkileyerek yeti yitimine neden olabilir (Babacan, 2023; WHO, 2022). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde duygu, düşünce ve davranışlarda tutarsızlık, yetersizlik, aşırılık ve uygunsuzluk gibi belirtiler görülmektedir. Bu tür durumlar zaman zaman her bireyde görülebilir. Ancak ruhsal bir hastalık olarak kabul edilmesi için bu belirtilerin sürekli ve tekrarlayıcı olması, bireyin topluma uyumunu bozması ve verimli çalışmasını olumsuz etkilemesi gerekmektedir (Babacan, 2023; Orak, 2016). Bu özelliklere sahip bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarının ruhsal hastalık olarak tanımlanabilmesi, farklı değişkenler dikkate alınarak değerlendirilir. Bunlar, problemin şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, kültürel faktörler, kişilik gelişimi, bireyin gerçeklik algısı ve psikolojik dengesini etkileyip etkilemediği gibi unsurlardır (Bilge, 2006; Doğan, 2023).

Ruhsal hastalık tanısı almak, travmatik yaşam olayları arasında değerlendirilmektedir. Bu durum, ruhsal hastalıkların bireyde psikolojik sıkıntılara yol açması, bireyin hastalık karşısında denetim gücünü kaybetmesi ve uzun süreli sorunlar doğurması gibi özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerle birey, yaşadığı sorunlar karşısında güçsüzlük, yalnızlık, korku, anksiyete ve sosyal izolasyon hissedebilir; ayrıca benlik saygısında düşüş ve yorgunluk gibi fizyolojik tepkilerle de karşılaşabilir (Arslan ve Buldukoğlu, 2018; Özbey, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her sekiz kişiden biri yaşamında bir ruhsal hastalıkla karşılaşmaktadır (WHO, 2022). Türkiye'de ruhsal hastalık oranı nüfusun %18'ini bulurken, çocuk ve ergenlerde bu oran %11'e kadar yükselmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu bulgular, ruhsal hastalıkların hem dünya genelinde hem de ülkemizde yaygın olduğunu

göstermektedir (Çalışkan, 2019; Özbey, 2023). Bazı ruhsal hastalıklar, tedaviye rağmen kronikleşebilir ve bireylerin yaşamlarını uzun süreli olarak etkileyebilir. Bu hastalıklar, sadece bireyin psikolojik sağlığını değil, sosyal ve ekonomik yaşamını da ciddi şekilde olumsuz etkileyerek, birey ve toplumsal düzeyde yük haline gelebilir.

Kronik ruhsal hastalık, kişinin temel yaşam becerilerinde belirgin aksamalara yol açan, kişisel, sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi bozulmalara neden olan uzun süreli bir sağlık sorunudur. Kronik ruhsal hastalık, bireylerde temel yaşam becerilerinde kayıplara ve zamanla işlevselliklerini tamamen yitirmelerine neden olmaktadır (Schinnar ve diğerleri, 1990; Tel, 2023; WHO, 2001). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), kronik ruhsal hastalığı bir veya birden fazla temel yaşam aktivitesini önemli ölçüde engelleyen veya kısıtlayan ciddi işlevsel bozulmayla sonuçlanan bir zihinsel, davranışsal ve duygusal bozukluk olarak nitelendirmektedir (APA, 2022).

Kronik ruhsal hastalıklar; psikotik bozukluklar, şizofreni, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluklarını kapsamaktadır. Bir ruhsal hastalığın kronik olarak kabul edilebilmesi için hastalık sürecinin en az iki yıl devam etmesi ve bireyin günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal işlevselliğinde bozulmaya yol açması gerekmektedir (Ergün, 2023; Kaya, 2013; Pitkänen ve Puolakka 2013; Velentza, 2016; Vigo ve diğerleri, 2016; Tel, 2023).

1998 yılında yayımlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili-1 araştırmasında, 18 yaş ve üzeri bireylerde ruhsal hastalık sıklığı %17,2 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, madde kullanımı bozuklukları hariç tutulduğunda, ruhsal hastalıkların kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Erol ve diğerleri, 1998). 2014 yılına ait Türkiye’de yapılan ulusal hastalık yükü çalışmalarına göre, ruhsal hastalıklar %19 oranıyla kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). 2020 yılında yayımlanan Türkiye Psikiyatri Derneği’nin 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili (TRSP)' raporu, ruhsal hastalıkların yaygınlık oranları ve risk faktörleri üzerine kapsamlı veriler sunarak depresyonun toplumda büyük bir sağlık sorunu teşkil ettiğini ve tedaviye erişimin artırılması gerektiğini vurgulamıştır (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2020). Türkiye İstatistik Kurumu’nun Türkiye Sağlık Araştırmasına göre (2019), bireylerin son 12 ay içinde yaşadığı sağlık problemleri arasında depresyon, %9 oranıyla üçüncü sırada yer almıştır. Depresyonun kadınlarda %12,2, erkeklerde ise %5,7 oranında görüldüğü ve bu oranların 2016 yılına kıyasla %25 arttığı belirtilmiştir (TÜİK, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2021), kronik ruhsal hastalıkların görülme oranının %18-36 arasında değiştiğini ve bu hastalıkların, yeti

yitimi ve ölüme neden olan en yaygın 10 hastalıktan beşini kapsadığını bildirmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu yaşam memnuniyeti araştırmasına göre (2021), bireylerin %10,2'si depresyon tanısı aldığı belirtilmiştir. Yapılan araştırmalar, kronik ruhsal hastalıkların yükünün önümüzdeki yıllarda artacağı ve bu hastalıkların küresel ölçekte önemli bir sağlık sorunu olmaya devam edeceğini belirtmektedir (Pitkänen ve Puolakka, 2013; Tel, 2023).

2.2. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakımı

2.2.1. Bakım Verme Kavramı

Bakım verme kavramı, hastalık veya sakatlık nedeniyle öz bakımını yerine getiremeyen bireylere, örneğin yaşlılara ve çocuklara, bakım sunan kişileri ifade eder. Bu kişiler yalnızca fiziksel değil, duygusal, sosyal ve maddi destek de sağlar; ayrıca tedavi süreçlerini takip eder ve günlük aktivitelere yardımcı olurlar (Chadda, 2014; Gemicioğlu, 2024). Bakım, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler ve diyetisyenler gibi profesyoneller tarafından, hem formal hem de informal yollarla, hastaneler, evler ya da bakım kurumlarında gerçekleştirilir. Bu kişiler zaman zaman maddi karşılık almadan, gönüllü olarak bakım sağlayabilirler (Erkuş, 2022; Gel ve Kesgin, 2017).

Birincil bakım verici terimi, genellikle aile üyelerinden oluşan ve hastanın günlük yaşam aktivitelerinde en fazla desteği sağlayan kişileri tanımlar. Bu kişiler, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynar (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013; Erkuş, 2022; Hsiao ve diğerleri, 2020; Jeyagurunathan ve diğerleri, 2017). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde bakım verici rolünü çoğunlukla ebeveynler, eşler veya birinci dereceden diğer akrabalar üstlenir (Gemicioğlu, 2024; Jeyagurunathan ve diğerleri, 2017; Yu ve diğerleri, 2018).

2.2.2. Bakım Vericilerin Yaşadıkları Sorunlar

Bakım vericilerin karşılaştığı sorunlar yalnızca fiziksel boyutlarla sınırlı değildir; psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklarla da mücadele etmektedirler. Uzun süreli bakım verme süreci, bakım vericilerin psikolojik stresini artırmanın yanı sıra sosyal izolasyon, finansal baskılar ve fiziksel yorgunluk gibi zorluklara da neden olmaktadır. Bu karmaşık sorunlar, bakım vericilerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Doğan, 2023). Bakım vericilerde sıklıkla stres, anksiyete ve depresyon

gibi psikolojik sorunlar görülmektedir (Al Maqbali ve diğerleri, 2025). Bu sorunlar, duygusal sağlıklarını olumsuz etkilemenin yanı sıra kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi fiziksel sağlık sorunlarının da ortaya çıkmasına da neden olabilir (McEwen, 2019). Uzun süreli stres, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi kardiyovasküler sorunların riskini artırmaktadır (Pinquart ve Sörensen, 2007). Araştırmalar, bakım vericilerin stres, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarıyla başa çıkmakta zorlandığını ve bu sorunların biyolojik sağlıklarını da olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Pinquart ve Sörensen, 2007; Ata, 2014). Özellikle sosyal destekten yoksun olmaları ve yalnızlık hissetmeleri, bakım vericilerin stresle başa çıkma kapasitelerini daha da zorlaştıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (Doğan, 2023).

Bakım vericilerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarını iyileştirmek için daha etkili destek sistemlerine ve müdahalelere gereksinimleri vardır. Ayrıca yaşadıkları zorlu durumlarla başa çıkabilmeleri ve streslerini olumlu yönetebilmeleri için psikolojik destek ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlanması gerektiği önemle belirtilmektedir (Aubeeluck ve Luximon-Ramma, 2020).

2.2.3. Bakım Vericilere Yönelik Hemşirelik Yaklaşımı

Kronik ruhsal hastalıklar, bireyin ve bakım vericilerin yaşamında önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler, bağımsız yaşamını sürdüren bireylerin işlev kayıpları nedeniyle başka aile bireylerine bağımlı hale gelmelerine neden olmaktadır (Duyan, 2004). Bakım vericiler, hastalığın sürekli nüks etme korkusu ve ailedeki diğer bireyler üzerindeki etkisi nedeniyle endişe duyar ve bakım sağlamak için önemli miktarda zaman ile çaba harcamak zorunda kalırlar. Hastaların kliniğe yatışından taburculuğa kadar geçen süreçte, psikiyatri hemşiresi hasta ve ailesine destek vermeli ve gerekli bilgilendirmeleri yapmalıdır. Psikiyatri hemşireleri, klinikte hasta bakımıyla en çok ilgilenen ve hastalarla yoğun zaman geçiren sağlık profesyonelleri olarak büyük bir sorumluluk taşır (Çam ve Engin, 2014). Bu kapsamda psikiyatri hemşiresi, hasta ve ailesine psikolojik, fiziksel ve sosyal destek sağlar; rehberlik yapar, bireysel ve grup danışmanlığı sunar, bakım planlamasına katkıda bulunur, riskli davranışları izler ve terapötik iletişim teknikleriyle sürekli veri toplar. Ayrıca, taburculuk sonrası evde uyum sürecini kolaylaştırır (Çam ve Engin, 2014).

Psikiyatri hemşireliğinde, ailenin ve özellikle birincil bakım vericilerin hastalık sürecindeki rol değişimlerini değerlendirilmesi önemlidir. Kronik veya akut hastalıklar, aile üyelerinin geleneksel rollerinde değişikliklere neden olarak duygusal ve yaşamsal açıdan aile dinamiklerini etkileyebilir (Wright ve Leahey, 2013). Psikiyatri hemşiresi, aileye yaşam tarzı değişikliklerini yönetme, rol çatışmalarını azaltma ve hastalığın sınırlamalarıyla başa çıkma konusunda rehberlik etmelidir (Stuart, 2014). Ayrıca, ailenin stresle başa çıkma stratejileri değerlendirilmeli ve bireyselleştirilmiş müdahaleler planlanmalıdır (Friedman ve diğerleri, 2003). Aile desteği, hem hasta hem de bakım verenlerin psikolojik sağlamlığını korumada kritik bir rol oynar (Lazarus ve Folkman, 1984). Ailenin işlevselliğini sürdürmesi için, bakım vericinin destek gruplarına katılımı ve sosyal iletişim ağlarını aktif tutması teşvik edilmelidir (Wright ve Leahey, 2013). Aile bireylerinin duygu ifadeleri desteklenmeli ve psikoeğitim gruplarına katılımları sağlanmalıdır (Stuart, 2014). Bu gruplar, hastalık süreci hakkında bilgi verirken, duygusal destek sağlayarak başa çıkma becerilerini güçlendirerek (Friedman ve diğerleri, 2002) ailenin ruh sağlığını korumasına yardım eder (Lazarus ve Folkman, 1984).

Hemşirelik yönetmeliği, psikiyatri hemşirelerinin psikoeğitim programlarını hazırlama ve uygulama konusunda yetkin olduklarını belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), psikiyatri hemşirelerinin hasta ve ailelerini desteklerken, psikoeğitimlerin yanı sıra bireysel, grup ve aile terapileri gibi terapötik tedavi yöntemlerinden de yararlanabileceklerini vurgulamaktadır (ANA, 2014).

Psikoeğitim programlarının etkinliği, bakım vericilerin stres düzeylerini azaltma, aile işlevselliğini iyileştirme ve toplumla ilişkileri güçlendirme konusunda önemli bir etkiye sahiptir (Bulut ve diğerleri, 2020; Dixon ve diğerleri, 2016). Bu programlar, bakım vericilerin iletişim becerilerini, problem çözme yeteneklerini ve destek ağlarını güçlendirmektedir. Psikoeğitim, aynı zamanda ailelerin hastalık hakkında daha fazla bilgi edinmesini ve stresle başa çıkabilme becerilerini artırmalarını sağlamaktadır (Miklowitz, 2020). Yapılan araştırmalar, psikoeğitim uygulamalarının bakım vericilerde stres düzeylerini azalttığını ve tedaviye uyumu artırdığını göstermektedir (Pitschel-Walz ve diğerleri, 2009).

Bu bağlamda, hemşirelerin bakım vericilere yönelik psikoeğitimdeki rolü kritik öneme sahiptir. Ailelere yönelik bu tür eğitimler, hemşirenin hasta bakımındaki etkisini artırırken, bakım vericilerin ruh sağlığını da iyileştirmeye yardımcı olmaktadır.

2.3. Stresle Başa Çıkma

Stres, bireylerin günlük yaşamlarında çeşitli etmenlerden kaynaklanabilen ve fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeyde etkiler yaratabilen bir olgudur. Stresle başa çıkma, bireylerin stres kaynaklarına yönelik geliştirdikleri zihinsel ve davranışsal stratejileri içerir. Bu stratejiler genel olarak sorun odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki temel grupta incelenmektedir.

Sorun odaklı stratejiler, stres yaratan olayın nedenlerini ele alarak doğrudan çözüm üretmeyi hedefler. Örneğin, iş yerinde aşırı iş yükünden şikayetçi olan bir çalışanın, yöneticisiyle bu durumu görüşerek çözüm araması bir sorun odaklı baş etme yöntemidir (Burnard ve diğerleri, 2008). Bunun yanı sıra, bilişsel yeniden yapılandırma tekniği, bireylerin olumsuz düşüncelerini daha olumlu ve yapıcı düşüncelerle değiştirmelerine yardımcı olarak stresin etkilerini azaltabilir (Khater ve diğerleri, 2014). Duygu odaklı baş etme stratejileri ise, stresin kaynağını değiştirmek yerine bireyin stres yaratan duruma yönelik duygusal tepkilerini düzenlemeyi amaçlar. Farkındalık (mindfulness) ve meditasyon gibi teknikler, bireylerin kaygı seviyelerini düşürmelerine ve mevcut duygusal durumlarını kabullenmelerine katkı sağlayabilir (Aedh ve diğerleri, 2015).

2.3.1. Bakım Vericilerin Yaşadığı Stres ve Baş Etme

Araştırmalar, uzun süreli stresin insan sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yarattığını ve kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok kronik rahatsızlığın gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Baltaş ve Baltaş, 2008; Schneiderman ve diğerleri, 2005). Bakım vericiler özelinde değerlendirildiğinde, bu bireylerin yaşadığı stres yalnızca bakımını üstlendikleri hastaların sağlık durumu ile değil; aynı zamanda demografik özellikleri, sosyal destek düzeyleri ve çevresel faktörlerle de yakından ilişkilidir (Given ve diğerleri, 2004; Pearlin ve diğerleri, 1990).

Psikiyatri hastalarına bakım veren bireylerin büyük bir kısmı orta düzeyde stres yaşamakta olup, bu durumun temel nedenleri arasında hastalık sürecinin sürekliliği, ilaçların yan etkileri, işlevsel eksiklikler ve ekonomik-sosyal kayıplar yer almaktadır (Darlami ve diğerleri, 2015; Pompeo ve diğerleri, 2016).

Hastalık süresi ve bakım deneyimi arttıkça, özellikle düzensiz ilaç kullanımının da etkisiyle, bakım vericilerin stres düzeylerinin yükseldiği; buna karşın düzenli ilaç kullanımının stresle baş etme becerilerini desteklediği belirtilmektedir (Navidian ve Zaheden, 2008; Walke ve diğerleri, 2018; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013; Mora-Castaneda ve diğerleri, 2018).

Stresin tamamen ortadan kaldırılması değil, yönetilebilir hale getirilmesi hedeflenmelidir. Bu süreç, bireyin stres kaynağını tanıması ve uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesiyle mümkündür (Brosan ve Todd, 2018; Öner, 2022). Baş etme yöntemleri genel olarak problem odaklı, duygu odaklı ve kaçınma temelli olmak üzere üç grupta sınıflandırılır. Problem odaklı yaklaşım çözüm üretmeyi amaçlarken, duygu odaklı başa çıkma duygusal düzenlemeye yöneliktir (Feldman, 2018; Kausar, 2010). Kaçınma temelli stratejiler ise kısa vadede rahatlatıcı olsa da uzun vadede psikolojik sorunları artırabilir (Brosan ve Todd, 2018).

Etkili stres yönetimi için problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin dengeli şekilde kullanılması gerekmektedir. Bireyin stresle başa çıkma kapasitesi; yaşam koşulları, kişisel özellikler, önceki deneyimler, sosyal destek düzeyi ve psikolojik dayanıklılık gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Akın, 2021; Feldman, 2018). Bu bağlamda, bakım vericilerin stresle baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik psikoeğitim programlarının önemi giderek artmaktadır.

2.3.2. Stresle Baş Etmede Bedene Yönelik Teknikler

Fiziksel egzersiz, stresin fizyolojik belirtilerini azaltma ve bireyin ruhsal dengesini destekleme açısından etkili bir yöntemdir. Düzenli egzersiz uygulamaları; kas gevşemesi, uyku kalitesinde artış ve enerji düzeyinde iyileşme gibi sonuçlar doğurarak stresle baş etme kapasitesini artırmaktadır (Lök ve diğerleri, 2023). Egzersizin anksiyeteyi azalttığı ve ruh hâlini olumlu yönde etkilediği önceki araştırmalarda da belirtilmiştir (Yates, 1989; Kaba, 2019). Benzer şekilde Baltaş ve Baltaş (2008), fiziksel aktivitelerin yalnızca bedensel değil, zihinsel sağlık üzerinde de koruyucu ve güçlendirici etki yarattığını ifade etmektedir. Egzersizin yanı sıra kullanılan nefes teknikleri ve gevşeme egzersizleri de bireyin fizyolojik sistemini düzenleyerek stres yanıtını azaltmada etkilidir. Diyafram nefesi, kalp atış hızını düşürmekte, kasları gevşetmekte ve otonom sinir sistemi aracılığıyla gevşeme tepkisini uyarmaktadır (Gümüş, 2006b). Bu teknikler, bireyin stres anında daha kontrollü tepkiler

verebilmesine olanak sağlar (İlgar, 2001). Özellikle düzenli uygulandığında, bu tür bedensel teknikler bireyin stresle başa çıkma becerilerini anlamlı düzeyde desteklemektedir.

Uyku ve beslenme gibi temel fizyolojik ihtiyaçlar da stresle baş etme süreçlerinde belirleyici rol oynamaktadır. Yetersiz ve kalitesiz uyku, bireyin stres tepkisini artırmakta ve duygusal dengeyi bozarak zihinsel performansı olumsuz etkilemektedir (Seyhan, 2007; İnce ve diğerleri, 2019). Uyku sırasında stres hormonlarının düzeyinde düşüş yaşanması, organizmanın yenilenmesine olanak tanımaktadır. Beslenme alışkanlıkları da benzer biçimde sinir sistemi üzerinde doğrudan etkili olup, özellikle yüksek kafein ve rafine şeker tüketimi stres düzeyini artırıcı niteliktedir (Schafer, 1987; İlgar, 2001). Buna karşılık, omega-3 gibi nitelikli besin içeriklerinin, zihinsel dengeyi güçlendirerek stresin etkilerini hafiflettiği bildirilmiştir. Sağlıklı beslenme, yalnızca fiziksel sağlığın sürdürülmesine değil, zihinsel dayanıklılığın korunmasına da katkı sağlamaktadır (Tan, 2006). Son olarak, biyolojik geribildirim yöntemleri bireyin fizyolojik süreçlerini fark etmesine ve düzenlemesine olanak tanıyarak stresle başa çıkmada destekleyici bir rol üstlenmektedir. Kalp atış hızı, solunum ve kas gerginliği gibi parametrelerin izlenmesi yoluyla birey, stresli durumlara karşı daha bilinçli ve kontrollü tepkiler verebilmektedir (Petruzzello ve diğerleri, 1991; Olton ve Noonberg, 1980). Bu yöntem, bedene yönelik teknikler arasında işlevsel bir araç olarak değerlendirilmektedir.

2.3.3. Stresle Baş Etmede Zihinsel Teknikler

Zihinsel baş etme teknikleri, bireyin stres algısını dönüştürmeye ve içsel kaynaklarını daha işlevsel kullanmasına odaklanır. Bu kapsamda, zaman yönetimi stresin önlenmesinde temel bir beceridir; planlama, önceliklendirme ve esneklik ilkelerine dayanan etkili zaman yönetimi uygulamaları, zaman baskısına bağlı kaygıyı azaltarak bilişsel yükü hafifletir (Seaward, 2013; Davis ve diğerleri, 2009). Aynı şekilde, etkili iletişim becerileri, kişilerarası çatışmaların önlenmesinde önemli bir rol oynar. Aktif dinleme, açık mesaj iletimi ve empati kurma gibi iletişim stratejileri, yanlış anlamalardan kaynaklanan sosyal stresin önüne geçilmesini sağlar (Kaplan ve Laygo, 2003; Onbaşıoğlu, 2004). Atılganlık ise bireyin duygularını dürüst ve saygılı bir biçimde ifade edebilmesiyle ilişkilidir. Atılgan birey, başkalarının haklarını ihlal etmeden kendi haklarını savunabilir; bu da pasif ya da saldırgan davranışlardan kaynaklanan içsel gerilimi azaltır (Alberti ve Emmons, 2002; Seaward, 2013).

Zihinsel gevşeme tekniklerinden biri olan meditasyon, dikkatin şimdiki ana odaklanmasını sağlayarak zihinsel dağınıklığı azaltır ve bedensel gevşemeyi destekler. Özellikle mindfulness temelli yaklaşımlar, bireyin stresörleri yargılamadan fark etmesini ve kabul etmesini sağlayarak stres düzeyini düşürür (Davis ve diğerleri, 2009). Gün içinde verilen kısa molalar da zihinsel yenilenmeyi destekleyen önemli uygulamalardandır. Yoğun bir görev öncesi gerçekleştirilen kısa yürüyüşler veya sessiz dinlenme araları, odaklanmayı artırarak stresin birikmesini engeller (Kaplan ve Laygo, 2003; O'Donohue ve Fisher, 2008). Bireyin stres düzeyini belirleyen bir diğer unsur ise sahip olduğu düşünce kalıplarıdır. Mükemmeliyetçilik, aşırı genelleme ya da felaketleştirme gibi rasyonel olmayan inançlar, olayların tehdit edici algılanmasına neden olarak stresin süregitmesine zemin hazırlar (Baltaş ve Baltaş, 2020). Bu bağlamda, bilişsel farkındalığın artırılması ve irrasyonel düşüncelerin yeniden yapılandırılması önemlidir. Son olarak, görselleştirme ya da hayal kurma teknikleri, zihinsel olarak güvenli bir ortam yaratma ve bireyin içsel rahatlatma kapasitesini harekete geçirme açısından etkili olabilir. Pozitif imgeleme yoluyla birey, stresli durumlara karşı daha hazırlıklı ve kontrollü bir tutum geliştirebilir (Rowshan, 2020).

2.3.4. Stresle Baş Etmede Davranışçı Yöntemler

A tipi davranış örüntüsü; zamanla yarışma, sürekli meşguliyet, sabırsızlık, saldırganlık, yüksek rekabetçilik ve kontrol etme isteği gibi özelliklerle karakterize edilir. Bu bireyler genellikle başarıya odaklıdır, dinlenmeye zaman ayırmakta zorlanırlar ve çevresel baskılara daha duyarlı hale gelirler. Literatürde bu davranış örüntüsünün; koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, tükenmişlik ve yüksek düzeyde stres ile ilişkili olduğu sıkça vurgulanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2020; Öner, 2022). A tipi davranış biçimini dönüştürmeye yönelik psikoeğitim programlarında bireyin içsel farkındalığının artırılması, zamanla kurduğu ilişkiyi yeniden yapılandırması ve duygu düzenleme becerilerini geliştirmesi temel hedefler arasında yer alır. Bu noktada, bireyin zamanı yalnızca bir üretkenlik aracı olarak değil, aynı zamanda yaşam doyumunu artıran bir kaynak olarak görebilmesi önemlidir. Zaman yönetimi, yalnızca günlük görevlerin organize edilmesini değil; aynı zamanda stresin önlenmesini, hedeflere ulaşılmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını da kapsamaktadır (Brosan ve Todd, 2018). Zamanın etkili yönetilememesi; erteleme, karar vermede zorluk, tükenmişlik ve bilişsel yükte artış gibi sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle bireylerin önceliklendirme, planlama, hedef belirleme ve bu hedeflere esnek stratejilerle ulaşma becerilerinin geliştirilmesi önemlidir (Davis ve diğerleri, 2009).

Öfke, tüm bireylerde evrensel olarak gözlemlenebilen doğal bir duygudur. Ancak bu duygunun kontrolsüz biçimde dışa vurulması, bireyin hem içsel psikolojik dengesini hem de kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Öfkenin yapıcı bir biçimde ifade edilmesi, bireyin sosyal uyumunu ve özdenetimini artıran temel becerilerden biridir. Araştırmalar, öfkenin sıklıkla engellenme, adaletsizlik, küçümsenme ya da tehdit algısıyla ortaya çıktığını göstermektedir (Rowshan, 2020; Öner, 2022). Öfke yönetimi, bireyin bu duyguyu tanıması, tetikleyicilerini fark etmesi, içsel kaynaklarını kullanarak alternatif tepkiler geliştirmesi ve uygun iletişim kanallarıyla kendini ifade etmesi süreçlerini içerir. Bu bağlamda, çocuklukta öğrenilen bastırıcı veya saldırgan ifade biçimlerinin yerine, kabul edici ve sınır koyabilen yaklaşımların kazandırılması önemlidir (Baltaş ve Baltaş, 2020). Öfke gibi zorlayıcı duygularla baş etmede etkili olan bir diğer yöntem ise yapılandırılmış problem çözme yaklaşımıdır. D’Zurilla ve Nezu (2007) tarafından geliştirilen sosyal problem çözme modeli, bireyin sorunu tanımlama, gerçekçi ve ölçülebilir hedefler belirleme, alternatif çözüm yolları üretme, seçenekleri değerlendirme ve uygulama adımlarını içerir. Problem çözmenin bu sistematik süreci, hem bilişsel hem de davranışsal düzeyde bireyin işlevselliğini artırmakta ve stres düzeyini azaltmaktadır (Hayes, 2013; Palmer ve Cooper, 2021).

2.4. Bilişsel Kontrol ve Esneklik

2.4.1 Tanımı

Bilişsel kontrol, bireyin hedeflerine ulaşmak için gerekli bilgiyi yönetme ve işleme yeteneğidir (Badre, 2011). Bu beceri, stresörlere maruz kalındığında ortaya çıkan ve olumsuz düşüncelerle başa çıkmayı sağlayan bir mekanizma olarak işlev görür. Bilişsel kontrol, kişinin dikkatini önemli bilgilere yönlendirirken, duruma alakasız bilgileri engellemeye yardımcı olur (Gabrys ve diğerleri, 2018). İnsanlar, stresli durumlarla baş etmede bilişsel kontrol seviyelerinin arttığının farkına vardıklarında, olumsuz düşüncelerden daha kolay uzaklaşarak durumu daha etkili bir şekilde yönetebilirler (Gabrys ve diğerleri, 2018).

Bilişsel esneklik, bireylerin değişen koşullara uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanır ve stresli durumlarla başa çıkmada önemli bir rol oynar. Bu kavram, Spiro ve Jehng (1990) tarafından, bireylerin değişen durumları farklı açılardan değerlendirme ve buna göre uyum sağlama yeteneği olarak ortaya konmuştur (Canas ve diğerleri, 2006).

Esnek düşünme, kişinin mevcut bilgileri yeniden gözden geçirme, hedefler belirleme ve yeni çözüm yolları geliştirme becerilerini içerir (Bayram ve diğerleri, 2021). Bilişsel esneklik, bireylere sorunlarla başa çıkarken yeni bakış açıları sunar, hataları kabul etmelerini ve beklenmedik fırsatlardan yararlanmalarını sağlar (Diamond, 2012).

Bilişsel esneklik, değişen çevresel koşullara adaptasyonu sağlamak için gerekli bilişsel yapıları değiştirme yeteneğidir (Dennis ve Vander Wal, 2010). Bu beceri, bireyin durumları değerlendirme ve farklı çözüm yolları üretme kapasitesini artırır (Martin ve Rubin, 1995). Zorluklarla karşılaşan bireyler, bilişsel esneklik sayesinde sorunları çözmede alternatif yollar bulur ve yaşamlarını kolaylaştırırlar (Akçay Özcan ve Kıran Esen, 2016). Düşük bilişsel esneklik, kişilerin sorunları işlevsel bir şekilde çözme konusunda zorluk yaşamalarına (Ateş ve Sağar, 2021), hatta depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilir (Gabrys ve diğerleri, 2018). Bu bağlamda, bilişsel esneklik, bireylerin sorunlarla başa çıkma yeteneklerini geliştirerek günlük yaşama daha iyi uyum yapmalarına yardım eder (Camcı Erdoğan, 2018).

2.4.2. Bilişsel Esneklik Gelişimi ve Süreçleri

Bilişsel esneklik, erken çocukluk döneminde bilişsel yapıların gelişimiyle eş zamanlı olarak ilerleyen ve bireyin çevresel uyaranlara karşı adaptasyonunu sağlayan önemli bir süreçtir (Tekin, 2018). Çocukların hatalardan ders alma, bu hataları tekrar etmeme ve uygun çözüm yolları geliştirme yetenekleri erken dönemde görülmeye başlar ve sürekli olarak gelişim gösterir (Anderson, 2002). Bu gelişim, 7-9 yaş arasında belirginleşir ve 10 yaş civarında olgunlaşma düzeyine ulaşır (Anderson ve diğerleri, 2000). Bununla birlikte, bilişsel esneklik ergenlik döneminde soyut düşünme yeteneklerinin gelişmesiyle daha sistematik bir yapı kazanır (Piaget, 1970).

Ergenlikte birey, deneme-yanılma yönteminden ziyade problem çözme sürecinde sistematik yaklaşımlar geliştirebilir ve soyut kavramlarla düşünce deneyleri gerçekleştirebilir. Somut işlemler döneminde temeli atılan bilişsel esneklik, ergenlik döneminde güçlenerek bireyin gelecekteki öğrenme ve uyum süreçlerine katkı sağlar (Piaget, 1970). Bilişsel esnekliğin bu süreçte prefrontal kortekste meydana gelen nöroplastisite değişimleriyle ilişkilendirildiği ve bu değişimlerin, bireyin çevresel uyaranlara karşı adaptif davranışlarını artırdığı gösterilmiştir (Cepeda ve diğerleri, 2001).

Bilişsel esneklik yetenekleri, 30'lu yaşlarda en yüksek seviyesine ulaşmakta ve yetişkinlik dönemi boyunca çevresel ve biyolojik faktörlere bağlı olarak değişim göstermektedir (Dick, 2014). Bununla birlikte, ileri yetişkinlikte bilişsel esnekliğin korunması, yaşam boyu öğrenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi faktörlere bağlıdır (Dick, 2014).

2.4.3. Bilişsel Esnekliğin Yararları

Bilişsel esneklik, bireyin yeni durumlara uyum sağlama yeteneği olup, yaşamın her alanında etki göstermektedir. Bilişsel esnekliği düşük olan bireyler, karşılaştıkları durumları değerlendirmede zorluk çeker ve bu durumlara uygun çözümler üretmekte güçlük yaşarlar (Ateş ve Sağar, 2021). Bu nedenle bilişsel esneklik, bireylerin kendilerini yeterli hissetmelerine ve yeni durumların üstesinden gelme konusunda fayda sağlamalarına olanak tanır (Camcı Erdoğan, 2018). Yüksek bilişsel esneklik, sosyal becerilerin gelişimine katkıda bulunurken, düşük bilişsel esneklik düzeyi ise duygusal ve sosyal becerilerin zayıflamasına yol açar (Gokeen ve diğerleri, 2014).

Bilişsel esneklik, bireyin değişen yaşam şartlarına ve sorumluluklarına uyum sağlamasında önemli bir rol oynar (Yılmaz, 2021). Yüksek bilişsel esneklik seviyesine sahip bireyler, içgörü, uyum ve hoşgörülü olabilirler. Her zorlukla karşılaştıklarında, bireyler kendi bilgilerini güncelleyerek esneklik becerilerini artırır (Yılmaz, 2021). Bilişsel esneklik, yalnızca bireysel özelliklerle sınırlı kalmayıp, kişiler arası ilişkilerde uyumu ve etkili iletişimi destekleyen önemli bir beceridir (Diril, 2011).

Bilişsel esneklik, bireyin gelişim sürecinin her aşamasında önemli bir yer tutar. Bu beceri, bireylerin yeni durumlarla başa çıkmalarına, öğrenmelerine, sosyal etkileşimlerde başarılı olmalarına ve duygusal zorluklarla baş etmelerine yardımcı olur (Qasim ve Abdullat, 2018). Bilişsel esneklik, bireylerin yaşam boyu süren gelişimlerinin ayrılmaz bir parçası olup, her yaşta farklılık gösterir ve bireyin genel yaşam kalitesini artırır.

2.4.4. Bilişsel Kontrol ve Esneklik ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Bilişsel esneklik, düşünceyi katı bir şekilde kabul etmek yerine farklı düşünce yollarına yönelmeyi, alternatifler oluşturmayı ve bu alternatifler arasından en uygun olanı seçebilmeyi içerir (Anderson, 2002). Bu yetenek, bireylerin değişen koşullara uyum

sağlamasında ve karmaşık problemleri çözmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Esneklik, zihinsel uyum sağlama, yaratıcılık ve problem çözme becerilerini destekler.

Literatürde, yaşın ilerlemesiyle bilişsel esneklik düzeyinin arttığı gözlemlenirken (Altunkol, 2011), cinsiyet ile bilişsel esneklik arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır (Martin ve Rubin, 1995; Zong ve diğerleri, 2010). Asıcı ve İkiz (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, mutluluk ile bilişsel esneklik arasındaki ilişki ele alınmış ve yaş ile eğitim düzeyinin bu ilişki üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı, aynı şekilde sözel ya da sayısal alanda eğitim almanın da bilişsel esneklik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, romantik ilişki içinde olmanın bilişsel esneklik ve mutluluk düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı gözlemlenmiştir (Asıcı ve İkiz, 2015).

Yapılan bir araştırmaya göre, bakım vericilerin bilişsel esneklik düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu ve bu durumun, karşılaştıkları zorluklar karşısında alternatif çözüm yollarını fark edebildiklerini, alışılmadık durumlara karşı esnek olduklarını ve alternatifleri yönetme konusunda kendilerine güven duyabildiklerini gösterdiği belirtilmiştir (Maltby ve diğerleri, 2004). Demirden ve Sarıkoç (2022) tarafından yapılan araştırmada, bakım vericilerin hastalık yükü düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu, ancak bilişsel esneklik düzeylerinin de ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, bilişsel esneklik düzeylerinin arttıkça hastalık yükü düzeylerinin azaldığı ve bakım vericilerin empatik eğilimlerinin arttıkça hastalık yüklerinin daha da azaldığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, bilişsel esneklik ve empatik eğilimlerin bakım vericilerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma becerilerini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Maltby ve diğerleri (2004), demans hastası bakım vericilerinde bilişsel esnekliğin, alışılmadık durumlarla başa çıkabilme ve alternatif çözüm yolları geliştirme konusunda kritik bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, Demirden ve Sarıkoç (2022), bilişsel esneklik ve empatik eğilimlerin bakım vericilerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma becerilerini güçlendirdiğini ve bu kişilerin daha sağlıklı bir psikolojik durumda olduğunu belirlemişlerdir.

2.5. İyi Oluş

İyi oluş (well-being) kavramı, Aristoteles tarafından ilk kez açıklanmış ve bireylerin yaşamlarındaki mutluluk algılarını, hissettikleri mutluluğu ifade etmek için kullanılmıştır. Bu kavram, hem anlamlı bir psikolojik yaşam hem de işlevsellik olarak tanımlanabilir. İyi oluş, hedonik ve ödamonik olmak üzere iki boyutla açıklanır (Deci ve Ryan, 2008; Keyinci, 2017). Hedonik iyi oluş, haz ve zevk kaynaklı olarak bireylerin yaşamlarını keyifli kılma, mutluluk düzeylerini artırma ve negatif duyguları azaltmaya odaklanırken; ödamonik iyi oluş ise erdem kaynaklıdır ve bireyin artan öz farkındalığı ile yaşamını anlamlandırarak eylemler yapma yeteneğini en yüksek seviyede ortaya koymaya yönelik bir yaklaşımı ifade eder (Deci ve Ryan, 2008; Diener ve diğerleri, 1999; Keyes ve diğerleri, 2002).

İyi oluşu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Çevresel koşullar, fiziksel çevre, kültür, din, yaşam olayları, sosyal ve ekonomik refah, medeni durum, sosyal destek, arkadaşlık, eğitim, iş durumu, yaş, cinsiyet ve sağlık gibi unsurlar, bireylerin iyi oluş düzeyini olumlu veya olumsuz şekilde etkileyebilir (Carr, 2004). Örneğin, güçlü sosyal bağlar ve ekonomik istikrar, psikolojik sağlamlığı artırırken (Diener ve Seligman, 2018; Holt-Lunstad, 2022), kültür ve din, bireylere hayatın anlamını bulma konusunda destek sağlayabilir (Diener ve Seligman 2018; Pargament, 2021).

2.5.1. Psikolojik İyi Oluş

Eudemonik yaklaşım, bireyin potansiyelini gerçekleştirmeye odaklanır ve öznel iyi oluşun aksine, bireyin tüm yönleriyle işlevsel olabilmesi için özerklik, anlam, hedef ve kendini gerçekleştirme bileşenlerine odaklanır (Ryan ve Deci, 2001; Waterman, 1993). Bu yaklaşım, bireylerin yaşamlarını daha anlamlı ve değerli kılacak şekilde gelişimlerini sürdürmelerini teşvik eder. Ryan ve Deci (2001), psikolojik iyi oluşu, bireyin yaşamı boyunca kendini geliştirmeye ve daha iyi hale ulaşmak için devamlı bir çaba içinde olması olarak tanımlar. Psikolojik iyi oluş ile öznel iyi oluş arasındaki temel fark ise, psikolojik iyi oluşun işlevselliği vurgularken, öznel iyi oluşun hazzı betimlemesidir.

Psikolojik iyi oluş, bireyin sağlığını ve olumlu yönlerini güçlendirerek potansiyelini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen bir kavramdır. Bu kavram, bireylerin kendilerini olumlu bir şekilde algılamalarını, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalarını, gerçekçi bir şekilde kendilerini gerçekleştirmelerini ve kendilerini yönetebilmelerini içerir. Aynı zamanda,

bağımsız hareket etme yeteneği ve yaşamlarını anlamlı bir şekilde farkında olma durumunu da kapsar (Ryff ve Keyes, 1995). Güncel literatür, psikolojik iyi oluşun sadece bireysel mutlulukla değil, aynı zamanda toplumsal ve çevresel faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Andrianisaina ve diğerleri, 2024; Kojima ve diğerleri, 2024; Lök ve diğerleri, 2023). Huppert ve So (2020) tarafından yapılan meta-analiz çalışması, psikolojik iyi oluşun yalnızca bireysel özelliklerle değil, aynı zamanda sosyal destek, öz-yeterlilik ve yaşam amacı gibi faktörlerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ve çevresel ile sosyal etkenler tarafından da şekillendiğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, ailenin yaşam kalitesi de sosyal çevreyle birlikte, hem hastanın hastalığından hem de hastalığın aile üyeleri üzerindeki psikolojik ve duygusal etkilerinden olumsuz yönde etkilenmektedir (Koutra ve diğerleri, 2016; Onwumere ve diğerleri, 2018).

Son olarak, psikolojik iyi oluşun artırılmasına yönelik müdahaleler de güncel araştırmalarda önemli bir yer tutmaktadır. Pozitif psikoloji müdahaleleri, mindfulness temelli terapiler ve bilişsel davranışçı terapiler, psikolojik iyi oluşu artırmada etkili bulunmuştur (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Özellikle mindfulness temelli müdahalelerin, bireylerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirerek psikolojik iyi oluşu artırdığı gösterilmiştir (Keng, Smoski ve Robins, 2020).

2.5.2.1. Psikolojik İyi Oluşun Kuramsal Çerçevesi

Psikolojik iyi oluş teorileri, bireylerin hem olumlu hem de olumsuz duygular arasında denge kurarak gerçek mutluluğa ulaşmalarını hedefler (Akın, 2009). Aristoteles'in ödemonik mutluluk anlayışına dayanan bu yaklaşımda, bireylerin potansiyellerini en üst düzeye çıkarmaları gerektiği vurgulanır (Ryff ve Singer, 2008).

Erikson'un psikososyal gelişim kuramı, bireyin sekiz evrede kimlik oluşumunu ve benlik bütünlüğünü nasıl kazandığını açıklar (Erikson, 1950). Özellikle son evre olan "benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk" süreci, bireyin yaşamını anlamlandırması ve geçmişle barışık olması açısından kritik bir dönemi kapsar. Güncel araştırmalar, bu evrenin yaşlılık döneminde psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Andrianisaina ve diğerleri, 2024; Kojima ve diğerleri, 2024; Lök ve diğerleri, 2023).

Frankl'ın logoterapisi, psikolojik iyi oluş modeline anlam katma boyutunu ekleyerek, varoluşsal anlamın bireyin mutluluğunun temel taşı olduğunu savunur (Hefferon ve Boniwell, 2018). Logoterapi, bireylerin yaşamlarına anlam katmalarını ve hayatta karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarını sağlamak amacıyla psikolojik iyilik hallerini güçlendirmeye odaklanır (Frankl, 2006).

Ryff (1989), psikolojik iyi oluşu altı boyutta ele alır: kendini kabul, diğerleriyle olumlu ilişkiler, özerklik, çevresel hakimiyet, yaşam amacı ve bireysel gelişim. Kendini kabul, bireyin tüm olumlu ve olumsuz yönleriyle barışık olması gerektiğini ifade ederken; diğerleriyle olumlu ilişkiler, güvene dayalı ve empatik bağları teşvik eder (Ryff ve Singer, 1996). Özerklik, bireylerin bağımsızlıklarını koruyarak kendi düşünsel ve duygusal süreçlerinde özgür olmalarını ifade eder (Yurdaşık ve diğerleri, 2023). Çevresel hakimiyet, bireylerin yaşamlarını şekillendirmek için çevrelerini kontrol etme becerisini içerirken; yaşam amacı boyutu, bireylerin hayatlarına anlam katmalarını ve üretkenliklerini sürdürmelerini sağlar (Ryff, 1989).

Bu teoriler, psikolojik iyi oluşu hem bireylerin içsel duygusal durumlarıyla hem de çevreleriyle olan ilişkileri ve yaşamlarındaki amaçlarla ilişkilendirir (Ryff, 2014). Bireysel gelişim ise, sürekli büyüme ve öğrenme yoluyla psikolojik potansiyelin artmasını ifade eder (Maslow, 1943; Ryff ve Singer, 1996).

2.5.2.2. Psikolojik İyi Oluşu Etkileyen Faktörler

Araştırmalar, genç olmanın ve genç hissetmenin bireylerin psikolojik iyi oluşunu artırdığını göstermektedir (Springer ve diğerleri, 2011; Ward, 2010). Ancak, yaşlılık hissinin bulunduğu dönemlerde psikolojik iyi oluş düzeyinin azaldığı belirtilmiştir (Ryff ve Keyes, 1995; Saunders ve Kashubeck, 2006). Psikolojik iyi oluşu etkileyen faktörler arasında, toplumla uyumlu iletişim, özgüven, özerklik, iyimserlik, zorluklarla başa çıkabilme becerisi, istikrarlı olma ve içsel denetim becerileri gibi kişisel özellikler önemli bir rol oynamaktadır (Carr, 2016; Malinauskas ve Dumciene, 2016). Ayrıca, nevrotik özellikler gösteren bireylerin genellikle içe kapanık, sorumluluk almakta zorlanan ve uyum sağlamakta güçlük çeken kişiler olduğu ve bu durumun psikolojik iyi oluş düzeylerini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır.

Psikolojik iyi oluş,zekayla ilişkilendirilmemekle birlikte, sosyal ve ekonomik faktörlerden önemli ölçüde etkilenir (Andrianisaina ve diğerleri, 2024; Kojima ve diğerleri, 2024; Lök ve diğerleri, 2023). Örneğin, medeni durum bu faktörlerden biridir. Evli bireylerin,bekar ya da boşanmış bireylere kıyasla psikolojik iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olabileceği öne sürülmektedir. Bunun yanı sıra, toplumun gelişmişlik seviyesi, doğal ortamlarda bulunma, konforlu yaşam alanları gibi faktörler de bireylerin iyi oluşunu olumlu yönde etkileyebilir (Carr, 2016). Eğitim seviyesi ve çalışma hayatı gibi faktörler de psikolojik iyi oluşu pozitif yönde etkilemektedir (Ferguson ve Goodwin, 2010).

Psikolojik iyi oluşun belirleyicileri arasında sağlığın önemli bir yeri vardır. Öznel sağlık değerlendirmesi, bireylerin mutluluğu ile ilişkilidir; ancak, nesnel sağlık durumları ile herhangi bir ilişki bulunmamaktadır (Carr, 2016). Olumsuz sosyal karşılaştırmalar, kayıplar ve acı veren duygular, psikolojik iyi oluşu engelleyen etmenlerdir. Öte yandan, psikolojik iyi oluşu artıran faktörler arasında aile yaşamından elde edilen doyum, yaşam standardı, ırksal kimlik, yeterli gelir, aşk, öz saygı ve sosyal destek gibi değişkenler bulunmaktadır (Andrianisaina ve diğerleri, 2024; Lök ve diğerleri, 2023).

2.6. Öz Şefkat

Şefkat, başarısızlık ya da olumsuz durumlarda insanları kötü hissettirmek yerine, bu durumların tüm insanların yaşayabileceği zorluklar olarak değerlendirilmesini sağlar. Öz-şefkat ise, bireyin başarısızlık ya da yetersizlik hissettiği anlarda, kendisine aynı anlayışı gösterebilmesidir. Öz-şefkate sahip bireyler, yaşadıkları problemin yalnızca kendilerine özgü olmadığını kabul ederler. Diğer insanların da benzer zorluklarla karşılaşabileceğini fark ederler. Bu durum, onları olumsuz benlikle ilişkilendirilebilecek duygulara daha dengeli bir şekilde yaklaşmaya yönlendirir (Neff, 2003a).

Öz-şefkat, kişinin kendisine sabır, nezaket ve yargılayıcı olmayan bir anlayışla yaklaşması ile bağlantılıdır. Aynı zamanda, tüm insanların merhamete layık olduğu düşüncesinden beslenir (Neff, 2003a). Bunun yanı sıra, öz-şefkat, bireyin kendi kendine yönelttiği eleştirileri ve nefret duygularını en aza indirir. Kendine şefkat gösteren bireyler, çarpıtılmış düşüncelerine karşı koruyucu bir tutum sergiler ve dışarıdan onay almadan kendilerine sevgi beslerler (Bahayi, 2021; Neff, 2003a).

Bununla birlikte, öz-şefkat bireyin stresle başa çıkmasını, duygusal dayanıklılığını artırmasını ve yaşam kalitesini iyileştirmesini destekleyen önemli bir beceridir (Germer ve Neff, 2020). Öz-şefkatli bireylerde daha yüksek mutluluk, yaşam doyumu, özgüven ve fiziksel sağlık seviyeleri gözlemlenirken, stres ve kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Germer ve Neff, 2019). Ayrıca, anksiyete ve depresyonla başa çıkmada etkili olduğu belirtilmektedir (Neff, 2003a).

Öz-şefkatin, mükemmeliyetçilik eğilimlerini azalttığı (Neff, 2003a), sağlıklı beslenme alışkanlıklarını teşvik ettiği ve zararlı madde kullanımını düşürdüğü bulunmuştur (Adams ve Leary, 2007; Costa ve Pinto-Gouveia, 2011; Kelly ve diğerleri, 2009). Bunun yanı sıra, akademik başarı, sağlıklı aile yapısı ve olumlu ebeveyn-çocuk ilişkileriyle ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Neff ve diğerleri, 2005; Sbarra ve diğerleri, 2012; Vettese ve diğerleri, 2011). Öz-şefkat, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesine, tıbbi yardıma başvurmaya ve tedavi süreçlerini daha kolay kabul etmesine yardımcı olarak genel yaşam kalitesini artırmaktadır (Terry ve Leary, 2011).

2.6.1. Öz Şefkatin Kavramsal Çerçevesi

Öz-şefkat, üç temel bileşenden oluşur: öz-sevecenlik, insanlığın ortak deneyimleri ve bilgece farkındalık. Bu kavramlar bağımsız olmakla birlikte, birbirini tamamlayan niteliktedir.

Öz-sevecenlik, bireyin yaşadığı acılar karşısında kendini sert bir şekilde eleştirmek yerine, kendisine daha anlayışlı ve nazık bir tutum sergilemesini ifade eder. İnsanlığın ortak deneyimleri, bireyin yaşadığı olumlu veya olumsuz olayların yalnızca kendisine özgü olmadığını, tüm insanların benzer deneyimler yaşayabileceğini kabul etmesini sağlar. Bilgece farkındalık ise, bireyin zorlayıcı duygu ve düşüncelerini fark ederek, bunları dengeli bir şekilde yönetmesini sağlayan bir yaklaşımdır (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

2.6.1.1. Öz Sevecenlik

Öz-şefkatin bu boyutu, bireyin kendisine, sevdiği bir arkadaşına nasıl davranıyorsa aynı şekilde davranmasını içerir (Neff, 2016). Şefkat, kendini yargılamadan anlamaya çalışmak olarak tanımlanabilir. Öz-şefkat, özellikle başarısızlık durumlarında, kendini sert bir şekilde eleştirmekten kaçınmayı gerektirir. Aynı zamanda, yenilgi ya da suçluluk

duygularına kapılmadan ilerlemeyi teşvik eder. Kendine nazik bir şekilde cesaret vermek, daima iyi hissetmeye çalışmak yerine, zorluklarla başa çıkmayı içerir (Tatlılıoğlu, 2010).

2.6.1.2. Ortak Paylaşım

Ortak paylaşım kavramı, bireylerin karşılaştığı zorlukların yalnızca kendilerine ait olmadığını ve herkes için geçerli olduğunu ifade eder. Bu perspektife göre, tüm bireylerin ortak problemleri vardır. Bu problemlerle başa çıkarken, bireyler daha fazla deneyim kazanırlar (Kirkpatrick, 2005). Bu anlayış, bireylerin empati yapabilme becerilerini geliştirir. Empati yapabilme becerisi, zorlu durumlarla başa çıkmada önemli bir rol oynar. Zorlu bir durumla karşılaşıldığında, bu beceri, tüm insanlarla ilişkileri ve bağlılığı güçlendirir (Kirkpatrick, 2005).

2.6.1.3. Bilgece Farkındalık

Bilgece farkındalık, bireyin karşılaştığı zorlu durumlardaki dengeli tavrıdır. Olumsuz sonuçlar üzerinde durulmaz, bunun yerine bu durumlardan sıyrılmak için bir bakış açısı geliştirilir. Birey, acı veren durumları geniş bir bakış açısıyla değerlendirir. Aynı zamanda, duygusal dengeyi sağlamak için içsel bir farkındalık oluşturur (Bishop ve diğerleri, 2004). Bu yaklaşım, bireyi abartılı tutumlardan uzaklaştırır ve duygu ya da düşünceleri olduğu gibi kabul etmeyi öğretir (Neff, 2003b). Bilgece farkındalık, duygusal esenliği artıran bir strateji olup, duygulara karşı yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemeyi gerektirir (Bear, 2009).

2.7. Bilinçli Farkındalık

Farkındalık kavramının kökeni, 2500 yıl öncesine dayanan Budist felsefesindeki sati terimine dayanmaktadır (Kabat-Zinn, 2003). Sati kelimesi farkındalık, hatırlama ve dikkat anlamlarını taşımaktadır (Germer, 2004). Günümüzde bilinçli farkındalık, bireyin dikkatini içinde bulunduğu ana odaklaması, kendi varlığıyla temas kurması ve kendisini yargılamadan gözlemlemesi olarak tanımlanmaktadır (Brown ve diğerleri, 2007; Brown ve Ryan, 2003).

Her ne kadar bilinçli farkındalık Doğu felsefesine dayansa da, ideolojik ya da dini bir görüşle sınırlandırılmamaktadır (Brown ve diğerleri, 2007). Germer (2005), bilinçli farkındalığı, bireyin anda kalarak acıyı azaltmasına ve iyi oluş halini desteklemesine

yardımcı olan bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda dikkat, yalnızca mevcut ana yönelir; birey geçmiş ya da gelecekle meşgul olmaz. Bishop ve diğerleri (2004), bilinçli farkındalığı, geçmiş deneyimlerin ya da gelecekteki olasılıkların mevcut anı etkilemesine izin vermeksizin, anı olduğu gibi kabul etme hali olarak tanımlamaktadır. Bu yönüyle bilinçli farkındalık, anda kalma sanatı olarak da nitelendirilmektedir. Aynı zamanda, bireylerin geçmişte yaşadıkları olaylara dair duygu ve düşüncelerinin geleceğe yansımaları azaltmalarına ve mevcut deneyimlere odaklanmalarına olanak tanımaktadır (Bishop ve diğerleri, 2004).

Bilinçli farkındalık, bireyin hayatını anlamlı kılan, gereksiz kaygılarını azaltan ve yaşamına dair içgörü kazandıran bir araçtır (Siegel, 2010). Deneyim ve duyulara temas etmek bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır; birey, tamamen şimdiki anda bulunarak inatçı düşüncelerin etkisini azaltabilir. Bu durum, bireyin güçlü duygusal bağlanma eğilimlerini zayıflatırken gözlem yeteneğini artırmakta ve yargısız bir bakış açısı kazandırarak genel iyi oluş düzeyini yükseltmektedir (Brown ve diğerleri, 2007). Ayrıca bilinçli farkındalık, bireylerin hem içsel duygu ve düşüncelerine hem de çevresel faktörlere (sesler, kokular vb.) yönelik farkındalığını artırmaktadır (Atalay, 2021; Kabat-Zinn, 2019).

Germer (2005), bilinçli farkındalık durumlarının aşağıdaki özelliklere sahip olduğunu belirtmektedir:

- **Kavramsal olmaması (nonconceptual):** Farkındalık, düşüncelerle sınırlandırılmadan, doğrudan hissedilen bir deneyimdir. Zihinsel analizlerden uzak, saf bir algı halidir. Bu, deneyimi olduğu gibi yaşamayı ve düşüncelerin ötesine geçmeyi sağlar.
- **Şimdiki ana odaklanması (present-centered):** Geçmişin pişmanlıkları ve geleceğin belirsizlikleri yerine, tamamen içinde bulunulan ana odaklanmayı gerektirir. Bu, anda kalabilme becerisini geliştirir ve zihinsel dinginliği artırır.
- **Yargılayıcı olmaması (nonjudgmental):** Deneyimler, iyi ya da kötü olarak etiketlenmeden, oldukları gibi kabul edilir. Bu, önyargılardan arınmış bir bakış açısı sunar ve içsel huzuru destekler.
- **Kasıtlı olması (intentional):** Dikkat, bilinçli bir şekilde şimdiki ana yönlendirilir ve zihin dağıldığında tekrar ana odaklanılır. Bu süreklilik, farkındalığı derinleştirir ve zihinsel disiplini güçlendirir.

- **Katılımcı gözlem (observation as a participant):** Kişi, hem gözlemci hem de deneyimleyen olarak bedenini ve zihnini hisseder. Bu, içsel deneyimleri daha yakından tanımayı sağlar ve kişinin kendisiyle daha derin bir bağ kurmasına yardımcı olur.
- **Kelimelerle ifade edilememesi (nonverbal):** Farkındalık, kelimelere dökülmekten ziyade, hissedilen bir durumdur. Bu, sözel ifadelerin ötesinde bir anlayış gerektirir ve deneyimi daha saf bir şekilde yaşamayı mümkün kılar.
- **Keşfe dayalı olması (exploratory):** Zihnin derinliklerindeki detaylar sürekli olarak keşfedilir. Bu, yeni farkındalık alanları açarak kişisel gelişimi destekler ve zihinsel esnekliği artırır.
- **Özgürleştirici olması (liberating):** Farkındalık, kişinin kendini sınırlayan düşünce ve duygulardan kurtulmasını sağlar. Bu, içsel özgürlüğe giden bir yol sunar ve kişinin daha özgür bir yaşam sürmesine olanak tanır.

Şimdi ve burada olmak, içinde bulunulan anın değerini bilmek, geçmişte yaşanan problemlerin, korkuların, ileriye yönelik beklentilerin ve endişelerin içinde yok olmak yerine, bedensel ve zihinsel olarak anın ve olayların farkında olmaktır (Özyeşil, 2011b). Bilinçli farkındalık, birden fazla terimi içermektedir; bunlar dikkat, niyet ve tutumu kapsamaktadır.

Dikkat: Bilinçli farkındalığın en temel ve önemli aşaması dikkat ile başlamaktadır. Günlük hayatımızda sıklıkla, farkında olmadan bir yere ulaşmak için çaba sarf ederiz. Karşılaştığımız zorlukları, yolları ve insanları bazen göz ardı edebiliriz. Zihnimiz, kendisi için gerekli olmayan bilgileri dışarıda bırakarak seçici bir filtre işlevi görmektedir (Brewer ve diğerleri, 2013). Bu nedenle, bulunduğumuz anı tam olarak yaşayabilmek için gönüllü ve kasıtlı bir dikkat göstermemiz önemlidir.

Niyet: Dikkatten sonraki bir diğer aşama niyettir. Niyet dikkatin temel bir bileşenidir (Shapiro ve diğerleri, 2005). Bilinçli farkındalık esaslı bir egzersiz, hangi niyetle uygulanırsa o amaca ulaşma yönünde ilerleme kaydetmektedir. Kendini keşfetme niyetiyle meditasyon yapan bireylerin bu alanda ilerleme kaydettiği ve özgürleşme niyetiyle meditasyon uygulayanların daha özgür ve şefkatli hissettikleri bulunmuştur (Shapiro, 1992). Bu noktada akla gelen, ‘neyin peşindesin?’ sorusudur. Çünkü günlük yaşamda dikkatimizi

nereye yönlendirdiğimiz önemlidir. Sürekli tehlikeleri gözetlersek, dünyayı güvenilmez olarak değerlendirebiliriz ve bu da bizi alarm durumuna sokar. Bu bağlamda, seçici dikkatimizi şekillendiren faktör niyetimizdir ve bu oldukça önemlidir.

Tutum: Son aşama olarak tutum, John Kabat-Zinn tarafından deneyimlere karşı aldığımız tutumlar olarak tanımlanmakta ve önemli bir yer tutmaktadır (Kabat-Zinn, 2003). Aslında, fark ettiklerimize nasıl bir tutumla yanıt vereceğimizi deneyimleyerek öğrenmenin basamağıdır. Yargılamaları fark etmek, sorunlarla karşılaştığımızda kabul göstermeyi ve hem kendimize hem de başkalarına karşı şefkatli olmayı öğretir. Deneyimlerimize nasıl yanıt vermemiz gerektiğini öğreten bu süreç, önemli bir belirleyici rolü oynamaktadır (Atalay, 2020). Bilinçli farkındalığı öğrenmek, başlangıçta kolay görünse de, bir sporcu veya sanatçının becerilerini geliştirmek için yaptığı gibi sürekli olarak pratik yapmayı gerektirmektedir. Bu pratiklerin gerçekleştirilmesi için bazı tutumların benimsenmesi şarttır.

Bu tutumlar; yargılamama, sabır, başlangıç zihniyeti, güven, çabasızlık, kabullenme ve bırakma gibi temel yaklaşımları içerir. Bilinçli farkındalık uygulamalarında bu tutumlar, deneyimlere açık ve kabul edici bir bakış geliştirmeye yardımcı olur. Zihnin otomatik tepkilerinden uzaklaşarak anda kalabilmeyi kolaylaştırır ve farkındalık sürecini derinleştirir (Atalay, 2021).

Bilgece farkındalık yaklaşımı, bireylerin yaşamda karşılaştıkları deneyimlere nasıl tepki verdiklerinin önemli olduğunu vurgular ve bu deneyimlerle bilinçli farkındalık tutumlarıyla nasıl başa çıkılacağını uygulamalı olarak öğretmeyi hedefler (Atalay, 2021).

2.7.1. Bilinçli Farkındalığın Kuramsal Temelleri

Budist felsefesinde tanımlanan bir terim olmasına karşın farkındalık terimi, farklı kuramlar da farkındalığı ve dikkati ele almışlardır (Germer, 2009).

2.7.1.1. Psikanalitik Yaklaşım

Epstein (1999), Freud'un yapmış olduğu "ideal mind" kavramının bilinçli farkındalık kavramı ile birçok yönünün benzer olduğunu belirtmiştir. Psikodinamik kuram, zaman içerisinde doğu kültürünün öğrenilmeye başlamasıyla beraber gevşeme teknikleri, yoga ve meditasyon kullanılarak ruhsal açıdan gerginliğin ortadan kaldırılmasına yönelik

alışmalara önem vermiştir. Bu alışmalar, meditasyon esnasında kaslarda oluşan gerginliğin ve kalp atış hızının azaltılmasına odaklanmıştır.

Özgürlüğün, zihinde içsel gözleme dayalı bir farkındalık olarak oluşacağına inanan psikodinamik yaklaşımı benimseyen kuramcılar, kendini kabul etmenin ve farkındalığın ön şartı olarak değişimi ne sürmüşlerdir (Özyeşil, 2011b). Ayrıca, bilinçaltı süreçlerinin etkili olduğunu vurgulamışlardır (Fulton ve Siegel, 2005; Johanson, 2006). Jung'un "Zen Budizm" adlı kitapta yazar olarak bölüm yazması, birçok psikiyatrist ve psikoloğun Budizm'le yakından ilgilenmelerine neden olmuştur (Özyeşil, 2011b).

Psikanalitik yaklaşıma göre insanlar, bazen hayatımızda olan uyarıların doğrudan farkında olamamakta, bunları ancak dikkati zorlayarak hatırlayabilmekte veya birtakım zihinsel olayları günlük hayattaki çeşitli yansımalar yoluyla gözlemleyebilmektedir (Freud, 1953). Bu bağlamda psikoanalitik yaklaşım, bireyin hem kendi iç yaşantıları hem de evre hakkında düşünebilme kapasitesine sahip olmasını gerekli kılmaktadır. Bilinçli farkındalık da aynı şekilde, bireyin kendinin ve başkalarının zihinsel durumu hakkında düşünebilmesi, bilinçli farkındalığın becerilerinden biri olarak tanımlanmıştır (Özyeşil, 2011a).

Psikanalitik yaklaşım ve bilinçli farkındalık, her ikisi de içsel girişimler olup, bilinç altında gerçekleşen süreçleri ön planda tutar. İçsel deneyimleri fark etmek, keşfetmek ve kabul etmek, değişim için gereken ilk adım olarak vurgulanmaktadır (Özyeşil, 2011b).

2.7.1.2. Gestalt Yaklaşımı

Bilinçli olarak anın farkında olmak, bireyin mevcut an içinde deneyimlediği düşünce ve duyguların farkında olması ve "şu anda ne yaşıyorum?" sorusuna yanıt araması sürecidir. Farkındalık, Gestalt felsefesinin temel kavramlarından biridir (Demir, 2014). Gestalt yaklaşımının öncüsü Fritz Perls, "Geçmiş artık sona ermiştir, gelecek ise henüz gerçekleşmemiştir. Bu yüzden esas önemli olan, şu an içinde bulunduğumuz andır. şimdiki an, tek gerçekliktir; onun dışında hiçbir şeyden bahsedilemez." diyerek bu yaklaşımın temelini vurgulamıştır (Balcı, 1995).

Gestalt kuramına göre, şu an içinde olma ve farkında olma birbiriyle ayrılmaz kavramlardır. Bu nedenle bireyin farkındalığını artırmayı amaçlamaktadır (Perls ve diğerleri, 1951). Gestalt terapide bireyden, geçmiş ya da gelecek ile ilgili ifadelerini şimdiki

zamanda tekrar etmesi istenir. Bu yöntem, bireyin terapi sürecinde anı yaşayarak, o anki duygu ve düşüncelerinin farkında olmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Perls ve diğerleri, 1951). Benzer şekilde, bilinçli farkındalık yaklaşımı da bireylerin dünyayı nasıl algıladıklarını ön planda tutmaktadır. Ancak, bu algının her zaman tarafsız olmadığı ve geçmiş ile gelecek deneyimlerinden etkilendiği bilinmelidir. Bu farkındalık sayesinde bireyler, karşılaştıkları durumlara daha bilinçli ve dengeli tepkiler verebilir (Greenberg, 2012).

Bu kuramın bir diğer önemli ilkesi “şimdi ve burada”dır. Şimdi ve burada olmak, bireyin zihninden geçenleri ve hissettiklerini bilinçli bir şekilde fark etmesini ifade eder (Perls, 1969). Bilinçli farkındalık anlarında bireyler hem bedensel süreçlerini gözlemleyebilmekte hem de zihinsel deneyimlerini daha iyi kavrayabilmektedir. Ayrıca, bilinçli farkındalık bireylere, kendi ihtiyaçları, dürtüleri ve davranışları arasındaki farkı görme fırsatı sunar. Bu nedenle, Gestalt kuramındaki “şimdi ve burada” ilkesi, bilinçli farkındalığın şimdiki an üzerine odaklanmasıyla benzerlik göstermektedir (Levine, 2012).

2.7.1.3. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu kuram, özünde özgürlük, ölüm, hayatın anlamsızlığı ve yalıtım gibi temel kavramları içerir (Yalom, 2001). Bu kuram, en yalın haliyle, bireyin kendini bilmesini, yaşamı anlamlandırmasını, özgürce yaşayarak kendi tercihlerinin sorumluluğunu üstlenmesinin önemini ve ölüm kaygısının insan hayatındaki etkilerini inceler (Harris, 2013). Varoluşçu kurama göre, insanın kendi varlığının farkında olması, özünü belirlemesine olanak tanır. Aynı zamanda, ölüme ilişkin farkındalık ve bunu kabullenme süreci, yaşamın da farkında olmayı beraberinde getirir. Bu durum, bireyin yaşamında değişiklikler yapmasını ve hayatını daha anlamlı hale getirmesini sağlar (Demir, 2014; Hanh, 1987; May ve Yalom, 1989).

Nietzsche, henüz yaşanmamış bir hayatın bize stres vermesinin anlamsızlığından bahseder. Ona göre, en güzel şekilde yaşamak ve doğru zamanda ölmek, güzel bir yaşam sürdürmenin temelidir. Nietzsche, kendimizin farkına vararak, hayatta var olarak ve içinde bulunduğumuz yaşamı anlamlı bir şekilde sürdürmemiz gerektiğini vurgular. Hayatı anlamlı bir şekilde yaşadığımızda, pişmanlık duymadan ölebileceğimizi belirtir. Ölüm olgusunun farkına varan zihin, yaşamın ve her şeyin bir sonu olduğunu kabullenir. Bu farkındalık, dünyayı ve yaşamı bir bütün olarak değerlendirme ve anlamlandırma yeteneği kazandırır.

Dolayısıyla, ölüm farkındalığı, ölmekten duyulan korkunun etkisiyle kişiyi hayata daha sıkı tutunmaya yönlendirir (Özyeşil, 2011b).

Varoluşçu kuramda, ölüm olgusunu tanımak ve kabullenmek, bilinçli farkındalığın kabul tutumuna benzer bir süreçtir (Hanh, 1987). Aynı şekilde, varoluşçu kuramda da bilinçli farkındalıkta olduğu gibi, birey yargılardan uzak bir şekilde bulunduğu ana odaklanır. Bu süreçte, birey kendi özüne ve varoluşuna dair meraklı bir keşif yolculuğuna çıkar (Harris, 2013).

2.7.1.4. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı yaklaşımdan köken alan bilinçli farkındalık yaklaşımı, algı, duygu ve davranışlar konusunda ortak bir perspektife sahiptir (Çatak ve Ögel, 2010). Her iki yaklaşımda da algı, düşünce ve/veya duyguların değişimi sonucunda uyumsuz davranışların ortaya çıktığı kabul edilir. Dikkat eğitimiyle, duyumsamaların, düşüncelerin ve duyguların açığa çıkarılması, çekingen davranışların azaltılması ve koşullu tepkilerde duyarsızlaştırma süreçleri görülmektedir (Miller ve diğerleri, 1995).

Bilişsel davranışçı yaklaşım, düşünce ya da davranışın değiştirilmesini hedeflerken; bilinçli farkındalık temelli yaklaşım, rahatsızlık veren deneyimlerin kabul edilmesini amaçlar (Baer, 2003). Bilinçli farkındalık yaklaşımında, değişimden önce farkına varma ve kabullenme süreçleri ön plandadır (Çatak ve Ögel, 2010). Bilişsel terapiler ve farkındalık yaklaşımı, temelde “dünyayı düşüncelerimizle oluştururuz” düşüncesini savunur (Gilbert, 2005; Özyeşil, 2011b).

2.7.2. Bilinçli Farkındalık Tutumları

Bilinçli farkındalık, bireylerin fark ettikleri yaşamsal deneyimleri hangi tutumlarla ele alacaklarını deneyimsel olarak öğretir. Yargıları fark etmeyi, geçmiş ve geleceğin algılar üzerindeki etkisini görmeyi, acı veren durumlar karşısında hem kendilerine hem de başkalarına karşı şefkatli olabilmeyi ve kabullenmeyi destekler. Kısacası, bilinçli farkındalık, bu sürecin en belirleyici unsurunun, bireyin karşılaştığı olumlu ya da olumsuz yaşamsal deneyimlere nasıl tepki verdiği olduğunu vurgulamaktadır (Atalay, 2021).

2.7.2.1. Anda Kalma

Bilinçli farkındalık, bireyin uyumlu baş etme becerilerini geliştiren, çevresine ve kendisine olan duyarlılığını artıran bir yaklaşımdır (Hayes ve diğerleri, 2011). Zihin, çoğu zaman geçmişe veya geleceğe yönelmeye meyillidir. Ancak bilinçli farkındalık, bireyin bunu fark ederek dikkatini nazikçe tekrar şimdiki ana yönlendirmesini amaçlar. Böylelikle bireyin geleceğe dair kaygıları azalır ve geçmiş hakkında sürekli düşünmekten kaçınabilir (Ameli, 2016; Atalay, 2021). Şimdiki anın farkındalığı azaldığında veya kaybolduğunda, birey otomatik davranışlara yönelir ve bu durum bazen olumsuz sonuçlara yol açabilir (Özyeşil, 2011a). Bilinçli farkındalığın temel hedeflerinden biri, bireylerin otomatik pilot modunu bilinçli bir şekilde durdurmasını sağlamak ve onları mümkün olduğunca şimdiki anda tutmaktır (Williams ve Penman, 2020). Otomatik pilottan çıkıldığında, birey yaşadığı anın farkına varır ve zihnini gereksiz kaygılardan uzaklaştırabilir. Şimdiki anda olma tutumu, bireyin içgörü kazanmasını destekler (Siegel ve diğerleri, 2009),.

2.7.2.2. Yargıların Farkında Olma

Zihnimiz, içinde bulunduğumuz anda yaşananları otomatik olarak yargılar. Duygu ve düşünceleri "güzel, çirkin, doğru, yanlış, iyi, kötü" gibi ifadeler kullanarak etiketlemektedir (Demir, 2014). Olayları netleştirmek için etiketleme uygun olsa da, bu yargılamaların çoğu farkında olunmadan, otomatik pilot devredeyken ortaya çıkmaktadır (Atalay, 2021). Şimdiki anda yaşanan uyarıların doğru bir şekilde anlamak için, otomatik pilot modundan çıkarak yargısız bir değerlendirme yapılması gereklidir. Bu değerlendirme, farkındalığın oluşmasına önemli bir katkı sağlar (Baer, 2003). Ayrıca, yargılarımızdan kaynaklanan otomatik tepkiler fark edildiğinde, anda yaşanan deneyimleri algımlarken alternatif yanıtlar oluşturmak mümkün hale gelir (Atalay, 2021). Bu nedenle, bilinçli farkındalık, şimdiki anda olan bitene belli bir kategoriye sokmadan, etiketlemeden ve yargısız bir şekilde bakabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Roemer ve diğerleri, 2008).

2.7.2.3. Sabır

Sabır, içinde bulunulan anda yaşanılanları kabul etmek ve yeni bir şeylerin olabilmesi için gerekli zamana ihtiyaç duyulduğunun farkında olmaktır (Kabat-Zinn, 1990). Hayatın olağan akışı, bir şeylerin gerçekleşmesi için şimdiki anın ötesinde daha fazla

zamana ihtiyaç duyulmasını gerektirir. Bu süreç, zihnimizin sürekli gelecekle meşgul olma durumundan çıkıp, olayları gözlemlenme ve dinlenme durumuna geçmesine olanak tanır. Bu nedenle sabır, farkındalığın oluşması ve devam etmesi için önemli bir tutumdur (Ninivaggi, 2019). Sabır, sadece zaman tanımak değil, aynı zamanda farkındalık becerilerinin tekrarlarla gelişmesi için de oldukça önemlidir (Atalay, 2021). Ayrıca, maruz kalınan olumsuz durumlara veya zaman alan süreçlerde ortaya çıkabilecek umutsuzluğa karşı koruyucu bir rol üstlenir (Aktepe ve Tolan, 2020).

2.7.2.4. Başlangıç Ruhı

Başlangıç ruhu, her deneyimin kendine özgü, eşsiz ve değerli ayrıntılarının farkında olmayı ifade eder. Bu tutum, geçmiş tecrübelerin yeni deneyimler üzerinde belirleyici bir temel oluşturmasına izin vermeden, bilgileri her seferinde yeni bir bakış açısıyla edinmeye olanak tanır (Wolf ve Serpa, 2015). Başlangıç ruhu, bireyin her deneyime, ilk kez yaşıyormuş gibi açık bir zihinle ve geniş bir bakış açısıyla yaklaşmasını sağlar (Kabat-Zinn, 2019; Tsang ve diğerleri, 2012). Böylece birey, içinde bulunduğu andaki deneyimini geçmişin etkisiyle anlamlandırmak yerine, farklı bakış açılarından değerlendirebilir (Kabat-Zinn, 2009).

2.7.2.5. Güven

Güven, bireyin kendisine ve bilgeliğine inanması, hayatı üzerinde en önemli belirleyicinin yine kendisi olduğunu kabul etmesidir (Kabat-Zinn, 2009; Tsang ve diğerleri, 2012). Farkındalık temelli uygulamalar sayesinde insanlar, kendi varoluşlarına ve değerlerine güvenmeyi öğrenir. Aynı zamanda sorumluluk alarak zor durumların üstesinden gelme becerisi kazanır (Kabat-Zinn, 2009; Özok ve Tanhan, 2018). Kendine duyulan güven, sadece bireyin kendisini değil, çevresiyle kaliteli ilişkiler kurmasını da sağlar (Kabat-Zinn, 2009).

2.7.2.6. Çabalamamak

Birey, günün her anında sürekli bir uğraş içindedir ve çoğu zaman belirli bir amaç doğrultusunda çaba göstermektedir. Bu uğraşlar bazen bireyi olumsuz duygulara sürüklerken, bazen de olumlu duyguların peşinden gitmesine neden olabilir. Bilinçli

farkındalıkta temel amaç, olumlu ya da olumsuz duygulara ulaşmak değil; bunlara yönelmek için harcanan çaba sırasında bireyin kendi varoluşunun farkına varmasını sağlamaktır (Kabat-Zinn, 1990). Önemli olan ulaşılmak istenen hedef değil, şimdiki anda kalmaktır. Bilinçli farkındalık, bireyin gelecek kaygılarından ve geçmişin üzüntülerinden uzak durarak bugünü doğrudan deneyimlemesini ve içinde bulunulan anı farkındalık perspektifinden gözlemlemesini amaçlamaktadır (Ninivaggi, 2019). Böylece birey, hedeflerine ulaşmaya çalışırken içinde bulunduğu koşulları fark ederek ve kabul ederek sağlıklı bir şekilde ilerleyebilir (Aktepe ve Tolan, 2020).

2.7.2.7. Kabul

Deneyimleri iyi ya da kötü olarak sınıflandırmadan, olduğu gibi kabul etmek bilinçli farkındalığın temel unsurlarından biridir. Amaç, deneyimler beklentilere uygun olmasa da, yargıda bulunmaksızın onları olduğu gibi kabullenmektir (Germer ve Neff, 2020). Kabul, farkındalık uygulamalarının en zor ve en önemli aşamalarından biridir. Bu süreçte odak, sonuçlardan ziyade sürecin kendisine yöneltilmeli ve her deneyim kabul edici bir tutumla ele alınmalıdır. Bu yaklaşım, sürece samimiyet ve şefkatin eşlik etmesini sağlar (Atalay, 2021). Kabul, hem sıkıntıya hem de zevke eşit mesafede durmayı, hatalara karşı acımasız tepkiler vermeksizin bunları kabullenmeyi içerir (Atalay, 2018). Bu tutum, bireyin karşılaştığı zorluklarla daha sağlıklı bir şekilde başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Siegel, 2010). Kabul etmek, hem varoluşsal gerçekleri hem de değişen yaşam koşullarını benimsemeyi sağlayarak farkındalığın gelişmesine katkıda bulunur (Atalay, 2021; Siegel ve diğerleri, 2009).

2.7.2.8. Akışına Bırakmak

İnsanlar, içinde bulundukları bazı olumlu duygu ve düşünceleri sahiplenirken, hoşaga gitmeyen duygu ve düşünceleri bastırmaya çalışırlar. Bilinçli farkındalık düzeyi gelişmiş bireyler ise duygu ve düşünceleri ne sahiplenir ne de bastırır; onları serbest bırakır (Kabat-Zinn, 2009). Duygu ve düşünceleri sahiplenmek veya bastırmak, onların daha şiddetli hissedilmesine neden olur. Oysa akışına bırakmak, zorlayıcı durumlardan uzaklaşmayı sağlar (Wolf ve Serpa, 2015). Akışına bırakmak, deneyimlerden kaçınmak veya reddetmek anlamına gelmez. Aksine, o andaki deneyimleri fark etmek ve kabul etmek anlamı taşır.

Bilinçli farkındalıkta, bu deneyimler akışına bırakılır (Aktepe ve Tolan, 2020; Atalay, 2019).

2.7.3. Bilinçli Farkındalık Uygulamaları

Bilinçli farkındalık uygulamaları genel olarak iki temel biçimde sınıflandırılmaktadır: informal (gündelik) ve formal (düzenli) uygulamalar. **İnformel uygulamalar**, bireyin günlük yaşam etkinlikleri sırasında bilinçli farkındalık becerisini aktif bir şekilde kullanmasını ifade eder. Bu uygulamalar; yemek yeme, yürüyüş yapma veya kişilerarası etkileşimler gibi sıradan faaliyetler esnasında dikkatin ana yöneltmesi ve deneyimlerin yargısız bir şekilde fark edilmesiyle gerçekleştirilir (Alagöz, 2022). **Formal uygulamalar** ise, belirli bir zaman dilimi ve yapı içerisinde sürdürülen, genellikle meditasyon, beden tarama ya da nefes farkındalığı gibi sistematik pratiklerden oluşur. Her iki uygulama biçimi de bireyin farkındalık kapasitesini geliştirmeyi amaçlamakta ve bilinçli farkındalık tutumlarının içselleştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ancak, bu iki uygulama biçimi arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır (Alagöz, 2022).

2.7.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

Farkındalık temelli terapiler, bilişsel terapi yaklaşımlarıyla birleşerek alternatif tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Bu terapiler, Bilişsel-Davranışçı Terapinin (BDT) "üçüncü dalga" yaklaşımlarından biri olarak değerlendirilmektedir (Çatak ve Ögel, 2010). Bu terapi yaklaşımlarında, duygusal düzenleme, üstbiliş, maruz bırakma teknikleri ve dikkat odaklama gibi unsurlar, bilişsel-davranışçı terapi ilkeleriyle bütünleştirilmiştir. Dolayısıyla, farkındalık temelli terapiler, bilişsel-davranışçı terapilerin gelişimsel bir evresi olarak görülmektedir. Literatürde, farkındalık temelli yaklaşımlar kapsamında ele alınan ve bilişsel terapilerle ilişkilendirilen başlıca terapi türleri şunlardır:

- Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT)
- Diyalektik Davranış Terapisi (Dialectical Behaviour Therapy-DBT)
- Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT)
- Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stress Reduction-MBSR)

2.7.4.1. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)

Hayes ve diğerleri (1999) tarafından geliştirilen Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), bireylerin hoşlanmadıkları düşünce, duygu ve davranışları kontrol etmeye çalışmak yerine, onları kabul etmelerini ve bu kabul üzerine değerlerine uygun şekilde hareket etmelerini teşvik eder. Kabul ve Kararlılık Terapisi, temelini davranışçı kuramdan alarak, bireylerin olumsuz duygu ve düşüncelerine karşı kabul ve şimdiki ana odaklanmalarını amaçlayan bir terapidir (Hayes ve diğerleri, 1999). Bu terapi, insanların yaşamlarının farklı dönemlerinde tekrar tekrar karşılaştıkları olumsuz düşünce ve duyguların, geleceğe yönelik karamsar beklentiler doğurmasına neden olabileceğini öne sürer (Harris, 2016).

Kabul ve Kararlılık Terapisi, “bilişsel katılık” modeline dayanır. Bu modele göre psikopatoloji, bireylerin deneyimlerden kaçınmalarını, geçmiş ve geleceğe odaklanmalarını, değerlerinden sapmalarını ve kavramlaştırılmış benliğe sıkıca tutunmalarını içerir (Harris, 2013). Terapide, bireylere bu sorunların üstesinden gelmeleri için psikolojik esneklik kazandırmak amaçlanır. Bu süreçte hedef belirleme, kademeli ilerleme, beceri eğitimi ve maruz bırakma gibi davranışçı teknikler kullanılır. Kabul ve Kararlılık Terapisi, bireylerin içsel durumlarını değiştirmektense, duygu ve düşüncelerin varlığını kabul etmeye odaklanır ve bu süreç sonrasında belirtilerde azalma gözlemlenir (Hayes, 2004). Terapinin amacı, psikolojik esnekliği artırmak için farkındalık egzersizleri ve bağlamsal benlik gelişimini desteklemektir (Hayes, 2004; Yavuz, 2015). Literatürde yapılan meta-analizler, kabul ve kararlılık terapisinin stres, depresyon, kaygı bozuklukları, obezite, bağımlılık, ağrı ve diyabet gibi çeşitli sağlık problemlerinde olumlu sonuçlar doğurduğunu göstermektedir (A-Tjak ve diğerleri, 2015; Öst, 2014; Powers ve diğerleri, 2009).

2.7.4.2. Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)

1990'lı yıllarda Marsha Linehan tarafından geliştirilen Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), duygusal düzenleme güçlüğü çeken ve intihar eğiliminde olan bireyler için tasarlanmış bir terapidir (Linehan, 1993). Bu terapi, bireylerin biyolojik ve çevresel faktörlerden kaynaklanan duygusal dalgalanmalarla başa çıkmalarına yardımcı olmayı hedefler (Üstündağ Budak ve Özeke Kocabaş, 2019). Diyalektik davranış terapisinin temel prensiplerinden biri, zıtlıkların birbirine bağlı olduğu ve değişimin ancak zıt kuvvetlerin

birinin daha güçlü olduğu durumlarda gerçekleştiği anlayışıdır (Bass ve diğerleri, 2014; Karaman, 2019).

Diyalektik davranış terapisi, bireylere bilinçli farkındalık, ana odaklanma, iletişim, yargısız kabul, dayanıklılık ve duygusal düzenleme becerileri kazandırmayı amaçlar (stndağ Budak ve zeke Kocabaş, 2019).

2.7.4.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (BFTBT)

Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (BFTBT), Segal ve diğerleri (2002) tarafından depresyon hastaları için geliştirilmiştir. Bu terapi, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına dayanmaktadır (Crane ve diğerleri, 2016; Greenberg ve diğerleri, 2016; Tomfohr-Madsen ve diğerleri, 2016). Bu terapi, bireylerin içsel farkındalığını artırmayı ve şimdiki anı deneyimlemeye yönelik isteği teşvik etmeyi amaçlamakta olup, bilişsel ilkeler aracılığıyla depresyonu tetikleyen uyumsuz şemaların fark edilmesini sağlamaktadır (Hofmann ve Gmez, 2017).

Literatür incelendiğinde, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin diyabet, kanser, koroner kalp hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği gibi sağlık sorunları olan bireylerde depresyon, yorgunluk ve kaygı semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmektedir (O'Doherty ve diğerleri, 2015; Van Der Lee ve Garssen, 2012; Van Son ve diğerleri, 2011). Bu alanda yapılan araştırmalar, bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin psikolojik esnekliği artırdığını ve katılımcıların genel psikolojik iyi oluş düzeylerinde iyileşme sağladığını göstermektedir.

2.7.4.4. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (BFTSAP)

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, Jon Kabat-Zinn tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Bu program, bilinçli farkındalık uygulamalarının ilki olup, kronik ağrı yaşayan bireylerin stresle başa ıkılmalarına yardımcı olmak için tasarlanmıştır (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 2009; Pollak ve diğerleri, 2019). Bu terapi, kronik ağrı, öfke, kaygı ve stresi azaltmak için kullanılan ve etkinliği pek çok alanda doğrulan bir yöntemdir (Chiesa ve Serretti, 2011; Horner ve diğerleri, 2014; Kabat-Zinn, 1982). Terapinin amacı, bireylerin şimdiki anı fark etmelerini sağlamak ve beden, düşünce ve

duyguları arasındaki farkındalıklarını artırarak stresli durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olmaktadır (Körükçü ve Kukulu, 2015).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, haftada bir kez 1,5-2 saat süren ve toplamda 8 oturumdan oluşan bir grup terapisi şeklinde uygulanır. Program ayrıca bir sessizlik günü içerir (Keng ve diğerleri, 2011; Pollak ve diğerleri, 2019). Terapinin içeriği, grup katılımcılarının birbirleriyle deneyimlerini paylaşmaları ve meditasyon çalışmalarını destekleyen ses kayıtlarıyla şekillenmektedir (Stahl ve Goldstein, 2019). Katılımcılar, hafta boyunca belirli egzersizleri uygulamaları gerektiğinin farkında olarak terapi sürecine katılırlar.

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programında kullanılan meditasyon teknikleri şunlardır (Kabat-Zinn, 1982):

- Dikkatin şimdiki an üzerinde odaklanması
- Zihnin dağıldığını fark etme ve dikkati nazikçe ana getirme
- Öfke, korku, acı ve kaygı gibi duygular hissedildiğinde, duyguları yargılamadan gözlemleme
- Düşüncelerin içeriğine dahil olmadan düşüncelerin gözlemlenmesi
- Katılımcıların şimdiki ana odaklanırken kendilerini zorlamamaları gerektiği vurgulanır
- Oturumlar süresince ve sonrasında öz-sorumluluk esastır (Kabat-Zinn, 1982).

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı, stresle başa çıkmanın ötesinde, katılımcılara genel psikolojik iyilik hallerini geliştirme ve sürdürülebilir rahatlama sağlama imkanı sunmaktadır. Bu terapi, kişilerin yaşam kalitelerini artırmak için farkındalık egzersizlerinin devamlılığını sağlamak önemlidir.

2.8. Bakım Vericilerde Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Kullanılması

Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, bakım vericilerin zorlu süreçlerde verdikleri tepkilerin farkına varmalarını ve bu tepkileri yönetmelerini amaçlayan etkili bir yaklaşımdır. Bu tür müdahaleler, bakım vericilerin içsel deneyimlerini hedef alarak yaşam konforlarını artırmaya yönelik çözümler sunmaktadır (Didonna, 2009). Primer bakım vericiler, yoğun

duygusal ve zihinsel yükler altında kalarak fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını ihmal edebilmektedir. Bunun sonucu olarak, bakım vericilerde çeşitli fiziksel ve ruhsal hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bilinçli farkındalık temelli stres programları, bu duygusal zorlukları yönetmelerine ve kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olabilir (APA, 2014; Didonna, 2009; Yadava ve diğerleri, 2012).

Araştırmalar, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının primer bakım vericiler üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu programın, bakım vericilerin bakım verme davranışlarını artırdığı, empati becerilerini geliştirdiği ve hasta ile olan ilişkilerini güçlendirdiği bulunmuştur (McCracken, 2016; Monin ve Schulz, 2009). Ayrıca, yüksek farkındalık düzeylerinin genel zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilişkili olduğu ve bakım vermenin olumsuz etkilerini azalttığı vurgulanmıştır (Chiesa ve Serretti, 2011).

BFTSAP'nın etkinliğine yönelik yapılan çalışmalar, bakım vericilerin yaşam kalitesinin, stresle başa çıkma becerilerinin, kişilerarası etkileşimlerinin ve ruhsal sağlıklarının iyileştiğini göstermektedir. Bu programlar, aynı zamanda algılanan stresin, depresif belirtilerin ve yalnızlığın azalmasına da katkı sağlamaktadır (Cachia ve diğerleri, 2016; Cash ve diğerleri, 2016; Paller ve diğerleri, 2015; Tkatch ve diğerleri, 2017; Van den Hurk ve diğerleri, 2015). Örneğin, demans, madde bağımlılığı, kanser, Parkinson hastalığı, otizm spektrum bozukluğu ve ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakımını üstlenen kişilerde yapılan müdahaleler, yaşam memnuniyetini ve genel fiziksel sağlığı artırmaktadır (Kim ve Kim, 2019; Vinci ve diğerleri, 2019).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda psikolojik iyilik hali üzerinde de güçlü etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Özellikle psikoz ve bipolar bozukluk gibi ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakımını üstlenen kişilerin stres düzeylerinin azaldığı, öz yeterliliklerinin arttığı ve psikolojik iyilik hallerinin geliştiği bulunmuştur (Lo ve diğerleri, 2019; Putri ve diğerleri, 2017).

Nörobilimsel çalışmalar, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının beyin yapısında ve işlevinde olumlu değişikliklere yol açtığını göstermektedir. Beyinde yoğunluk artışı ve sinirsel bağlantılarda güçlenme gibi yapısal değişiklikler gözlemlenmiştir (Işık, 2023; Tang ve diğerleri, 2015). Ayrıca, stres tepkisini düzenleyen amigdala üzerindeki aktivitenin azaldığı, prefrontal korteks ile olan fonksiyonel bağlantıların güçlendiği ve

duygusal uyaranlara karşı daha hızlı bir şekilde tepki verildiği bulunmuştur (Fox ve diğerleri, 2014; Gotink ve diğerleri, 2016).

Araştırmalar, bu tür programların bakım vericilerin direncini artırdığını, duygusal denetimlerini güçlendirdiğini ve ilişkilerini iyileştirdiğini göstermektedir (Yadava ve diğerleri, 2012; Zhang ve diğerleri, 2021). Bu bağlamda, çevrimiçi farkındalık eğitimleri ve uzun süreli takip gerektiren çalışmaların önemine de dikkat çekilmektedir (Zhang ve diğerleri, 2021).

Sonuç olarak, bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, bakım vericilerin duygusal yüklerini hafifletmek, stresle başa çıkmalarını sağlamak ve genel sağlık ve iyilik hallerini artırmak için etkili bir araçtır. Bu tür programlar, bakım vericilerin kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamalarına, empatik davranışlarını geliştirmelerine ve daha sağlıklı ilişkiler kurmalarına olanak tanımaktadır.

2.9. Bakım Vericilere Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programında Hemşirenin Rolü

Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, özellikle hemşirelik uygulamalarında, stres yönetimi ve kişisel iyileşme süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler, aldıkları profesyonel eğitimle bu tür uygulamaları kullanarak hem kendi ruhsal ve fiziksel sağlıklarını iyileştirebilir hem de hastalarına daha etkili bakım sunabilirler. Bu bağlamda, hemşirelerin farkındalığa dayalı psikoeğitim programlarını uygulamaya koymaları, stresli ve kaygılı bireylerle daha sağlıklı etkileşimler kurmalarına katkı sağlar (Liman, 2021; Penque, 2019). Ayrıca, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programları, hemşirelerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirerek profesyonel rollerini daha etkin şekilde yerine getirmelerine ve hasta bakım kalitesini artırmalarına yardımcı olur (Ghawadra ve diğerleri, 2019; Mackenzie ve diğerleri, 2006).

Bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, hemşirelik teorileriyle benzer değerler taşıyan ve giderek daha fazla ilgi gören bir alandır. Bu uygulamalar, hemşirelerin stres yönetimi, hasta iletişimi ve genel mesleki performanslarını iyileştirmelerine yardımcı olurken, hastaların da duygusal ve fiziksel iyilik hallerini desteklemektedir. Güncel literatür, bilinçli farkındalık tekniklerinin hem klinik hem de klinik dışı ortamlarda etkinliğini ortaya koymaktadır. Özellikle nefes egzersizleri, beden tarama, dikkat geliştirme, stres azaltma

programları (MBSR), empati ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi gibi teknikler, hemşirelik uygulamalarında önemli bir yer tutmaktadır (Truscott, 2024).

Nefes egzersizleri, bilinçli farkındalık uygulamalarının temelini oluşturur. Bireyin nefes alışverişine odaklanarak anda kalmasını sağlayan bu teknik, özellikle stres ve kaygıyı azaltmada etkilidir. Güncel bir çalışma, nefes egzersizlerinin hemşirelerin iş yerindeki stres seviyelerini önemli ölçüde azalttığını ve duygusal tükenmişliği önlediğini göstermektedir (Zhang ve diğerleri, 2024). Ayrıca, bu tekniklerin hastalarda akut ağrıyı hafiflettiği ve genel psikolojik iyilik hâlini artırdığı belirtilmiştir (Torrijos-Zarcero ve diğerleri, 2021). Beden tarama, bireyin vücudunun farklı bölgelerine sırayla odaklanmasını sağlayarak fiziksel ve duygusal farkındalığını artırmayı amaçlayan bir tekniktir. Bu uygulama, özellikle kronik ağrı ve stresle başa çıkmada etkilidir. Chiesa ve Serretti (2011) tarafından yapılan meta-analiz çalışması, beden tarama uygulamalarının kronik ağrı hastalarında ağrı şiddetini azalttığını ve yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymuştur. Hemşireler, bu tekniği kullanarak hastaların bedensel farkındalıklarını artırabilir ve ağrı yönetimine katkıda bulunabilir.

Dikkat geliştirme ve odaklanma, bilinçli farkındalığın önemli bir parçasıdır. Bu teknik, hemşirelerin yoğun ve stresli ortamlarda daha etkili kararlar almalarına yardımcı olur. Lin ve diğerleri (2019) tarafından yapılan çalışmada, bilinçli farkındalık temelli eğitim alan hemşirelerin dikkat sürelerinin arttığını ve iş performanslarının iyileştiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu tekniklerin öğrenme süreçlerini hızlandığı ve özgüveni artırdığı da belirtilmiştir (Azak, 2018). Torrijos-Zarcero ve diğerleri (2021) tarafından yapılan araştırmada, BFTSAP'larının hemşirelerde tükenmişlik sendromunu azalttığını ve mesleki doyumu artırdığını göstermektedir. Ayrıca, bu programların hastalarda biyolojik ve psikolojik iyileşmeyi desteklediği kanıtlanmıştır. Empati ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi, bilinçli farkındalık uygulamalarının bir diğer önemli yönüdür. White'ın (2019) çalışması, bilinçli farkındalık eğitimi alan hemşirelerin hastalarla daha etkili iletişim kurduğunu ve hasta memnuniyetini artırdığını ortaya koymaktadır. Bu durum, hemşirelerin hastalarına daha duyarlı ve anlayışlı bir şekilde yaklaşmalarını sağlamaktadır.

Öz-şefkat ve özgüven artışı, bilinçli farkındalık uygulamalarının hemşireler üzerindeki bir diğer olumlu etkisidir. Neff ve Germer'in (2022) araştırması, bilinçli farkındalık uygulamalarının hemşirelerin öz-şefkat düzeylerini artırdığını ve özgüvenlerini

güçlendirdiğini göstermektedir. Bu durum, hemşirelerin mesleki kimliklerini güçlendirebilir ve iş tatminlerini artırabilir.

Sonuç olarak, bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, hemşirelik mesleği için oldukça değerli bir araçtır. Bu teknikler, hemşirelerin stres yönetimi, hasta iletişimi ve mesleki performanslarını iyileştirirken, hastaların da fiziksel ve psikolojik iyilik hâllerini desteklemektedir. Güncel literatür, bu uygulamaların etkinliğini kanıtlamakta ve hem klinik hem de klinik dışı ortamlarda yaygınlaşmasını önermektedir. Jiménez-Gómez ve diğerleri (2022) yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık temelli uygulamaların hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının stres düzeylerini azalttığı, şefkat yorgunluğu ve tükenmişliği azalttığını ve öz bakım becerileri ile psikolojik iyi oluşu artırdığını belirlemişlerdir. Yela ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada önceki çalışmayla benzer şekilde farkındalık temelli uygulamaların sağlık çalışanlarında öz şefkat düzeyini artırdığını ve farkındalık becerilerini artırarak psikolojik iyi oluşlarını geliştirdiklerini saptamıştır. Lin ve diğerleri (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelere uygulanan farkındalık temelli stres azaltma programının hemşirelerin stres seviyelerini önemli derece azalttığını ortaya koymuştur. Hemşirelerin farkındalık temelli müdahale tekniklerini benimsemesi, hem kendi sağlıkları hem de hastalarının bakım kalitesi açısından büyük bir katkı sağlayacaktır (Beaumont ve diğerleri, 2021; Jiménez-Gómez ve diğerleri, 2022; Lin ve diğerleri, 2019; Lomas ve diğerleri, 2019; Ong ve diğerleri, 2024; Yela ve diğerleri, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma yöntemde gerçekleştirilmiştir. Karma yöntem, verilerin hem nicel hem de nitel tekniklerle toplanıp analiz edildiği ve bulguların birleştirilerek olay ve olguların çok boyutlu bir şekilde incelendiği bilimsel bir yaklaşımdır (Creswell, 2012; Tashakkori ve Creswell, 2007). Bu yaklaşım, nitel ve nicel yöntemlerin birlikte veya entegre bir şekilde kullanılmasının, araştırma problemlerinin ve değişkenler arasındaki ilişkilerin daha bütüncül ve derinlemesine anlaşılmasını sağladığı temel varsayımına dayanır (Creswell ve Plano-Clark, 2007; Fraenkel ve diğerleri, 2011; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Karma yöntem, aynı zamanda bir programın tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde de etkin bir şekilde kullanılmaktadır (Johnson ve Christensen, 2014). Karma yöntemde, nicel ve nitel tekniklerin zamanlaması (eşzamanlı veya ardışık) ve bu tekniklerin araştırmadaki ağırlığı (baskın veya eşit düzeyde) gibi faktörlere bağlı olarak farklı desenler mevcuttur (Creswell, 2012; Leech ve Onwuegbuzie, 2009). Bu desenler arasında eşzamanlı paralel, açıklayıcı ardışık, keşfedici ardışık, gömülü, dönüşümsel ve çok aşamalı desenler yer alır (Creswell ve Plano-Clark, 2011). Özellikle keşfedici ardışık desen, ilk aşamada nitel yöntemle elde edilen verilerin, ikinci aşamada nicel yöntemde kullanılacak bir programın geliştirilmesine temel oluşturması prensibine dayanır (Greene ve diğerleri, 1989).

Bu araştırmada kullanılan keşfedici sıralı karma desende öncelikle fenomenoloji (olgu) incelenmiştir. Bu bağlamda bakım vericilerin düşüncelerini ve duygularını ifade etme biçimleri, yaşadıkları zorlu durumlar ve bu durumlarda gösterdikleri davranışlar derinlemesine görüşme yöntemi ile incelenmiştir. Derinlemesine görüşme, araştırmacı ile katılımcı arasında yüz yüze ve sözlü iletişime dayalı olarak gerçekleştirilen, bireylerin düşünce, duygu, tutum ve deneyimlerini ayrıntılı biçimde ortaya koymayı amaçlayan nitel bir veri toplama yöntemidir. Yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış biçimlerde uygulanabilen bu görüşmeler sayesinde bireylerin inançları, değerleri, kültürel pratikleri ve toplumsal yaşantıları derinlemesine anlaşılabilir. Bu yöntem, özellikle açıklayıcı ve betimleyici nitel araştırmalarda tercih edilmekte; katılımcıların yaş, cinsiyet, etnisite, statü, yaşam tarzı gibi sosyo-kültürel özelliklerine ilişkin zengin ve çok boyutlu

veriler elde edilmesini sağlamaktadır (Boyce ve Neale, 2006; Morris, 2015; Uslu ve Demir, 2023). Bu görüşmelerden elde edilen veriler kullanılarak BFTSAP çerçevesi korunarak elde edilen verilere uygun şekilde geliştirilmiş ve sonrasında nicel yöntem ile program uygulanmış ve genellemeye gidilmiştir. Bu aşamada bakım vericilere “program öncesi, program sonrası ve üç aylık izlem sonrası ölçümlerin alındığı kontrol gruplu” haftada bir oturum olmak üzere 8 oturumluk Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı’nın bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat üzerine etkileri incelenmiştir. Bu bölümde her iki araştırmanın yöntem bölümüne ayrı ayrı yer verilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın ili merkezinde yer alan Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi’ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde (TRSM) yürütülmüştür. Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi 2004 yılında hizmete girmiştir. Bu hastane 19804 m² alan üzerinde 4670 m² kapalı alan ve 255 yatakla Aydın ve çevre illerde ikamet eden halka sağlık hizmeti sunmaya devam etmektedir. TRSM 2014 yılından beri hizmet vermektedir. TRSM’de hizmet alma saatleri 08:00-16:30 arasındadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet anlayışı doğrultusunda yapılandırılan TRSM, bireylerin hastalık belirtileriyle baş etme becerilerini geliştirmeyi, iç görü kazanmalarını sağlamayı ve sosyal işlevselliklerini artırmayı amaçlamaktadır. Merkezlerde ilaç tedavisinin düzenlenmesi, hastalık ve ilaç uyumunun desteklenmesi, bireysel sorumlulukların kazandırılması ve sosyal becerilerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Grup terapileri aracılığıyla kişilerarası ilişkiler güçlendirilmekte ve gerçeği değerlendirme becerileri desteklenmektedir (Uz Gül ve diğerleri., 2014). Ayrıca TRSM’lerde hasta yakınlarına yönelik psikoeğitim, danışmanlık ve destek hizmetleri sunulmakta; hasta ve yakınlarının bireysel ihtiyaçları doğrultusunda hizmet planlaması yapılmaktadır (Aşık, 2011; Akgün, 2019; Ensari, 2013). TRSM’de psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve iş-uğraşı terapisti gibi farklı disiplinlerden sağlık profesyonelleri görev yapmaktadır. Bu ekip, hastaların psikososyal ihtiyaçlarını karşılamak, tedaviye uyumu artırmak ve toplumsal işlevselliği desteklemek amacıyla bütüncül bir yaklaşım benimsemektedir. Ekip çalışması, TRSM hizmetlerinin etkinliğini ve sürekliliğini sağlamaktadır (Akgün, 2019).

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma 15.05.2024- 15.02.2025 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın nitel aşamasının verileri 17.05.2024-15.06.2024 tarihleri arasında bakım vericilerle yapılan yüz yüze görüşmelerle elde edilmiştir. Nicel aşamada kullanılan ölçme araçları (ön test- son test), 01.09.2024 - ile 06.11.2024 arasında; 3. ay izlem ölçümleri ise 03.02.2025-08.02.2025 tarihler arasında uygulanmıştır.

3.4. Nitel Bölümün Yöntemi

3.4.1. Nitel Araştırmanın Türü

Araştırmanın bu kısmında fenomenolojik desen kullanılmıştır. Fenomenoloji, bireylerin belirli bir olgu veya kavram hakkındaki düşüncelerini, bakış açılarını ve algılarını ifade etmelerine yardımcı olan ve aynı zamanda bu fenomeni değerlendirmek amacıyla kullanılan bir nitel araştırma yaklaşımıdır. Bu yöntem, bireyin yaşadığı olaylar ve durumlar sonucunda edindiği deneyimlere odaklanmaktadır (Creswell, 2016; Hesse-Biber ve Leavy, 2006; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

3.4.2. Nitel Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi TRSM’de 01.01.2022- 01.01.2023 tarihleri arasında kayıtlanmış olan 344 hastanın bakım vericileri (n=344) oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik örnekleme, küçük bir örneklem oluşturmak ve bu örnekleme çalışılan problem taraf olabilecek bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede temsil edilmesini sağlamaktır (Hesse-Biber ve Leavy 2006). Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyo ekonomik durum, hastaya bakım verme süresi özelliklerine göre maksimum çeşitlilik oluşturmuştur. Örneklemin belirlenebilmesi Söke TRSM’de kayıtlı hastalar cep telefonu numaralarından aranılarak TRSM’ye davet edilmiştir. Hasta bakım vericileriyle ön görüşme yapılarak çalışmanın konusu, amacı ve yöntemi hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü belirlenirken toplanılan veriler kendini tekrar etmeye başlayana kadar veri toplamaya devam edilir (Karahan ve diğerleri, 2022). Bu araştırmada örneklem büyüklüğü

katılımcılar ile görüşmede elde edilen veriler tekrar edene kadar, yani veri doygunluğuna ulaşılan kadar görüşmelere devam edilmiştir. Bu bağlamda araştırmanın nitel boyutunun örneklemine çalışmaya katılmaya gönüllü olan 20 bakım verici oluşturmuştur. Merkezin çalışma programını aksatmayacak şekilde görüşme odasında önce katılımcıların yazılı onamları alınarak, kişisel bilgi formu verildikten sonra görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Çalışmanın nitel bölümünde yer alacak bakım verici bireyler, çalışmanın deneysel aşamasına dahil edilmemiştir.

3.4.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

3.4.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Hastanesi TRSM'ye kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olan bireyin bakım vericisi olması
- Aydın iline bağlı Söke ilçesinde ikamet ediyor olması,
- Okur-yazar olması,
- Hastanın bakımında en az 6 aydan beri primer bakım veren kişi olması,

3.4.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Zihinsel engelin olması

3.4.4. Nitel Veri Toplama Araçları

Nitel veriler iki bölümden oluşan görüşme formu ile toplanmıştır.

3.4.4.1. Tanıtıcı Bilgi formu

Birinci bölüm araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup (Okçin, 2007; Orak ve Sezgin, 2015; Yıldız ve diğerleri, 2016), bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili (cinsiyet, yaş, hasta ile olan yakınlık derecesi, hastanın tanısı, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir durumu, sağlık problemi durumu ve hasta bakımına destek olan kişiler) 12 soru içeren bir formdur.

3.4.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

İkinci bölümde ise araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış on (10) soru ve üç (üç) alt soru yer almaktadır. Bu bölümde bakım vericiler olaylar ve durumlar karşısında verdiği duygusal tepkileri, aile üyeleri ve hastaya karşı belli durumlarda hissettiği duygular, üzüntü, korku, sevinç, mutluluk duygularını hissettiğinde gösterdiği tepkiler, üzüntü, korku, sevinç, mutluluk duygularını hissettiklerinde, bu duyguları ifade etme biçimlerini irdeleyen sorularından oluşmuştur.

3.4.5. Nitel Araştırma Ön Uygulama

Araştırmada veri toplamak için kullanılacak olan soru formunda yer alan soruların anlaşılır olup olmadığını değerlendirmek için 2 bakım verici ile ön uygulama yapılmıştır. Bakım vericilerden alınan geri bildirimlerde soruların anlaşılır olduğu görülmüş herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmamıştır. Ön uygulamaya katılan bakım vericiler çalışmaya alınmamıştır.

Araştırmanın çalışma grubunda yer alan bakım vericilere, telefon aracılığı ile ulaşılmış çalışmanın amacı açıklandıktan sonra uygun oldukları gün ve saatler ve görüşmelerin yapılacağı zaman belirlenmiştir. Görüşmeden bir gün önce, bakım verici telefon aracılığı aranarak görüşme zamanı ve yeri hatırlatılmıştır. Görüşmeler, kurumun işleyişini bozmayacak şekilde, merkezde bulunan bir odada yapılmıştır. Görüşmeye başlanmadan önce bakım vericiye görüşmenin kayıt altına alınacağı tekrardan hatırlatılmış, bakım vericiden ses kaydı için onam alındıktan sonra yapılan görüşmenin ses kaydı başlatılmıştır. Görüşmeye başladıktan sonra, araştırmacı kendisini kısaca tanıtarak araştırmanın amacını ve görüşme yöntemini tekrar açıklamıştır. Ayrıca bakım vericiye görüşmelerin gizli tutulacağı, üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı, bu araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanılacağı, araştırmadan ayrılmak istediği zaman ayrılabilceği hatırlatılmıştır. Görüşme yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığı ile yüz yüze olarak yürütülmüştür. Görüşmelerin mahremiyeti açısından görüşme sırasında sadece bakım verici ve araştırmacı bulunmuştur. Görüşmelerin az 23.05 en fazla 45.54 dakika sürmüştür. Derinlemesine görüşme tekniği, katılımcıların deneyimlerini ve görüşlerini detaylı şekilde ifade etmelerine olanak tanıyan esnek bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, katılımcıların bireysel farklılıklarından ve görüşme sürecine yaklaşımlarından kaynaklanmaktadır. Bazı

katılımcılar sorulara daha kısa ve öz yanıtlar verirken, bazıları deneyimlerini daha ayrıntılı şekilde ifade etmiştir. Ayrıca, bakım verme sürecine ilişkin yaşantıların çeşitliliği ve duygusal yoğunluğu da görüşme süresini etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin esnek yapısı, katılımcının anlatım düzeyine göre görüşme süresinin uzayıp ksalmasına olanak tanımıştır. Yirmi bakım verici ile toplam 601.32 dakika görüşme yapılmıştır.

3.4.6. Nitel Bölümün İstatistiksel Analizi

Veri analizi, elde edilen bilgilerin anlamlandırılarak okuyucuya sistemli ve anlaşılır bir şekilde sunulması sürecidir (Merriam, 2018). Verilerin analizinde, araştırma içindeki tema ve kategorileri oluşturmak hedefiyle tümevarımcı niteliksel içerik analizi kullanılmıştır. Bu analiz yöntemiyle, hem katılımcıların ifadelerinden doğrudan elde edilen açık içerik hem de araştırmacının yorumları doğrultusunda bu ifadelerin altında yatan anlamlara ilişkin örtük içerik analiz edilmiştir (Naeem ve diğerleri, 2023). Araştırmada ses kayıt cihazındaki görüşmeler yazılı metne (101 sayfa) dönüştürülmüştür. Yazılı metne dönüştürülen metinlerin ses kayıtları ile doğruluğu araştırmacı tarafından 2 kez kontrol edilmiştir. Yazılı metne dönüştürülen metinler bakım vericilere tekrar okutularak eklemek ya da çıkarmak istedikleri bilgiler olup olmadığı yüz yüze sorulmuştur. Herhangi bir ekleme veya çıkarma isteği olmamıştır. Son halini alan metinlerde bakım vericilerin gerçek isimleri kullanılmamış olup, kodlarla belirtilmiştir.

Metinler araştırmacı, danışman ve öğretim üyesi ve bir uzman (H.K) tarafından tekrarlı biçimde okunmuş bakım vericilerin deneyimleri bir bütün olarak anlamaya çalışılmış ve metinlerdeki içerikler renkli kalemlerle işaretlenmiş ve notlar alınmıştır. Metinler her okumada içerikler renkli kalemlerle işaretlenmiş, metnin yanına boş bir sütun açılarak kodlar yazılmıştır. Sütunlarda ki kodlar görüşme metni içeriğine 'açık kodlama' (benzer anlam taşıyan ifadelerin belirlenmesi) ve belirlenen ifadelerin isimlendirilmesi ile 'kodlama' yapılmıştır. İsimlendirilen kodlar benzerlikleri ve farklılıkları açısından ayrılmıştır. Araştırma sürecinde öznel yargıların etkisini en aza indirmek ve analizde taraflılığı azaltmak amacıyla kodlama işlemi araştırmacı, danışman öğretim üyesi ve uzman tarafından bağımsız biçimde gerçekleştirilmiştir. Kodlama sonuçları karşılıklı olarak değerlendirilmiş ve yorum farklılıklarının giderilmesi için uzlaşa sağlanmıştır. Ayrıca, analiz süreci boyunca sürekli karşılaştırmalı yöntem kullanılarak veriye geri dönülmüş, araştırmacının kişisel varsayımlarından veya mevcut önyargılarından kaynaklanabilecek

anlam sapmalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu çoklu bakış açısı ve sistematik kontrol süreci, çalışmanın güvenilirliğini artırmayı amaçlamıştır.

Benzer olan kodlar toplanıp aynı alt temada birleştirilmiştir. Alt temaların anlamları birbirine bağlanarak temalar oluşturulmuştur. Daha sonra, tüm görüşmelerden elde edilen kodlar, benzerlik ve farklılıkları belirlemek için çapraz incelemeye (araştırmacı ve tez danışmanı tarafından) tabi tutulmuştur. Kodlar anlam bütünlüğüne göre gruplandırılmış ve bu kodları temsil edebilecek, tema ve alt temalar oluşturulmuştur. Bir uzman tarafından temaların bulgularla uygunluğu tekrar kontrol edilmiştir. Temalar fikir birliğine ulaşılan kadar 11 defa düzenlemeye gidilmiştir. Sonuçlar, tema, alt tema ve kodlar olarak tablolastırılmıştır. Oluşturulan tablodaki tema, alt tema ve kodlar verilerin analizi ve ortaya çıkan durumun modellenmesi için bilgisayar destekli nitel veri analizi kullanılmıştır. Bu kapsamda, verilerin sistematik bir biçimde analiz edilmesi ve tematik modellerin oluşturulmasında MAXQDA 2020 nitel veri analiz programından yararlanılmış; analiz süreci, nitel araştırma konusunda deneyimli bir istatistikçiden alınan uzmanlık desteğiyle yürütülmüştür.

3.4.7. İçerik Analizi

‘Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu’ aracılığı ile elde edilen nitel verilerin değerlendirilmesinde, tümevarımcı içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmada içerik analizi için bir çerçeve oluşturulduktan sonra elde edilen veriler tek tek analiz edilerek temalandırma yapılmıştır. Tüm okumaların ardından elde edilen kodlar anlamlı olacak şekilde birleştirilerek ve karşılaştırma yapılarak asıl kodlar elde edilmiştir. Veriler içerik analizi ile ortak/benzer temalara göre düzenlenmiştir. Araştırmacı ve uzmanlar tarafından önce ana temalar, ardından bunlara bağlı alt temalar ve kodlar oluşturulmuştur. Çözümlemeler sonucunda ortaya çıkan 4 tema, modellenmiş ve görselleştirilmiştir.

Verilerin analizi ve elde edilen bulguların modellenmesinde bilgisayar destekli nitel veri analizinden yararlanılmıştır (Creswell, 2016). Bu doğrultuda, teori inşasına yönelik bir analiz aracı olan MAXQDA 2020 programı kullanılmış (VERBI, 2020) ve tüm veri seti programa aktarılmıştır. Kodlama ve tematik analiz süreci, bu yazılım aracılığıyla sistematik biçimde yürütülmüştür.

3.4.8. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği

Nicel çalışmalardaki geçerlik ve güvenirlilik kavramları yerine nitel çalışmalarda, tutarlılık, aktarılabilirlik, inandırıcılık ve teyit edilebilirlik kavramları daha çok ön plana çıkmaktadır (Streubert ve Carpenter, 2011; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

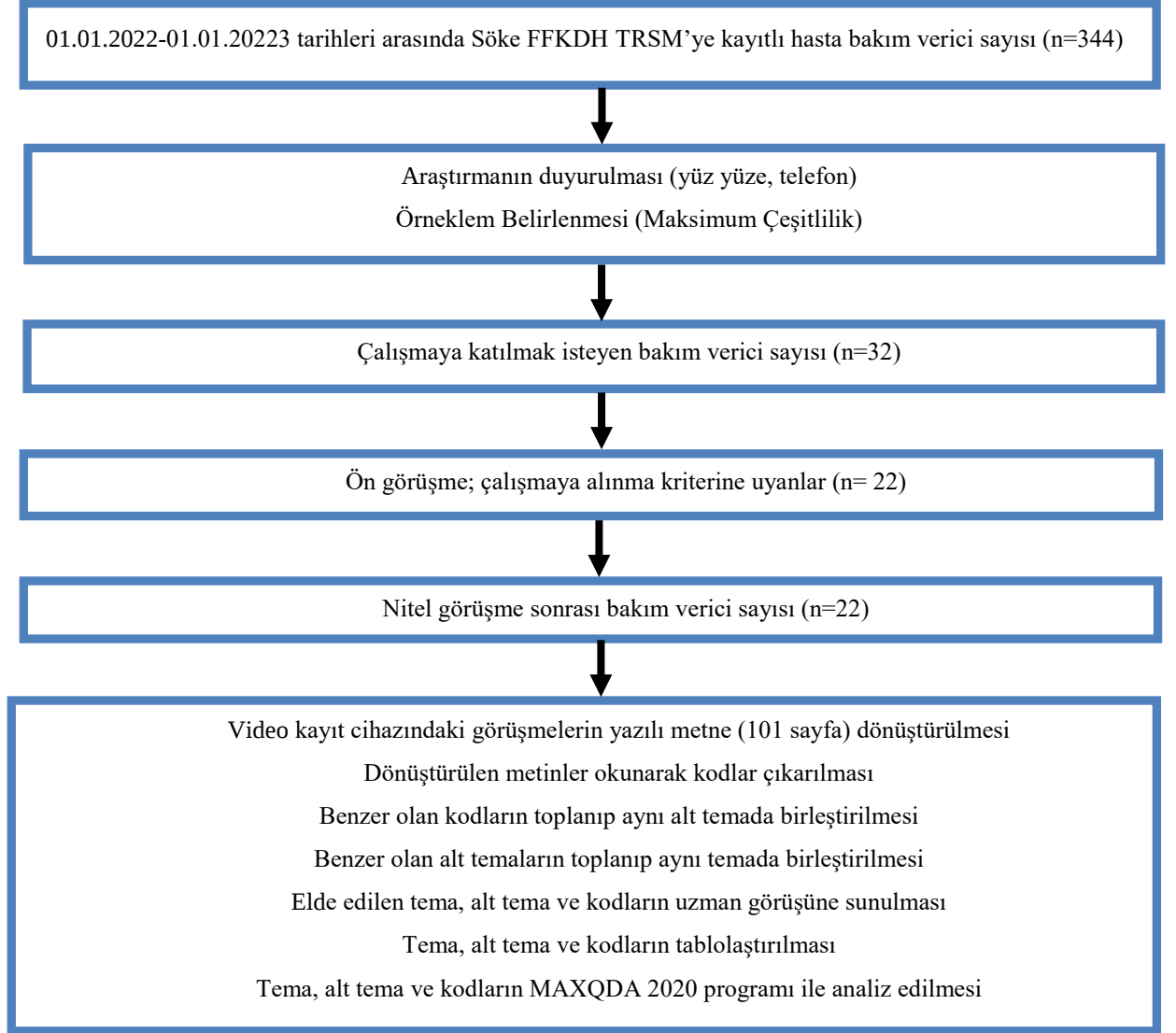
Tutarlılık: Araştırmacının verilerin toplanması ve analiz aşamalarında tutarlı davranmasıdır. Verilerin tek araştırmacı tarafından toplanması ve analiz edilmesi tutarlılık açısından önemlidir (Streubert ve Carpenter, 2011; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Verilerin toplanması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşmeler de elde edilen metinlerdeki içeriklerden kod, alt tema ve temalar üç psikiyatri hemşiresi tarafından oluşturulmuştur. Bu kişilerin ikisi akademisyen biri psikiyatri hemşiresidir. Tutarlılığı hesaplamada Miles ve Huberman'ın (1994), kodlayıcılar arası görüş birliğini kavramsallaştıran formülü (Uzlaşma Yüzdesi = $\text{Görüş Birliği} / (\text{Görüş Birliği} + \text{Görüş Ayrılığı}) \times 100$) kullanılarak hesaplanmıştır. Miles ve Huberman (1994)'a göre hesaplanan uzlaşma yüzdesinin %70 güvenilir olarak kabul edilmektedir. Araştırmada kodlayıcılar arasındaki uzlaşma yüzdesi, $(56 / (56+13)) \times 100 = \% 81.15$ çıkmıştır. Bu değer, araştırmamız için güvenilir olarak kabul edilmiştir (Miles ve Huberman, 1994).

Aktarılabilirlik: Nitel çalışma sonuçlarının aktarılabilirliği, ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme ile sağlanır. Ayrıntılı betimlemede araştırmacı, katılımcıların ifadelerini olduğu gibi aktararak kendi yorumlarını dâhil edilmez (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

İnandırıcılık: Nitel çalışmada inandırıcılık, çalışmanın başka araştırmacılar tarafından yapıldığında benzer sonuçlar vermesi ile ilgilidir. İnandırıcılık; uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve uzman teyidi ile sağlanabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Teyit edilebilirlik: Ulaşılan sonuçların 'teyit incelemesi' stratejileriyle teyit edilebilmesidir. Böylece araştırmacının yanlılığı azaltılmış olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırma sürecinde amaca uygun ve açıklayıcı verilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bakım vericilerin sözel ifadeleri kullanılarak kod, alt tema ve temalar oluşturulmuştur. Araştırma sonucunda katılımcıların bakış açısı ile ulaşılan yorumlar ve anlamlar ortaya konulmuştur. Araştırmanın tutarlılığını sağlamak için tüm veriler tek araştırmacı tarafından toplanmış, yazılı metne aktarılmış ve analiz edilmiştir (tutarlılık). Bulgularda, araştırmacının yorumları olmadan, katılımcıların ifadeleri olduğu gibi verilmiştir. Ayrıca örneklem grubunun amaçlı örneklem ile seçilmiş olması çalışmanın aktarılabilirliğini güçlendirmektedir (aktarılabilirlik). Araştırma bulgularının temalarla uygunluğu bir uzman

tarafından kontrol edilmiştir. Araştırma bir doktora tezi olduğundan araştırmacının kod, alt tema ve temaları tez danışmanı tarafından tartışma yoluyla doğrulanmıştır (teyit edilebilirlik). Bulgular bireysel derinlemesine görüşme ile elde edilmiştir. Her bakım vericinin duygularını ifade edebilmesi için yeterli süre verilmiştir.



Şekil 1. Nitel yöntem akış planı

3.5. Nicel Bölümün Yöntemi

3.5.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın nicel bölümü, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerine uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının bakım vericilerde olan değişimlere olan katkısının saptanması amacıyla "ön test, son test ve ilk aylık izlem" ölçümlerinin yapıldığı randomize kontrollü deneysel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programına ilişkin araştırma modeli Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo 1. Araştırma modeli

Gruplar	Ön Test	Program	Son Test	3 Aylık İzlem
Deney Grubu	Tanıtıcı Bilgi Formu Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu	Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı	Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu	Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu
Kontrol Grubu	Tanıtıcı Bilgi Formu Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu	-	Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu	Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu

3.5.2. Nicel Bölümün Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Hastanesi TRSM’ye 01.01.2022- 01.01.2023 tarihleri arasında kayıtlı olan 344 hastanın bakım vericileri oluşturulmuştur.

Çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenirken literatürde yer alan benzer araştırmalar incelenmiştir (Kendirkıran, 2020; Wongtongkam ve diğerleri, 2015). Bu çalışmada “G.

Power- 3.1.9.4” programı kullanılarak çalışmanın örnekleme hesaplanmıştır. Kontrol ve deney grupları arasında değişkenler bakımından farklılığı incelerken iki bağımsız grup arasındaki farklılığı inceleyen testler kullanılmıştır (McWhirter ve Page, 1999). Etki genişliği, literatür çalışmaları incelenerek müdahalenin etkinliğini tamamen ortaya çıkarmak için geniş etki genişliği olarak alınmıştır. Buna göre kontrol grubunda 26 ve deney grubunda 26 kişi ile çalışıldığında 0,8 (geniş düzey) etki genişliği ve 0,05 anlamlılık düzeyinde çalışmanın gücü % 80,75 olacaktır. Bu güç % 80’ in üzerinde olduğu için yeterlidir. Örneklem kaybı göz önüne alınarak % 15’ten fazla kişiye ulaşılması için kontrol ve deney grupları için toplamda (30 deney; 30 kontrol) bakım verici ile çalışmaya alınmıştır. 344 hasta bakım vericisinden (n=111) Söke ilçesi dışında ikamet ettiğinden dolayı dışlanmıştır. Bakımevinde ikamet eden (n=20) danışan olduğu için dışlanmıştır, (n=14) danışan tek başına yaşadıkları için dışlanmıştır, BFTSAP’nın dikkat, bellek ve bilişsel esneklik gibi becerilerin aktif kullanımını gerektirmektedir. Yaşla birlikte bu becerilerdeki olası değişiklikler, programın etkinliğini ve uygulanabilirliğini etkileyebileceğinden, 60 yaş üzerindeki bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. (n=22) bakım verici çalışmanın nitel kısmına katıldıkları için randomizasyona kısmına dahil edilmemiştir. Arkasından çalışma kriterlerine uygun (n=112) bakım verici çalışmaya davet edilmiştir. Çalışma 60 bakım verici yürütülmüştür.

3.5.3. Araştırmaya Alınma, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

3.5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi TRSM’ye kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olan bireyin bakım vericisi olması
- Aydın iline bağlı Söke ilçesinde ikamet ediyor olması,
- Zihinsel engelinin olmaması,
- Okur-yazar olması,
- Hastanın bakımında en az 6 aydan beri primer bakım veren kişi olması,
- Bakım vericinin 18 ile 60 yaş aralığında olması

3.5.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Zihinsel engelin olması

3.5.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Veri toplama formları eksik dolduran bakım vericilerin verileri araştırma için kullanılmamıştır.
- Araştırma sürecinde bakım vericiler araştırmadan ayrılmak istediğinde araştırma dışında bırakılarak, elde edilen bilgiler araştırma için kullanılmamıştır.
- Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına 2 oturumdan fazla katılmayan bireyler, çalışmadan çıkarılarak, elde edilen veriler çalışmada kullanılmamıştır.

3.5.4. Randomizasyon

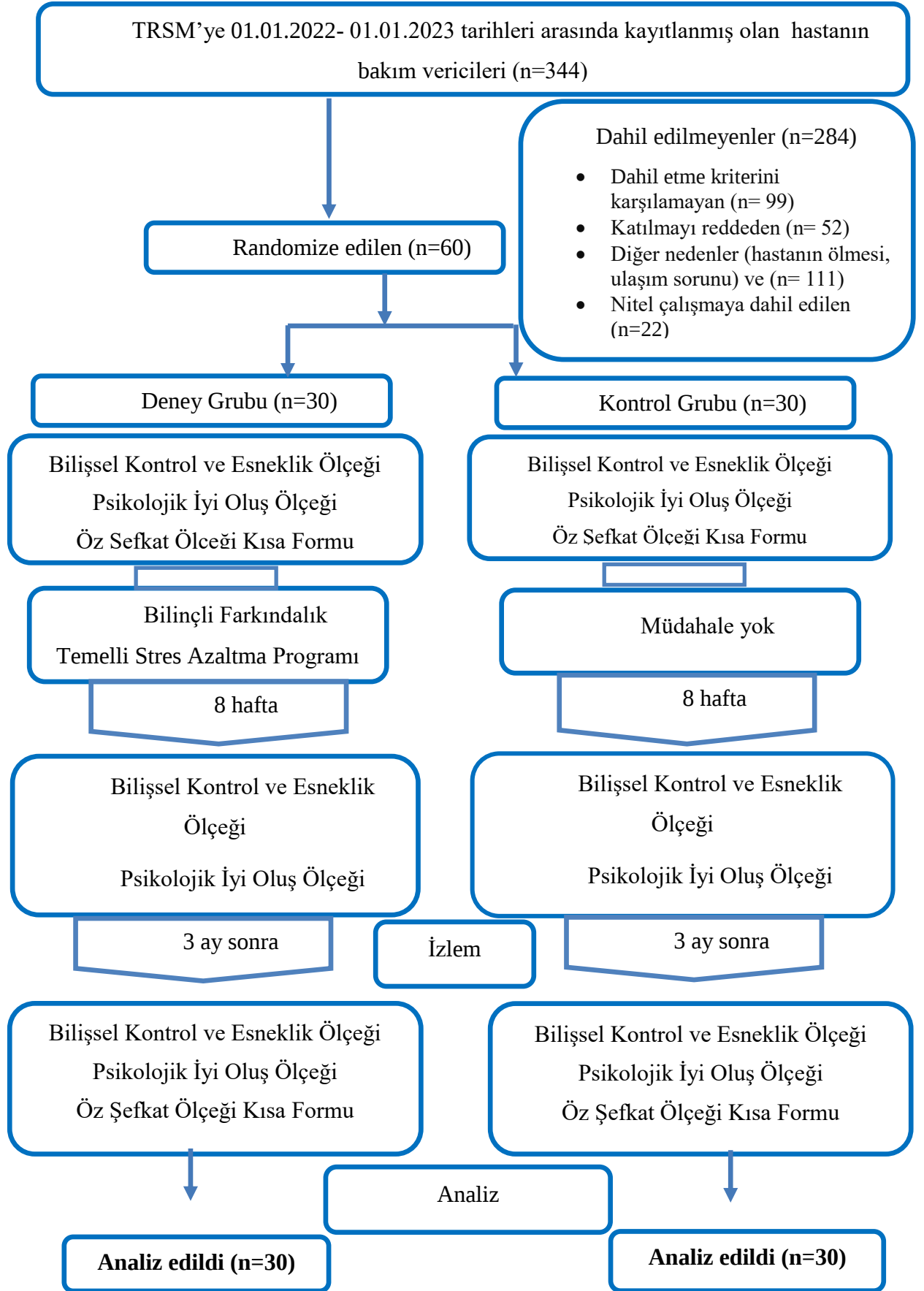
Çalışma grubuna dahil olan bakım vericilere, hastalarının TRSM' ye kayıt sırasına göre numaralar verilmiştir. Bakım vericilerin gruplara atanması sürecinde tam randomizasyon tekniği kullanılmış olup, bu işlem <https://www.randomizer.org/> web sitesi aracılığıyla gerçekleştirilmiştir (Erişim tarihi:10.06.2024). Randomizasyon için, 1'den 60'a kadar olan numaraların yer aldığı iki ayrı numara seti oluşturulmuş ve bakım vericiler bu numara setlerine göre rastgele şekilde deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Bu yöntem, araştırmacının atama sürecine müdahalesini önleyerek, seçim yanlılığının azaltılmasını ve gruplar arası başlangıçtaki homojenliğin sağlanmasını amaçlamıştır.

Müdahale grubuna uygulanan psikoeğitim programı, çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından yürütüldüğünden, araştırmacı körlemesi uygulanamamıştır. Aynı şekilde, katılımcılar hangi grupta olduklarını bildiklerinden dolayı katılımcı körlemesi de yapılmamıştır.

Veriler, grup bilgisi içermeyecek biçimde A ve B olarak kodlanmış, bu kodlanmış veriler araştırmadan bağımsız bir istatistik uzmanına iletilerek analiz süreci yürütülmüştür. Tüm analizler ve raporlamalar tamamlandıktan sonra grup kodları araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Bu süreçle birlikte, istatistiksel analiz ve raporlama aşamalarında körleme sağlanmış; istatistiksel yanlılık ve yorum yanlılığı azaltılmaya çalışılmıştır.

Randomizasyon sürecinin ardından grupların homojen olup olmadığını kontrol etmek amacıyla, demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bakım verme süresi vb.) açısından deney ve kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunmaması, gruplar arası homojenliğin büyük ölçüde sağlandığını göstermiştir. Deney grubunda yer alan bakım vericiler 10'ar kişilik 3 gruba ayrılmış olup haftada 1 kez, toplamda 8 oturumluk psikoeğitim uygulanmıştır.

Bu araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir araştırma tasarımında olması sebebiyle, randomize kontrollü araştırmaların raporlamasının geliştirilmesinde tüm dünyada yaygın olarak kullanılan CONSORT 2010 (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) raporunda belirtilen kontrol listesindeki maddeler göz önünde bulundurulmuştur (Sunay ve diğerleri, 2013). Araştırmanın CONSORT 2010 uygulama akış şeması Şekil 2' de sunulmuştur.



Şekil 2. Araştırmanın CONSORT akış şeması

Randomizasyon sonrası deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bakım vericileri arasında, sosyodemografik özellikler açısından fark olup olmadığı Ki-kare Testi ile incelenmiştir.

Tablo 2. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının temel demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		X ²	p
Değişkenler		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Kadın	17	56,7	19	63,3	0,278**	0,792
	Erkek	13	43,3	11	36,7		
Yakınlık derecesi	Anne	5	16,7	6	20,0	5,033***	0,426
	Baba	5	16,7	2	6,7		
	Eş	5	16,7	10	33,3		
	Kardeş	11	36,7	7	23,3		
	Evlat	3	10,0	2	6,7		
	Diğer	1	3,2	3	10,0		
Hastanın tanısı	Şizofreni	23	76,7	19	63,3	1,270**	0,399
	Bipolar Affektif Bozukluk	7	23,3	11	36,7		
Medeni durum	Evli	21	70,0	23	76,7	0,800***	0,767
	Bekar	9	30,0	7	23,3		
Aile tipi	Çekirdek	21	70,0	23	76,7	0,566***	0,901
	Parçalanmış	7	23,3	5	16,6		
	Geniş	2	6,7	2	6,7		
Çocuk	Evet	25	83,3	27	90,0	0,144****	0,704
	Hayır	5	16,7	3	10,0		
Eğitim	Okur yazar değil	3	10,0	1	3,3	1,905***	0,816
	İlköğretim	13	43,3	12	40,0		
	Lise	4	13,3	6	20,0		
	Önlisans	5	16,7	4	13,3		
	Lisans	5	16,7	7	23,3		
Meslek	Ev Hanımı	7	23,3	10	33,3	6,045***	0,197
	Emekli	5	16,7	8	26,7		
	Memur	1	3,3	4	13,3		
	Çalışmıyor	4	13,3	2	6,7		
	İşçi	13	43,4	6	20,0		
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	t/z	p
Yaş		47,37	10,34	49,07	10,98	-0,779 ^z	0,436

*p<0,05;**Pearson Kikare; ***Fisher's Exact Kikare testi; ****Yates Kikare;^zMann-Whitney;

^tBağımsız örneklem t

Tablo 3. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyoekonomik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		X ²	p
Değişkenler		Sayı	%	Sayı	%		
Aylık gelir	Az	26	86,7	22	73,4	2,104***	0,396
	Denk	3	10,0	7	23,3		
	Fazla	1	3,3	1	3,3		
Sağlık problemi	Var	10	33,3	11	36,7	0,073**	1,000
	Yok	20	66,7	19	63,3		
Başka destekçi	Var	17	56,7	10	33,3		
	Yok	13	43,3	20	66,7		
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	t/z	p
Hastalığın süresi (yıl)		17,43	8,07	21,07	10,91	-1,467 ^t	0,148
Hasta yatış sayısı		3,23	3,82	3,87	2,99	-1,372 ^z	0,170

*p<0,05;**Pearson Kikare; ***Fisher's Exact Kikare testi; ****Yates Kikare;^zMann-Whitney;

^tBağımsız örneklem t

3.5.5. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Hazırlanma Süreci

Bakım vericilere uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının hazırlanma sürecinde literatürde yer alan ulusal ve uluslararası çalışmalar değerlendirilmiş; eğitim içeriği ve eğitimde yer alan uygulamalar için ilgili kaynaklardan yararlanılmıştır (Aydın, 2021; Alagöz, 2022; Atalay, 2021; Boğahan, 2023; Donkuş, 2023; Germer ve Neff, 2020; Kabat-Zinn, 2019; Kendirkıran, 2020; Mauricio, 2020; Neff ve Germer, 2018; NHS, 2017; Özdemir, 2020; Pollak ve diğerleri, 2019; Santorelli ve diğerleri, 2017; Yıldız, 2022). Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının deneysel uygulamaya yönelik içeriğin oluşturulması için araştırmacı tarafından 17 Ocak 2023 – 07 Nisan 2023 tarihleri arasında Tera Danışmanlık Merkezi tarafından çevrim içi ortamda düzenlenen 8 haftalık “Mindfulness Temelli Stres Azaltma Programı” eğitimine haftalık oturumlara düzenli olarak katılım sağlayarak bu eğitimi başarıyla tamamlamış ve sertifika almaya hak kazanmış ve Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından 29.06.2022 tarihinde düzenlenen 8 saatlik “Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu” alınmıştır (Ek 1; Ek 2).

Bu program, bakım vericilerin stres düzeylerini azaltmayı, bilişsel kontrol ve esnekliklerini artırmayı, psikolojik iyi oluşlarını desteklemeyi ve öz şefkatlerini geliştirmeyi hedefleyen, Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (BFTSA) yaklaşımı temel alınarak tasarlanmış interaktif bir müdahaledir. Bu çalışmada nitel kısımdan elde edilen bulgulardan

yararlanılarak bakım vericilerin yaşadıkları zorlayıcı duygu ve düşünceleri fark etmeleri ve bunlarla baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik BFTSAP'nın içeriğine sadık kalarak program geliştirilmiştir. Her oturumda, grup etkileşimlerine ve katılımcıların deneyim paylaşımlarına yer verilmiş, katılımcıların bilinçli farkındalık becerilerini günlük yaşamlarına entegre etmeleri amaçlanmıştır. Programın içeriğinde kuru üzüm egzersizi, beden taraması, oturma meditasyonu, yürüme meditasyonu, dağ meditasyonu ve sevgi dolu nezaket meditasyonu gibi çeşitli bilinçli farkındalık uygulamaları yer almıştır. Ayrıca, program kapsamında sunulan ses kayıtları ve ev ödevleri, katılımcıların düzenli meditasyon pratiği yapmalarını ve farkındalık becerilerini pekiştirmelerini desteklemiştir. Bu sistematik ve uygulamalı yaklaşım, bakım vericilerin duygu, biliş ve davranış düzeylerinde olumlu değişimlere katkıda bulunarak stresin azaltılmasını ve psikolojik iyilik halinin güçlendirilmesini sağlamayı hedeflemiştir.

Oluşturulan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı, bu alanda uzman olan ve çalışmalar yapmış yirmi sekiz kişiye program hakkında 14.11.2023- 21.12.2023 tarihleri arasında görüşleri alınmak üzere gönderilmiştir. Programı, dört akademisyen psikiyatri hemşiresi ve bir akademisyen psikolog olmak üzere beş uzman değerlendirmiş ve geribildirimde bulunmuştur. Geribildirimler doğrultusunda oturum süreleri 120 dakika iken 90- 120 dakika aralığında şeklinde değiştirilmiş, içerikte uzman görüşleri doğrultusunda revizyonlar yapılmıştır. Deney grubu maksimum 10 kişi olacak şekilde üç gruba ayrılmış, her oturumun başına ve sonuna “Bir dakikalık sessizlik meditasyonu” eklenmiş ve her oturumda en az bir bilinçli farkındalık uygulaması olacak şekilde düzenlemeler yapılmış ve programın son hali oluşturulmuştur.

Tablo 4. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına ilişkin uzman uyum istatistikleri

					%95 Güven Aralığı	
	Kappa Katsayısı	Standart Hata	Z	P	Alt	Üst
Genel Uyum	0,830	0,02	19,7	0,000*	0,719	0,949

*p<,001 düzeyinde anlamlı. Beş (5) uzmanın dört kategorili yanıtları analize alınmıştır.

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına ilişkin uzman uyum istatistikleri Tablo 4'te verilmiştir. Beş uzmanın değerlendirmelerine yönelik görüşleri arasındaki uyum katsayısını bulmak üzere Fleiss's kappa katsayısı 0,830 olarak bulunmuş

ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir uyumun %95 güven aralığında Kappa uyum katsayısının güçlü düzeyde uyuma sahip olduğu belirlenmiştir.

3.5.6. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Uygulama Süreci

Çalışmaya katılmayı kabul eden 60 bakım verici randomize olarak deney (30) ve kontrol (30) gruplarına atanmıştır. Daha sonra deney grubunda (30) yer alan bakım vericiler ile birlikte hafta içi günlerde bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı oturumlarını gerçekleştirebilmek için uygun oldukları saatler belirlenmiştir. Tanışma oturumuna başlamadan 20 dakika önce deney ve kontrol grubunda yer alan bakım vericiler tümü ile ön görüşme yapılarak çalışma içeriği ve süreci hakkında bilgilendirme yapılmış, çalışmaya katılım için yazılı onamları alınmıştır.

Deney grubunda yer alan bakım vericiler (30) 10 kişilik 3 gruba ayrılmış ve oturumlar 10 kişilik gruplar ile yürütülmüştür. Bu şekilde aynı zamanda herhangi bir oturuma katılamayan bir bakım vericinin diğer grubun aynı oturumuna katılabilmesi fırsatı oluşturularak programa devamlılığın sağlanabilmesi açısından önlem alınmıştır. Ancak oturumların yapıldığı gruptaki üye sayısının 12 kişiyi aşmayacağı psikoeğitimin başlangıcında bakım vericilere bildirilmiştir. 10 kişilik gruplardan birinde olan bakım vericinin katılacağı oturuma katılamayıp diğer grupla birlikte katılması durumu ile 5 kez karşılaşmıştır. Bu oturumlarda gruptaki bakım verici sayısı 12 kişiyi aşmamıştır. Her bir grup için haftada 1 kez 90-120 dakika süren 8 oturumluk bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı yüz yüze olarak uygulanmıştır. Oturumlar esnasında bakım vericiler birbirlerini engellemeyecekleri ve araştırmacıyı rahatça görebilecekleri şekilde oturma düzeni sağlanmıştır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin spor odasında, sekiz hafta boyunca her Salı, Çarşamba ve Cuma günleri saat 14.00–16.00 arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama ortamı, sessiz, konforlu ve dikkat dağınık uyaranlardan arındırılmış biçimde düzenlenmiş; katılımcıların fiziksel konforlarını sağlamak amacıyla oturma minderleri, yoga matları ve battaniyeler hazır bulundurulmuştur. Programın etkili ve yapılandırılmış biçimde uygulanabilmesi için gerekli tüm ön hazırlıklar tamamlanmış, katılımcılara dağıtılmak üzere haftalık yönlendirilmiş meditasyon uygulamaları ve ev ödevlerini içeren çalışma kitapçıkları önceden hazırlanmış, bireysel uygulamaları desteklemek amacıyla ses kayıtları da erişime sunulmuştur.

Uygulamalar sırasında, meditasyonların türüne göre farklı beden pozisyonları benimsenmiştir. Yürüme meditasyonu, ayakta durma ve dağ meditasyonu gibi bütünleşmeye yönelik meditasyonlar sırasında katılımcılar ayakta olacak şekilde yönlendirilmiştir. Mindful yoga uygulamaları ise geleneksel oturma pozisyonunun dışına çıkarak, bedensel farkındalığı artırmaya yönelik hareket temelli egzersizler şeklinde yürütülmüştür. Tüm uygulamalar boyunca katılımcılara, fiziksel sınırlarına saygı duymaları, kendilerini zorlamamaları ve bedenlerinin izin verdiği ölçüde katılım göstermeleri sıklıkla hatırlatılmıştır. Meditasyon süreleri uygulamanın niteliğine göre değişkenlik göstermiş olup, en kısa uygulama 5 dakika, en uzun uygulama ise 45 dakikaya kadar sürmüştür.

MBSR programına katılan bakım vericiler, süreç boyunca hem formal hem de informal meditasyon uygulamalarına katılmışlardır. Katılımcılar özellikle nefes odaklı oturma meditasyonu, beden tarama, yoga ve sevgi/şefkat meditasyonu gibi formal uygulamalarda dikkatlerini sürdürmekte zaman zaman zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu zorlukların, uzun süreli odaklanma gerekliliği ve bakım sorumluluğuna bağlı zihinsel yorgunlukla ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. Buna karşın, informal uygulamalar arasında yer alan duygu farkındalığı, anda kalma, günlük yaşam içinde bedensel duyumlara yönelme ve iletişim anlarında bilinçli farkındalık geliştirme gibi pratiklerin daha kolay uygulanabildiği gözlenmiştir. Katılımcılar, informal meditasyonları gündelik yaşantılarına entegre etmenin daha mümkün olduğunu belirtmiş, bu durum da programın sürdürülebilirliği açısından önemli bir avantaj olarak değerlendirilmiştir.

Programın ilk oturumunda deney grubu, grup gizliliği hakkında bilgilendirilmiş; izlem testleri tamamlanıncaya dek program içeriğinin kimseyle paylaşılması gerektiği açıklanmıştır. Ayrıca izlem testlerinden sonra deney grubuna yapılan psikoeğitimin kontrol grubuna da uygulanacağı belirtilmiş, program içeriğine ilişkin doküman paylaşımı da izlem süreci tamamlandıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Bu düzenleme ile gruplar arası etkilenme riski en aza indirgenmeye çalışılmıştır.

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programında her oturum bir dakikalık sessizlik meditasyonu ile başlatılmış ve sonlandırılmıştır. Her oturumda bilinçli farkındalık uygulamalarından biri gerçekleştirilmiş ve her oturum sonunda katılımcılara uygulamaya yönelik ev ödevleri verilmiştir. Oturumlarda kullanılan yönlendirmeli meditasyonlar, araştırmacı tarafından hazırlanmış ses kayıtları ile desteklenmiş, bu kayıtlar her oturum sonrasında WhatsApp grubu üzerinden katılımcılarla paylaşılmıştır. Katılımcıların ev

egzersizlerini düzenli olarak sürdürebilmeleri amacıyla dijital hatırlatmalar yapılmış; her oturumun başlangıcında bir önceki haftanın ev ödevi uygulamaları değerlendirilmiştir.

Grup sürecinde güvenli, destekleyici ve kapsayıcı bir ortam oluşturmak temel ilke olarak benimsenmiştir. Katılımcılara mahremiyetin korunacağı, katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve her bireyin deneyimlerinin yargıdan uzak bir anlayışla karşılanacağı açıkça belirtilmiştir. Grup içi psikolojik güvenliği sağlamak adına karşılıklı saygı, aktif dinleme ve dikkatli farkındalık tutumlarının önemi özellikle vurgulanmıştır.

Çalışma sürecinde dikkat çekici ve metodolojik açıdan son derece değerli bir unsur olarak, deney ve kontrol gruplarında yer alan tüm katılımcıların müdahale ve ölçüm aşamalarına eksiksiz katılım sağladığı gözlemlenmiştir. Randomize kontrollü deneysel araştırmalarda sıklıkla karşılaşılan katılımcı kaybının bu çalışmada yaşanmamış olması, iç geçerliliğin korunması ve istatistiksel güç kaybının önlenmesi açısından önemli bir avantaj teşkil etmektedir (Shadish ve diğerleri, 2002). Bu durum, elde edilen bulguların güvenilirliğini artırmakla kalmayıp, müdahale programının uygulanabilirliği ve katılımcı bağlılığı açısından da olumlu bir gösterge niteliğindedir. Ayrıca, deney grubuna uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı kapsamında her oturumun ardından ev egzersizlerine yönelik olarak katılımcılarla günlük etkileşim sürdürülmüş; araştırmacı tarafından hazırlanan sesli yönlendirme kayıtları ve dijital hatırlatıcılar aracılığıyla ev uygulamalarının sürdürülebilirliği desteklenmiştir. Bu sistematik ve yapılandırılmış takip yaklaşımı, yalnızca katılım oranlarını yüksek tutmakla kalmamış, aynı zamanda müdahalenin etkinliğini artırarak programın planlandığı şekilde ve tutarlı biçimde uygulanmasını sağlamıştır (Kabat-Zinn, 1990; Crane ve diğerleri, 2017).

Araştırmada, deney grubuna bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı uygulandığı esnada kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Deney grubuna uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının sonunda her iki gruba da (deney ve kontrol) son test olarak Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu uygulanmıştır. İzlem ölçümleri de tamamlandıktan sonra bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programına ilişkin doküman paylaşımı çalışma grubunda yer alan tüm bakım vericilere (deney ve kontrol) paylaşılmıştır.

3.5.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: İzlem sırasında elde edilen Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş, Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu ölçeklerinden alınan puan ortalamaları

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Tanıtıcı bilgi formundan edilen veriler, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı

3.5.8. Nicel Veri Toplama Araçları

Veri toplama formları olarak, literatür doğrultusunda oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır.

3.5.8.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup (Okçin, 2007; Orak ve Sezgin, 2015; Yıldız ve diğerleri, 2016), bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili (cinsiyet, yaş, hasta ile olan yakınlık derecesi, hastanın tanısı, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir durumu, sağlık problemi durumu ve hasta bakımına destek olan kişiler) 12 soru içeren bir formdur.

3.5.8.2. Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ)

Yaşanan stresli durumlardaki bilişsel esneklik düzeyini ölçmek amacıyla Gabrys ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Demirtaş (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 18 maddeden oluşmaktadır. 7'li Likert (1:Hiç katılmıyorum, 7:Tamamen katılıyorum) üzerinden puanlanmaktadır. Değerlendirme ve başa çıkma esnekliği ile duygular üzerinde bilişsel kontrol olmak üzere iki alt boyutu vardır.

Duygular üzerinde bilişsel kontrol alt boyutu 9 maddeden (2,4,7,8,11,14,15,16,18) oluşmaktadır. Bu alt boyut stresli koşullarda birden ortaya çıkan tekrarlayıcı olumsuz duygu ve düşünceleri kontrol edebilmeyi ölçmektedir. Bu boyuttan alınan yüksek puanlar stresli durumda iken dikkati tekrarlayıcı olumsuz düşünce ve duygulardan daha kolay bir şekilde uzaklaştırmayı ifade etmektedir.

Bir diğ er alt boyut olan değerlendirme ve başa çıkma esnekliği alt boyutu ise 9 maddeden (1,3,5,6,9,10,12,13,17) oluşmaktadı r. Bu alt boyut ise bireyin tepki vermeden önce stresli durumlara farklı bakış açılarıyla bakarak yeniden değerlendirmesi sonucu olumsuz duygu ve düşüncelerini yönetme ve birden fazla başa çıkma stratejisi oluşturma eğilimini ölçmektedir. Bu boyuttan alınan yüksek puanlar stresli bir durumda birden fazla tepki alternatifi düşünme ile olumsuz duygu ve düşünceleri yönetme becerisinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçekte 6 tane ters kodlanan madde mevcut olup 2, 4, 11, 15, 16, 18 maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .93, bilişsel kontrol alt boyutu için .90, esneklik alt boyutu için .89 bulunmuştur (Gabrys ve diğerleri, 2018). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .91, bilişsel kontrol alt boyutu için .87, esneklik alt boyutu için .86 bulunmuştur. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır (Ek 3).

3.5.8.3. Psikolojik İyi Oluş  l eği (P   )

Psikolojik iyi oluş, insanın iyilik halini destekleyen olumlu ilişkilerden, amaçlı bir yaşama sahip olmaya kadar önemli öğeleri içeren bir kavramdır. Diener (2010) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. Telef (2013)  l eğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış, Cronbach alpha katsayısı 0.80 olarak bulmuştur. Ölçek, 8 maddeden oluşmuş ve 7 likertli tek boyutludur. Ölçekten alınan puan 8-56 arasında değismektedir. Yüksek puan kişinin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir (Telef, 2013). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha kat sayısı .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır (Ek 4).

3.5.8.4.  z şefkat  l eği Kısa Formu ( ş -K)

 z-şefkat  l eği Kısa Formu'nun maddeleri, 26 maddelik öz-şefkat  l eğinden (Neff, 2003a) alınmıştır. Raes ve diğerleri (2011) tarafından uzun formuna göre daha kullanışlı olduğu için geliştirilen bu ölçek özellikle toplam puanın işlem yapılacağı araştırmalarda kullanılması önerilmiştir.  ş -K madde korelasyonları .80 ile .92 arasındadır.  ş -K toplam puanının iç tutarlılığı $\alpha = .87$ bulunmuştur. Alt  l ekler için iç tutarlılığı (Cronbach alfa değerleri) .55 ile .81 arasında değişkenlik göstermektedir (Raes ve diğerleri, 2011). Türkçeye uyarlama çalışması ise Yıldıırım ve Sarı (2018) tarafından yapılmıştır.  ş -K, tek boyuttan oluşmaktadır ve toplam varyansın %44.87'sini

açıklamaktadır. Ölçek toplamda 11 maddeden oluşmaktadır ve 5’li Likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçekteki ifadelerin puanlaması “Hiçbir zaman (1)” ile “Daima (5)” arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan ise 55’dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireylerin öz-şefkat düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. ÖŞÖ-K olumlu ve olumsuz olmak üzere iki ana bileşen ve öz duyarlılık, kendini yargılama, ortak insanlık deneyimi, izolasyon, bilinçli farkındalık ve aşırı özdeşleşme olmak üzere altı alt bileşenden oluşmaktadır (Canbaz, 2023). Ölçeğin 1., 4., 8., 9., 10. ve 11. maddeleri ters puanlanmaktadır. ÖŞÖ-K’nin, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .75$ olarak hesaplanmıştır (Yıldırım ve Sarı, 2018). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha kat sayısı .86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır (Ek 5).

3.5.9. Nicel Verilerinin Değerlendirilmesi ve Uygulanan İstatistiksel Analizler

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, minimum, maksimum, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırma öncesi deney ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler bakımından benzer olup olmadıklarını test etmek için Ki-Kare analizi yapılmıştır.

Araştırmada deney ve kontrol grubu bakım vericilerin ön test, son test ve izlem ölçümleri sonuçları bilişsel esneklik ve kontrol, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat puan ortalamalarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile belirlenmiştir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2011; Karagöz, 2017). Buna göre iki bağımsız grup arasında puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olup olmadığının belirlenmesine ilişkin analizlerde normal dağılım gösteren veriler için bağımsız t testi; normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Grup içi ön test, son test ve izlem ölçümlerine ilişkin üç farklı zamanda yapılan ölçüm karşılaştırmasında, elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi yapılmış. Bağımlı ikiden çok grubun farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için tekrarlı ölçümlerde ANOVA, Friedman testi uygulanmış, çoklu karşılaştırma testleri için Bonferroni uygulanmıştır. %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir (Elliott ve Woodward, 2007; Fan ve Zhang, 2017; Karagöz, 2017; Morgan ve Case, 2013; Özdamar, 2013).

3.5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi TRSM'den hizmet alan hastaların bakım vericileri ile sınırlıdır. Bununla birlikte, çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçme araçları bilişsel kontrol ve esneklik ölçeği, psikolojik iyi oluş ölçeği ile öz şefkat ölçeğinin kısa formu ile sınırlıdır.

3.5.11. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22.06.2023 tarih ve E-76261397-050.99-365243sayı 2023-356 karar numarası ile etik kurul kararı alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın belirlenen hastanede uygulanabilmesi için Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya başlamadan önce veri toplamada kullanılan ölçekleri geliştiren veya geçerlik ve güvenirliğini yapmış olan araştırmacılardan izin alınmıştır. Araştırmaya alınmadan önce bakım vericilere araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan bakım vericilerden sözel ve araştırmanın yapılma amacı, sürecin açıklandığı “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ile yazılı onam alınmıştır (Ek 8). Ayrıca araştırmacı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun bir kopyasını imzalayarak katılımcıya vermiştir. Araştırmacı veri toplama sürecinde olduğu gibi veri analizi sürecinde de etik ilkelere uygun davranmaya özen göstermiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerin ses kayıtlarının dökümü araştırmacı tarafından yapılmış ve ses kayıt dosyaları klasör şifreleme yazılımı ile korumaya alınmıştır. Veri analizi sürecinde yapılan kodlamalarda katılımcıların kod isimleri kullanılmış, gerçek isimlerine yer verilmemiştir. Katılımcı isimleri ve kod isimlerinin bulunduğu dosya ses kayıtları ile birlikte şifreli klasörde arşivlenmiştir. Araştırmaya katılmak isteyen bakım vericilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek).

4. BULGULAR

4.1. Nitel Bulgular

Araştırma öncesinde, bakım vericilere uygulanacak olan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının asıl çerçevesi korunarak oluşturulması için, bakım vericilerin yaşadıkları zorlu durumlar, bu durumlarda gösterdikleri davranışlar, düşünceleri ve duygularını ifade etme biçimleri derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile incelenmiştir. Bu doğrultuda, araştırmanın bu aşaması nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desende yürütülmüştür (Yıldırım ve Şimşek, 2016; Creswell, 2016). Veriler, Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi TRSM'ye kayıtlı 20 hastanın bakım vericileriyle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilmiştir. Araştırmanın nitel bölümüne katılmayı kabul eden bakım vericilerin sosyodemografik (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum vb.) özellikleri Tablo 5' de verilmiştir.

Tablo 5. Nitel araştırma bölümüne katılan bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri

Cinsi yet	Yaş	Yakınlık Derecesi	Hasta Tanısı	Hastalık Süresi	Hastanın Yatış Sayısı	Medeni Durum	Çocuk	Eğitim	Meslek	Aylık Gelir	Sağlık Problemi	Başka Destekçi
K	67	Anne	Şizofreni	21	4	Boşanmış	2	Lise	Emekli	Az	Yok	Yok
E	70	Kardeş	Bipolar Affektif Bozukluk	10	0	Evli	3	İlköğretim	Emekli	Az	Var	Var
K	65	Kardeş	Şizofreni	21	5	Boşanmış	1	İlköğretim	Emekli	Az	Var	Yok
K	68	Eş	Bipolar Affektif Bozukluk	17	3	Evli	4	İlköğretim	İşçi	Az	Var	Var
K	71	Anne	Şizofreni	15	2	Boşanmış	3	İlköğretim	İşçi	Az	Var	Yok
K	72	Evlat	Şizofreni	26	0	Boşanmış	2	Lise	Emekli	Az	Var	Yok
K	67	Eş	Bipolar Affektif Bozukluk	23	0	Evli	2	Önlisans	Emekli	Denk	Var	Yok
K	65	Anne	Bipolar Affektif Bozukluk	24	1	Boşanmış	3	İlköğretim	Ev Hanımı	Az	Var	Yok
K	75	Anne	Şizofreni	25	2	Evli	5	İlköğretim	Ev Hanımı	Az	Var	Yok
E	78	Kardeş	Bipolar Affektif Bozukluk	55	3	Evli	2	Lise	Emekli	Az	Var	Var
E	70	Baba	Bipolar Affektif Bozukluk	29	5	Evli	3	İlköğretim	Emekli	Az	Var	Var
K	59	Anne	Şizofreni	2	0	Evli	1	Önlisans	Emekli	Az	Yok	Yok
K	54	Kardeş	Bipolar Affektif Bozukluk	30	13	Evli	1	Lisans	Emekli	Denk	Yok	Var
K	51	Anne	Şizofreni	4	0	Evli	2	İlköğretim	Ev Hanımı	Az	Yok	Yok
K	47	Kardeş	Şizofreni	38	6	Evli	4	İlköğretim	Ev Hanımı	Az	Var	Yok
K	26	Kardeş	Bipolar Affektif Bozukluk	13	2	Bekar	-	Lise	Ev Hanımı	Az	Yok	Var
K	20	Evlat	Bipolar Affektif Bozukluk	15	3	Bekar	-	Lise	Çalışmıyor	Az	Yok	Var
K	50	Anne	Şizofreni	9	9	Evli	4	İlköğretim	İşçi	Az	Var	Yok
K	49	Diğer	Şizofreni	23	2	Evli	3	Lisans	Memur	Denk	Var	Var
K	46	Eş	Şizofreni	30	3	Evli	4	İlköğretim	Ev Hanımı	Az	Var	Yok

Araştırmaya katılan bakım vericilerin 17'si kadın, 3'ü erkek olup, 7'si bekar, ve 13'ünün evli olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin eğitim durumuna bakıldığında 11'i ilköğretim, 5'i lise, 2'si önlisans, 2'si lisans mezunudur. Ayrıca, bakım vericilerin 1'i çalışmıyor, 1'i, memur, 3'ü işçi, 6'sı ev hanımı ve 9'u ise emekli olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım vericiler hastaların 6'sı kardeşi, 7'si annesi, 3'ü eşi, 1'i diğer, 2'si evlat ve 1'i babası olarak ifade edilmiştir. Bakım vericilerin sahip olduğu aile tipi ise 15'i çekirdek, 5'i ise parçalanmış yapıdadır. Bakım vericilerin sahip olduğu çocuk sayısı 2'sinin çocuğu yok, 18'inin ise çocuğu bulunmakta olup, en az çocuğa sahip ailenin 1, en fazla çocuğa sahip ailede ise 5 çocuk bulunmaktadır. Hastalardan 4'ü psikiyatri servisine hiç yatmamış, 1'i bir defa yatmış, 4'ü 2 defa yatmış, 11'i 3 ve üzeri yatış yaşadıkları belirtilmiştir. Hastalarının 9'u Şizofreni ve 11'i Bipolar Affektif Bozukluk tanısı ile takip edildikleri ifade edilmiştir. Hastaların sahip oldukları hastalık süresi en az 2 yıl ve en çok 39 yıl olarak ifade edilmiştir. Bakım vericilerin yaş ortalaması 58.52'tir. Bakım vericilerin aylık gelirlerinin 17'sinin az olduğunu, 3'ü ise denk olduğunu belirtmiştir. Bakım vericilerin 4'ünün herhangi bir sağlık problemi olmadığını, 16'sının ise mevcut bir sağlık problemi olduğunu ifade etmiştir. Bakım vericilerin 12'sinin tek başına bakım verdiğini ve başka destekçisinin olmadığını, 8'inin ise yardımcı başka bir bakım verici olduğunu belirtmiştir.

Bakım vericilerin demografik özelliklerine bakıldığında; hastanın bakımından birincil derecede sorumlu kişilerin kadın olması (%85), daha çok annelerinin bakım verici olması (%35), aylık gelirlerinin az olduğunu (%85), mevcut sağlık problemine sahip olduklarını (%80), hastalarının çoğunun psikiyatri servisine yatışı olması (%80) dikkat çekicidir.

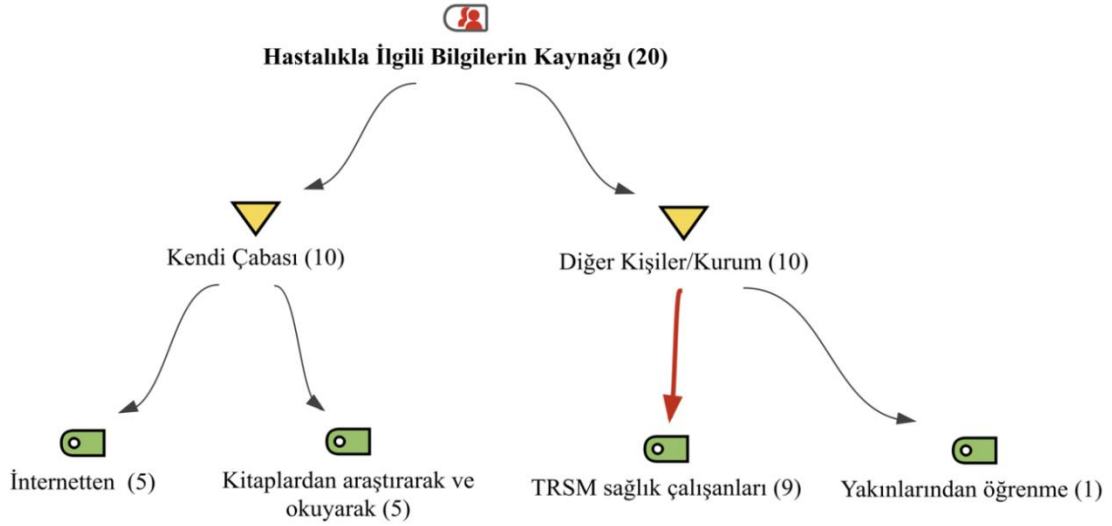
Araştırmanın nitel aşamasına yönelik olarak elde edilen tema, alt tema ve kodlar Tablo 6' da verilmiştir.

Tablo 6. Bakım vericilerin görüşlerinden ortaya çıkan temalar

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	FREKANSLAR (232)
1.Hastalıkla İlgili Bilgilerin Kaynağı	1.1. Kendi Çabası	İnternette	5
		Kitaplardan araştırarak ve okuyarak	5
	1.2.Diğer Kişiler/ Kurum	TRSM sağlık çalışanları	9
		Yakınlarından öğrenme	1
2.Hastaya Yönelik Tutumlar	2.1.Destekleyici Tutumlar	Şefkatli ve merhametli yaklaşım	6
		Moral veriyorum	1
		Yardımcı oluyorum	6
		Kötü etkilendiğini belli etmeme	5
3.Yaşanan Zorluklar	3.1.Hastalık Etkisine Bağlı Zorluklar	Uyumsuz davranışlar (Ağlama, şüphelenme, ilgisizlik, sudan korkma, kalabalıktan uzak durma)	16
		Tehdit edilme (Ölüm ile tehdit edilme, ev yakmayla tehdit edilme, kendisine zarar verme ile tehdit etme)	5
		İlaç kullanma reddinin olması	5
		Atak dönemi (Mani, depresyon, halüsinasyon görme)	8
		Saldırganlık/Şiddet	2
		Anlaşamama (Sözünüzü dinlememe, ısrarcı olma, sınır koymama, çabuk sıkılma)	2
	3.2. Duygusal Zorluklar	Üzüntü	10
		Korku	11
		Vicdan Azabı	1
		Yıpranma (Kötü etkilendim, tükendim)	11
		Kabullenmekte zorlanma	4
		Öfkelenme, Sinirlilik	5
		Kaygı / Bunaltı	6
		Yaşamdan zevk alamama	1
	3.3. Fiziksel Zorluklar	Fiziksel rahatsızlıklar (Kanser oldum, migren oldum, romatizma hastası oldum)	6
		Uykusuzluk	4
		Yorgunluk	1
4.Baş Etme Davranışları	4.1. Kendi Sağlığı İçin Baş Etme Davranışları	Dine Yönelme	5
		Spor (Yürüyüş yapıyorum, bisiklete biniyorum)	8
		Sanatsal Faaliyetler (Sinemaya gidiyorum, tiyatroya gidiyorum, film izliyorum)	3
		Profesyonel Destek Arama	8
		Sosyal Destek Arama	12
		Uğraşı Edinme	9
	4.2.Hastanın Bakımına Yönelik Baş Etme Davranışları	Doktor takip ve tedavisine devam ettirme	12
		İlaçlarını düzenli olarak almasını sağlama	16
		Destekleyici yaklaşım ile gereksinimlerini karşılama	14
		Yakın gözlem ile belirtileri izleme	4
		TRSM'den danışmanlık alma	5

Tema 1: Hastalıkla İlgili Bilgilerin Kaynağı Teması

Hastalıkla ilgili bilgilerin kaynağı teması ile ilgili kodlar incelendiğinde, *kendi çabası*, *diğer kişiler/kurum* iki tane alt tema belirlenmiştir. Hastalıkla ilgili bilgilerin kaynağı teması kapsamında ortaya çıkan alt temalar ve kodlar şekil 3’de gösterilmiştir.



Şekil 3. Hastalıkla ilgili bilgilerin teması

Kendi çabası alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar internette (5), kitaplardan araştırarak ve okuyarak (5) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

İnternette kodu için, “Hastalıkla ilgili belirtileri, hastaya yaklaşım biçimlerini ve hastalığın özelliklerini hem muayeneye götürdüğümüz doktorlardan hem de kendi araştırmalarım doğrultusunda, internet üzerindeki kaynaklarını inceleyerek öğrendim.” [K4], “Hemşireyim aynı zamanda da internette açıp okudum psikoz nedir, belirtiler nelerdir, nasıl yaklaşılır, neler yapılabilir bu hastalık sürecinde bununla ilgili araştırmalar yaptım.” [K10], “Hastalıkla ilgili bilgileri biraz doktordan almıştım ama genel olarak kendim internette araştırarak neler yapılabilir diye bu hastalığı tanımak amacıyla bilgi edinmeye çalıştım, internet üzerinden çeşitli kaynaklara ulaştım.” [K13], “Kendim araştırıp bilgi sahibi oldum. Emekli hemşireyim; broşürlere ve kitaplara da bakmıştım. Ayrıca

hastalıkla ilgili detaylı bilgi edinebilmek amacıyla internetten de araştırma yaptım.” [K17], “Bipolarla ilgili bilgileri de genellikle internetten okuyarak ve araştırarak öğrendim. Hastalığının çoğu özelliğine sahip ama bazılarına sahip değil, bazen onunla şakalaşarak sen bipolar değilsin, iyisin problem yok diyorum.” [K18], ifadeleri yer almaktadır.

Kitaplardan araştırarak ve okuyarak kodu için, “Hastalığının ne olduğunu tamamen artık öğrendikten ve emin olduktan sonra onla ilgili bilgileri de işte kendi okumalarım kendi araştırmalarım sonucunda yukarıda belirttiğim hastalık özelliklerini öğrendim.” [K1], “Hastalığı hakkındaki bilgileri de yani çok araştırmadım zaten kendimde hemşire olduğum için ne tür özelliklere sahip bu hastalığın ne spesifik belirtileri var nasıl yaklaşılması gerektiği ile ilgili temel tıbbi bilgilerim var yani lisans eğitiminden kaynaklı olarak.” [K7], “Annemin hastalığı hakkında bilgileri, hemşire olduğum için çok ayrıntılı şekilde biliyorum; bu bilgileri lisans eğitimimden ve tıbbi altyapımdan edindim.” [K8], “Annemi Manisa’ya yatış için götürdüğümde, oradaki doktora buradaki belirtilerin okuduklarıma göre şizofreni hastalığına benzediğini söyledim. Doktor da ‘Evet, bu şizofreni hastası’ dedi. Bu doğrultuda hastalığın ne olduğuna ve hangi özelliklere sahip olduğuna kanaat getirdim. Gerçekten de okuduklarım ve araştırdıklarım ile birebir örtüşüyordu.” [K9], “Hastalığın özelliklerini, bizzat yaşayarak deneyimlemenin yanı sıra, okuyarak da öğrendim. Ne yazık ki bu süreç oldukça zordu. Ancak konu, aynı zamanda kişisel ilgi alanıma da girdiği için bu yönde araştırmalar yaparak bilgi edindim ve edindiğim bilgileri ailemle de paylaştım” [K15], ifadeleri yer almaktadır.

Diğer kişiler/kurum alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar TRSM sağlık çalışanları (9), yakınlarından öğrenme (1) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

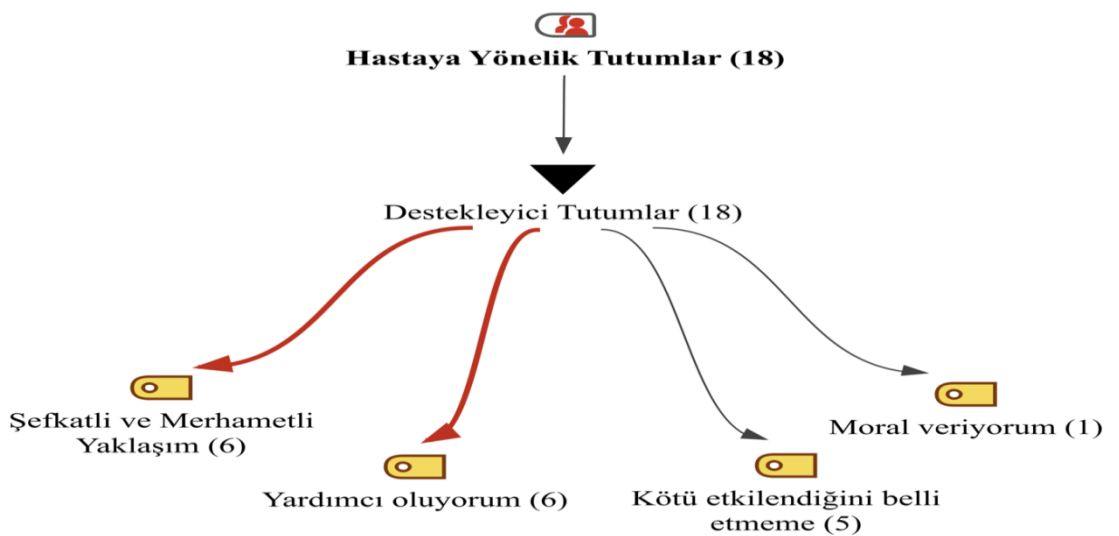
TRSM sağlık çalışanları kodu için, “Doktorlar bana hastalığın ismini söylediler ve nasıl tedavi edilmesi gerektiğini, ona nasıl yaklaşmamız gerektiğini açıkladılar.” [K1], “Hastalığın ne olduğu, ne tür tedavi uygulanması gerektiği ve nasıl bir yol izlenmesi gerektiği gibi bilgileri doktordan öğrendik” [K2], “Dediğim gibi, farklı düşünceler, olmayan şeyleri görme, banyodan korkma gibi belirtiler oldu. Bu hastalıkla ilgili genel bilgileri ve hastaya nasıl yaklaşılması gerektiğine dair önerileri hekimimizden almıştık.” [K2], “Doktorumuz bize, stres arttıkça hastalığın belirtilerinin yüzeye çıktığını söylemişti.” [K3],

“Hastalıkla ilgili belirtileri, ona yaklaşma biçimlerini ve hastalığın özelliklerini hem muayeneye götürdüğümüz doktorlardan hem de kendi araştırmalarım yoluyla, internetten bakarak öğrendim.” [K5], “Hastalık hakkındaki bilgileri bir doktordan öğrendim. Nazilli’de gittiğimiz özel bir doktor vardı ondan öğrendim.” [K6], “Doktorlarımız hastalığın bipolar bozukluk olduğunu söylediler. Bu hastalık duygudurum değişikliği olarak tanımlanıyormuş. Kişi bazen depresyona, bazen de maniye giriyor; yani iki evre arasında gidip geliyor. Genellikle de iyi hissetme hâliyle kendini gösteren bir hastalıkmış” [K19], “Hastalık hakkındaki bilgileri genellikle doktordan öğrendim. O dönemde çok uyuşturucu kullandığı için, yoksunluk belirtileri sırasında ortaya çıkan davranışlarını hastalık belirtileri olarak tam ayırt edememiştim; çünkü bilinci de zaman zaman bulanık oluyordu.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Yakınlarından öğrenme kodu için, “Aynı zamanda onunla daha önce ilgilenen teyzem bana bilgi verdi. Çünkü o baya hakimdi konulara annemin hastalığına ve ona yaklaşım biçimlerine...” [K4], ifadesi yer almaktadır.

Tema 2: Hastaya Yönelik Tutumlar Teması

Hastaya yönelik tutumlar teması ile ilgili kodlar incelendiğinde, *destekleyici tutumlar* alt teması belirlenmiştir. Hastaya yönelik tutumlar teması kapsamında ortaya çıkan alt tema ve kodlar şekil 4’de gösterilmiştir. Ayrıca aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.



Şekil 4. Hastaya yönelik tutumlar teması

Destekleyici tutumlar alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar şefkatli ve merhametli yaklaşım (6), moral veriyorum (1), yardımcı oluyorum (6), kötü etkilendiğini belli etmeme (5) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

Sefkatli ve merhametli yaklaşım kodu için, “Yani hastaya yaklaşımımızda, özellikle biz büyükler olarak, hastamıza çok merhametli bir şekilde yaklaştık. Ablası olsun, ben olayım, annemle babam yaşarken hepimiz onu çok önemseyerek ve ona çok değer vererek davrandık.” [K1], “Biz de ona merhametle ve sevgiyle yaklaşırdık. Zaten annem ve babam ona kesinlikle kıyamazdı, biz de sürekli göz kulak olurduk.” [K1], “Kızıma her zaman iyi davranmaya çalışırım. Ona karşı nazik olmaya özen gösteriyorum ve isteklerini yerine getiriyorum.” [K5], “Anneme her zaman şefkatli yaklaştık. Yani sadece hasta olduğu için değil, önceden de öyleydik. Babam da aynı şekilde davranırdı. Hiçbir zaman annem hasta oldu diye ekstra bir çaba içerisine girip farklı davranmadık. Biz her zaman ona karşı oldukça iyi, şefkatli ve koruyucu bir tutum sergiliyorduk. Onu seviyorduk, korumaya çalışıyorduk.” [K8], “Ben ona karşı merhametli ve açık yürekli bir şekilde yaklaşıyordum. Onu kırmıyor, üzmüyordum. Hep böyle güzel bir iletişimimiz olmuştur onunla.” [K12], “Şöyle ki, ona biraz daha merhametli bir şekilde yaklaşıyorum. Zaten onu çok seviyorum; bir dediğini iki etmiyorum. Her şeyle ilgileniyorum, uzun süre çocuklarla ilgilendim, şimdi de kendisiyle ilgileniyorum.” [K14], ifadeleri yer almaktadır.

Moral veriyorum kodu için, “Asla onu yalnız bırakmıyorum. Geçirdiği ataklar sırasında, bir an önce ruhsal durumunun üstesinden gelmesi için sürekli destek olmaya çalışıyorum. Ona moral vermeye, kendini iyi hissetmesi için ne gerekiyorsa yapmaya gayret ediyorum.” [K18], ifadesi yer almaktadır.

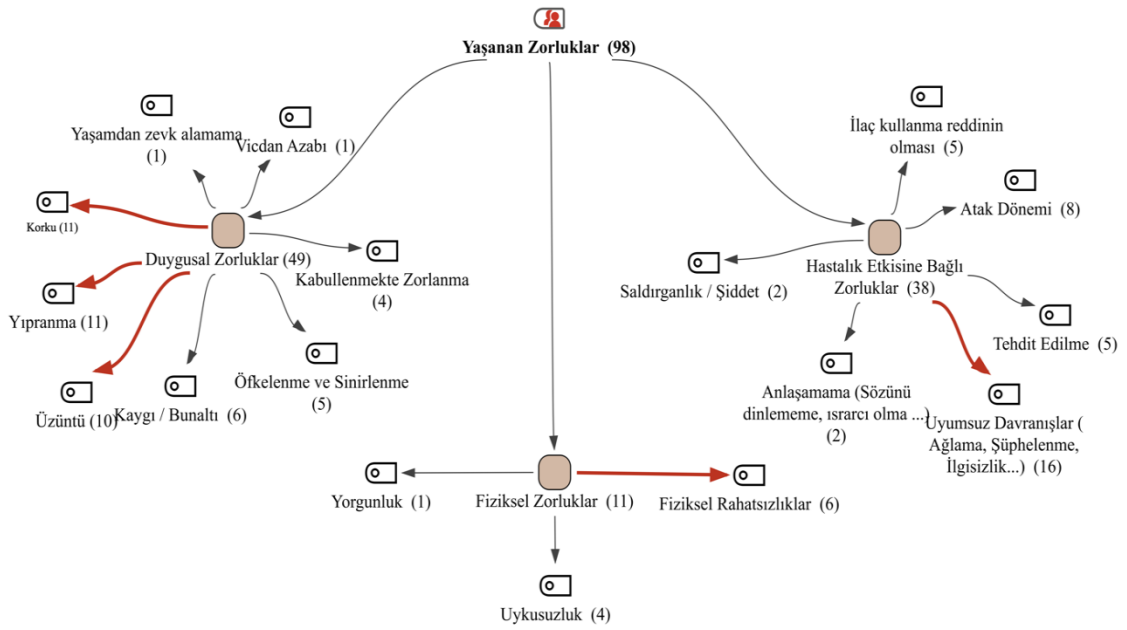
Yardımcı oluyorum kodu için, “İğne yapmak istemediğinde asla kızmazdım, şimdi de kızmıyorum. Her durumda ona anlayışlı bir şekilde davranıp yardımcı olmaya çalışıyorum. Bu hastalık başımıza geldiği için üzüldük ama ne yapabiliriz; bununla iyi bir şekilde mücadele edip yaşamaya alışmalıyız. Çok fazla zorluk yaşadığımı söyleyemem, o da sağ olsun hep yardımcı olmaya çalıştı bana, ben de ona yardımcı olmaya çalıştım.” [K2], “Devamlı onu koruma ve kollama ihtiyacı hissediyorsunuz. Göz kulak olma zorunluluğunuz hep var. Diğer insanlar gibi kendini koruma yetisi çok iyi gelişmediği için, bu konuda dışarıdan sizin tarafınızdan desteklenmesi gerekiyor. Onu doğru yönlendirmeye

çalışıyorsunuz; nereden zarar gelebileceğini anlatmaya çabalıyorsunuz.” [K3], “Onu anladığımızı belirttik, ona nasıl yardımcı olabileceğimizi düşündük. Ortak bir dilde buluşmaya çalıştık ve daima destek olmaya gayret ettik. Zaman zaman öfkeli anları oluyordu; bu dönemlerde biz sessiz kalıyoruz. Biz öfkelendiğimizde ise o anlayış gösteriyordu. Hep birbirini anlayan, yormayan ve destekleyen bir ilişki kurduk.” [K6], “Devamlı yardımcı olmaya çalışıyorum. Bu durum onda da bazı değişimler yarattı; artık bana daha anlayışlı bir şekilde yaklaşıyor.” [K10], “Hem ben, hem o, hem de abilerim bu şekilde ona yardımcı olmaya çalıştık. Ona hep destek olduk, asla yalnız bırakmadık. Kimi zaman bağırırlarına, çığlıklarına maruz kalsak da her zaman onun destekçisi olduk. Asla ona sırtımızı dönmedik” [K14], “Elimizden geldiğince ona yardımcı olmaya çalıştık. Onu, ilgi duyduğu alanlara yönlendirmeye gayret ettik. Dışarıda nerede olduğunu öğrendiğimizde ise hemen peşinden gidip onu bulunduğu ortamdan çıkararak eve getirmeye çalıştık.” [K15], ifadeleri yer almaktadır.

Kötü etkilendiğini belli etmeme kodu için, “Böyle baktığımızda stres, bazen kızgınlık ve öfke oluşturunuyordu ama bunları ona çok belli etmiyordum.” [K2], “Ona çok belli etmemeye çalıştım; hep onun iyi olması, güzel şeyler yaşaması için uğraştım, didindim ve bu yaşıma kadar getirdim.” [K2], “Her zaman problemleri kendi içimde yaşadım, dışarıya hiç yansıtmamaya çalıştım.” [K6], “Artık bu tür şeylere alıştım, bana normal geliyor. Bu süreci bir rutine, bir alışkanlığa dönüştürdüm. İlk başlarda çok alıngandım ama zamanla alıştım; yaşadığım her şeyi artık normal karşılıyorum.” [K11], “Yaptığım ilk şey, ne kadar karmaşık ya da yoğun duygular içinde olsam da bunu ona asla yansıtmamaktı. Onun yanında, onu önemseyen, seven, iyileşmesini isteyen ve tüm gücünü ona adayan bir anneydim. İçimde fırtınalar kopuyordu ama bunların hiçbirini ona yansıtmıyor, belli etmiyordum.” [K14], ifadeleri yer almaktadır.

Tema 3: Yaşanan Zorluklar Teması

Yaşanan zorluklar teması ile ilgili kodlar incelendiğinde, *hastalık etkisine bağlı zorluklar, duygusal zorluklar, fiziksel zorluklar*, üç tane alt tema belirlenmiştir. Yaşanan zorluklar teması kapsamında ortaya çıkan alt temalar ve kodlar şekil 5’de gösterilmiştir. Ayrıca aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.



Şekil 5. Yaşanan zorluklar teması

Hastalık etkilisine bağlı zorluklar alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar uyumsuz davranışlar (ağlama, şüphelenme, ilgisizlik, sudan korkma, kalabalıktan uzak durma) (16), tehdit edilme (ölüm ile tehdit edilme, ev yakmayla tehdit edilme, kendisine zarar verme ile tehdit etme) (5), ilaç kullanma reddinin olması (5), atak dönemi (mani, depresyon, halüsinasyon görme) (8), saldırganlık/şiddet (2), anlaşamama (sözünü dinlememe, ısrarcı olma, sınır koymama, çabuk sıkılma) (2) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

Uyumsuz davranışlar (ağlama, şüphelenme, ilgisizlik, sudan korkma, kalabalıktan uzak durma) kodu için, “Artık bizimle yemek yememeye, yemeklerini ayrı istemeye, banyoya girmeye korkmaya ve banyo yapmamaya başladı.” [K2], “Benim kız aşırı titiz olmaya başladı evdeki tozlardan yaptığı banyoya kadar etkilendi. Belli bir süre sonra banyoya girmek istememesinde veya kıyafetle banyoya girmesi istenen yani anlamlandıramadığım bir sürü davranışlar oluşmaya başladı. Bu normalde böyle biri değildi gayet sağlıklı gayet kendinde biriydi.” [K2], “Devamlı takip edildiği düşüncesi vardı, mesela ‘beni öldürecekler’, ‘polisler beni arıyor’ gibi anlamsız şeyler söylüyordu. Bir de bazen bizleri gerçek olmayan nedenlerle suçluyordu” [K3], “İlk olarak sesler duymaya başladı. Kendi ifadesine göre, evde kamera olduğunu ve bizlerin kamera ile kaydedildiğini, ayrıca takip edildiğini söylüyordu. Kamera sayesinde içeride, yani telefonla

konusulduğunda, konuşmaların kendisiyle ilgili olduğunu ve takip edildiğini ifade ediyordu” [K3], “Özellikle babası ya da amcaları tarafından cinsel tacize uğradığını söylüyordu. Genellikle aslında mümkün olmayan şeylerden bahsediyordu ama ister istemez insanda ufak bir şüphe oluşuyordu.” [K5], “Banyoya kıyafetleriyle giriyordu, yani üstünü çıkarmadan banyo yapıyordu. Banyoya girerken mutlaka küçük bir Kur’an götürürdü. Çok uzun kalmazdı; girip çıkması bir olurdu. Çıktıktan sonra da yine Kur’an’ı alıp dışarı çıkıyordu.” [K7], “Olmayan şeyleri görme ve duyma, saldırganlık ve intihara meyillilik vardı. Hep aşırı takıntılıydı; dine karşı da takıntısı vardı. Sürekli etrafında birilerinin olduğunu ve onlarla vakit geçirdiğini söylüyordu. Mesela televizyon izlerken, ekranda olmayan şeyleri gördüğünü söylerdi. Devamlı intihar mektupları yazardı.” [K8], “Eve kürek getirirdi, sonra cam parçaları gibi şeyleri eve taşırdı. ‘Birileri gelecek, onları engelleyeceğim’ gibi şeyler söylerdi. Bu durum beni çok korkutuyordu. Gece yarısı kalkıp kapıya bastırıyordu.” [K9], “Yemek yaparken bana ‘Yemeğe zehir mi koyuyorsun, çamaşır suyu mu koyuyorsun?’ gibi şeyler söylerdi. Sürekli bir şüphe içindeydi. Sadece bana değil, çevresindeki herkese karşı da güvensizlik hissediyordu; kimseye güvenmezdi.” [K9], “Sudan korkuyordu; çok sık düş almak istemiyordu. Aylarca yıkanmasa bile hiçbir şey demezdi, ‘ben yıkanayım’ bile demezdi” [K12], “Telefonda konuşma tarzı ve bize olan yaklaşımı değişmişti. Daha sonra yurtdışına gittiğinde kendi yazışmalarında sürekli bir şüphe ve takip edilme algısı olduğunu fark ettim. Başta fark edemedik; bize oyun oynuyor, oradan oturma almak için bir şeyler yapıyormuş gibi geliyordu.” [K13], “Sürekli sokaktaki insanlara sataşıyordu; insanların onun hakkında konuştuğunu sanıyordu. Aşırı derecede şüpheliği vardı.” [K14], “Devamlı ortama uyumsuz davranışlar sergilemeye başladı. Uyuma saatinde dışarı çıkıp geziyordu, bir şey alması gerektiğinde unutuyordu ya da aynı şeyden beş tane alıyordu. Aşırı konuşmaları vardı. Para harcamada da ciddi artışlar olmuştu” [K17], “Şüpheliği vardı; insanların onun hakkında konuştuğunu sanıyordu. Sizinle onun hakkında konuştuğumda, sizin farklı şeyler söylediğinizi düşündüğünü söylerdi.” [K19], ifadeleri yer almaktadır.

Tehdit edilme (ölüm ile tehdit edilme, ev yakmayla tehdit edilme, kendisine zarar verme ile tehdit etme) kodu için, “Mahalledeki herkes rahatsız oluyordu; sokağın ortasında bağırıp çağırıyor, naralar atıyordu. Zapt edemiyorduk. Çok büyük zorluklar çıkarıyordu; üstüne gittiğimizde ise ‘Seni öldüreceğim’ diye tehdit ediyordu.” [K1], “Hatta evi bile yakmaya çalıştığı oldu. Bu süreçler benim için hiç kolay geçmedi. Bir keresinde bıçakla kız

kardeşine saldırdı. Babasını da sürekli ‘Bir gün seni öldüreceğim’ diyerek tehdit ediyordu.” [K5], “Sürekli zarar vermeye yönelik tehditlerde bulunuyordu; ‘Yakarım her şeyi, parçalarım’ tarzında söylemleri oluyordu.” [K14], “Dediğini yapmazsan tehdit ediyordu; ‘Evinizi yakarım, arabanızı yakarım, her şeyi yakarım’ şeklinde tehditlere başvuruyordu. Bazen ataklarla mücadele ederken işler iyice zorlaşıyordu; sürekli bir şeyleri yakmakla, yıkmakla tehdit ediyordu” [K16], “Bazen ataklarla mücadele ederken artık çok zor oluyor, tehdit ediyor sürekli bir şeyleri yakmakla, yıkmakla tehdit ediyor.” [K16], ifadeleri yer almaktadır.

İlaç kullanmak istememe kodu için, “Özellikle ilaç kullanmayı reddetmesi bizleri oldukça sıkıntılı durumlara soktu. Tedaviyi kabullenmesi ve düzenli tedavi alması için oldukça uğraştık, gerçekten çok emek verdik.” [K1], “Eskiden beni ve babasını çok zorlardı. İlaç kullanmayı reddediyordu, atağa giriyordu. Bazen küçük de olsa saldırgan davranışları oluyordu. İnsanlardan uzak duruyordu, banyoya girmiyordu. Bu tür problemlerle uğraşmak bizi gerçekten zorluyordu ve büyük stres yaratıyordu.” [K2], “İlaç reddi, bizim en sık karşılaştığımız ve en çok zorlandığımız konulardan biri. İlaç kullanmayı sevmiyor, özellikle tablet ya da iğne konusunda direnç gösteriyor. Tam anlamıyla tedaviden kaçıyor. Bazen evde tedavisini uygulayamıyoruz, hastaneye götürmemiz gerekiyor ama buna da karşı çıkıyor. Ambulans çağırmak zorunda kalıyoruz ama bunu kabul etmiyor, kavga çıkarıyor.” [K5], “Genellikle ilaçları kullanmak istemiyor çünkü kilo artışına neden olduğunu düşünüyor. Bu yüzden ilaçları kullanmak istemiyor ve bir an önce bırakmak istiyor.” [K10], “Kardeşimin her zaman ilaç kullanmaya karşı bir reddi var. Maalesef bir inkâr durumu söz konusu ve bunu bir türlü aşamadık. Aynı zamanda hasta olduğunu kabullenmemesi de bizi hep zorladı, sıkıntılar yaşattı.” [K15], ifadeleri yer almaktadır.

Atak dönemi (mani, depresyon, halüsinasyon görme) kodu için, “İlaç kullanmadığı zamanlarda atağa giriyor ve bu durum beni çok fazla zorluyordu. Hep böyleydi.” [K2], “Özellikle tam bir atak döneminde çok büyük zorluklar yaşanıyor; hasta olduğunu kabul etmiyor. Bazı dönemlerde ilaçlarını veriyorsun, sana küfür ediyor, hakaret ediyor, laf söylüyor.” [K4], “Annem atak halindeyken ne dediğini bilmezdi ve işin tuhaf yanı, iyileşince hiçbirini hatırlamıyor. Sanki bütün o konuşmaları, söylediklerini kendisi söylememiş gibi davranıyor.” [K4], “Sadece bir defa atak dönemindeyken üzerime yürümüştü, evde misafir varken. Onun dışında hiçbir zararını görmedim.” [K7], “Hiçbirimizin huzuru yok. Atak dönemlerinde evin girişinde bile diken üstündeyiz. En çok

zorlayan şey, hep atak dönemlerinde bize yaşattıkları oldu.” [K11], “Onun ataklarıyla mücadele etmek oldukça sıkıntılı ve zordu, halen de öyle. Özellikle eşim hayattayken bu durumla ilgili bayağı problemler yaşadık.” [K16], “Hastalık dışındaki zamanlarda beni pek zorladığı olmuyor. Yani atak dönemleri dışında birlikte oldukça iyi vakit geçiriyoruz.” [K18], “Atak dönemlerinde gerçekten o kadar çaresiz hissediyorsunuz ki... Ve bir o kadar da yoruluyorsunuz; bir türlü baş edemiyorsunuz, onu mutlu edemiyorsunuz.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Saldırganlık/şiddet kodu için, “Bizi en çok zorlayan şey, hastanın atak döneminde bizlere yaşattıkları oluyordu. Atak dönemi oldukça yıpratıcı geçiyordu. Benim açımdan onu zapt etmek imkânsızdı, hiçbir şekilde durduramıyorduk. Çok hırçınlaşıyordu ve ani, keskin hareketlerde bulunuyordu. İnsanlara karşı saldırgan davranışları oluyordu; bazen olaylar karakolluk oluyordu. Emniyetten çağırıyorlardı ve bazı durumlarda onu emniyetten çıkarıp eve getirmek zorunda kalıyordum.” [K1], “Ama bana karşı hiçbir zaman en ufak bir şiddet ya da şiddete yönelik bir girişimi olmadı. Şiddet davranışlarını genellikle enjeksiyon yapılmak istendiğinde gösteriyordu. O zamanlarda özellikle güvenlik güçlerine ve sağlık personeline karşı ciddi ajitasyon ve agresyon gösteriyordu.” [K8], ifadeleri yer almaktadır.

Anlaşamama (sözünüzü dinlememe, ısrarcı olma, sınır koymama, çabuk sıkılma) kodu için, “Normal zamanlarda bile oldukça stres yaratan bir kişilik özelliğine sahipti. Ancak ilaçları bıraktığında durum çok daha zorlayıcı hâle geliyordu. Onunla başa çıkmak, onu mutlu etmeye çalışmak, ancak bunu başaramamak, sürekli olarak sergilediği olumsuz tavırlarla ve söyledikleriyle uğraşmak oldukça yorucu ve stres vericiydi.” [K11], “Bu hastalığın kesin bir çözümünün olmadığını biliyorum; dolayısıyla tek çözüm düzenli ilaç kullanımı gibi görünüyor. Onun için tek kurtuluşun ölüm olduğunu düşündüğüm zamanlar bile oldu. Bu nedenle ona her zaman uyumlu yaklaşmaya çalışıyorum. Onunla kavga etmemeye özen gösteriyorum ve çoğu zaman taviz vermek zorunda kalıyorum.” [K16], ifadeleri yer almaktadır.

Duygusal zorluklar alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar üzüntü (10), korku (11), vicdan azabı (1), yıpranma (kötü etkilendim, tükendim) (11), kabullenmekte zorlanma (4), öfkelenme, sinirlilik (5),

kaygı/bunaltı (6), yaşamdan zevk alamama (1) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

Üzüntü kodu için, “Hasta olduğunu ilk öğrendiğimizde büyük bir üzüntü yaşadık. Kardeşim, öncesinde oldukça neşeli ve canlı biriydi ancak bir anda tanıyamadığımız, içine kapanık birine dönüştü ve kendisini hayattan soyutladı.” [K1], “Oğlumun bu hâllerini gördükçe çok üzüldüm. Çünkü 25 yaşına kadar herhangi bir sorunu yoktu. Ancak bu yaştan sonra sergilediği tuhaf davranışlar beni korkuttu ve geleceğe dair kaygı ve üzüntü hissetmeme neden oldu..” [K2], “Annemin rahatsızlığı beni oldukça etkiledi. İlk zamanlarda sürekli ağlıyor, uyuyamıyor ve neden böyle hasta olduğunu sorguluyordum. Bu durum beni derinden üzüyordu.” [K4], “Genç yaşta bir kızın normal davranışlar sergileyemediğini görmek insanı gerçekten çok üzüyor. Aynı zamanda saldırgan davranışları da olduğu için korku da hissediyordum.” [K7], “Çocuğumun böyle bir rahatsızlığı olması elbette ki beni çok üzdü. Aynı zamanda korkuya da kapılıyorsun; çünkü neyle karşılaşacağını bilemiyorsun.” [K10], “O dönemde yeni evliydim ve hamileydim. Olayları öğrendiğimde çok üzüldüm, bu süreç benim için oldukça stresliydi.” [K12], “Doktoru bu hastalığın tamamen kalıcı olduğunu ve hiçbir şekilde geçmeyeceğini söylemişti. Eve gidip ağlamıştım; bu durum beni derinden etkilemişti.” [K19], “Bu süreçte hem çok üzülüyorsun hem de korkuyorsun. Özellikle üzüntü daha baskın oluyor. Hasta olduğunu kabullenmemesi ise durumu daha da zorlaştırıyor.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Korku kodu için, “Bu yaştan sonra sergilediği değişik ve tuhaf davranışları gördükçe korku hissettim ve bu korkuya, geleceğe dair bir üzüntü de eşlik etti.” [K2], “Onun bazı davranışları bende korku oluştuyordu. Aynı zamanda neden böyle davrandığını anlayamamak da bir üzüntü kaynağıydı; acaba bir problem mi var diye sorguluyordum.” [K4], “Annemin hasta olduğunu ilk öğrendiğimde, ona bir şey olacak diye çok korktum. Bu kaygıyla gecelerce uyuyamadım.” [K4], “İlk başlarda annemden çekiniyordum çünkü rahatsızlandığında bana zarar verebilir düşüncesi vardı. Bu nedenle korkuyordum, ancak zamanla bu korkumu yendim ve ona daha sağlıklı bir şekilde yaklaşmaya başladım.” [K4], “O hastalığı öğrendiğimizde doğal olarak çok korktuk ve onun için endişelendik. Özellikle daha önce dört yaşındayken geçirdiği menenjit de bizde bir hassasiyet oluşturmuştu.” [K5], “Onun hastalığına dair belirtileri ilk fark ettiğimde âdeta yıkıldım. Bu durum bende çok olumsuz bir izlenim bıraktı ve başlangıçta yoğun bir korku hissettim.” [K9], “Korku şu şekilde oluşuyor: Bazen öyle iyi oluyor ki ‘galiba atlattık’ diyorsunuz; ancak sonra birden

her şey tersine dönebiliyor. Bu belirsizlik ve sürekli tekrar eden döngü insanı korkutuyor.” [K10], “Çocuğunuz hasta olduğunda gerçekten çok büyük bir korku yaşıyorsunuz. Onu hastaneye her götürdüğümde içim parçalanıyordu. Çünkü evlat, bu hayattaki en değerli varlık; hiçbir şey onun yerini tutmuyor.” [K11], “O dönemde oldukça yoğun bir tedavi süreci geçirdi. Bu süreç hem ürkütücü hem de oldukça üzüntü vericiydi.” [K12], “İlk zamanlarda çok korkuyorduk. Acaba gece yanında kalabilir miyiz, bize ya da çocuklara zarar verebilir mi diye endişeleniyorduk. Çocuklarına bağırdığı zamanlar oluyordu, bu da korkumuzu artırıyordu.” [K14], ifadeleri yer almaktadır.

Vicdan azabı kodu için, “Böyle bir durumda, kişi sosyal ortamlara dahil olamayabiliyor. Bu da, onu dışarı çıkaramadığınız için vicdan azabı duymanıza yol açabiliyor. Yani, sosyal yaşantısını sınırlamak zorunda kalmak kişiyi psikolojik olarak etkileyebiliyor” [K7], ifadesi yer almaktadır.

Yıpranma (kötü etkilendim, tükendim) kodu için, “Atak döneminde, hastanın eski haline dönmesi, tüm aile üyelerini, yani annemi, babamı, eşimi, hepimizi oldukça yıpratmıştı. Zaman içinde, annem ve babam vefat etti, ancak ben hala onunla mücadele etmeye devam ettim.” [K1], “Hasta olma durumu, sadece psikiyatrik değil, farklı sağlık problemleriyle de devam etti. Uzun yıllar süren bu süreç, oldukça yıpratıcıydı. Bir dönem, o kadar zorlandık ki, onun ölmesini bile diledim.” [K5], “Bu süreç boyunca çok zorlandık. Annesi yıllarca çalışmadı, sürekli ona bakmak ve ilgilenmek durumundaydı. Son bir yıl boyunca annesi çalışmaya başladı. Bu dönemde annesi psikolojik olarak benden daha fazla yıprandı.” [K6], “Stres, sürekli devam eden bir döngü oluşturuyor. Kıyafetini düzeltip, düzenli bir şekilde bakıyorsunuz, ama kısa süre sonra her şey yine bozuluyor. Bu sürekli döngü, kişiyi psikolojik olarak yıpratıyor.” [K7], “İlaç kullanım süreçlerinde ciddi sıkıntılar yaşadık. Başlangıçta, bazı ilaçlar yan etki yaptı ve bu da çene kitlemesine yol açtı. Yeni ilaçlar kullanmaya başladık, ancak her değişiklikte yaşadığımız süreç çok yıpratıcıydı. Bazen hastaneye yatışları oldu.” [K9], “Bu durum ister istemez bizleri etkiliyor ve oldukça yıprandığımı hissediyorum. Bazen öfkemi kontrol edemediğim anlar bile oluyor.” [K10], “Atak dönemleri gerçekten çok zorlu geçti. En çok zorlayan şey, o dönemde bize yaşattıklarıydı. Onunla mücadele ederken verdiğimiz emek, bizi oldukça yıpratıyordu.” [K11], “Bazen, işin içinden çıkamaz hale geliyorsunuz. Hem eşimle, hem annemle, hem de onunla ilgilenmek çok zorlayıcı oluyor. Ne kadar çaba göstersek de bazen yetişemediğimizi hissediyoruz.” [K12], “Bu hastaların topluma adaptasyonlarını sağlamak oldukça zor. Bu

süreçte onlara yardımcı olabilmek için büyük bir çaba sarf etmeniz gerekiyor. Bu, sizin de yıpranmanıza, stres yaşamanıza, bazen de çaresiz hissetmenize neden oluyor.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Kabullenmekte zorlanma kodu için, “İlk başta hastalığı inkar ettim çünkü kabullenmek oldukça zor bir süreçti. Uzun bir süre boyunca kabul etmekte güçlük çektim. Daha sonra, ona nasıl yardımcı olabileceğimi düşünmeye başladım.” [K10], “Hastalığın başlamasından sonra aile olarak çok yıkıldık. Bildiğiniz gibi, ölüm dışında her soruna çare bulunabilir, ancak kabullenmekle inkar etmek arasında bir bocalama yaşadık.” [K12], “İlk kez ruhsal hastalık hakkında bilgi sahibi olduğumda, bunu kabullenememiş ve çocuğuma yakıştıramamıştım. Ancak zamanla, değişimi fark etmeye başladım.” [K13], “Öncelikle hastalığını kabullenmekte zorlandım ve bu süreçte ona bu durumu kabullendirmek de oldukça zordu.” [K17], ifadeleri yer almaktadır.

Öfkelenme, sinirlilik kodu için, “Benim psikolojik olarak etkilendiğimi düşünüyorum. Kendimi iyi hissetmiyorum, sağlığımı önemsemeye başladım. Bazen sinirlenmem gereken durumlarda sinirlenmeye başlıyorum.” [K3], “Eskiden daha sabırlıydım, ancak artık sinirlenme evreleri yaşıyorum. Bu durum, bende stres ve sinirlilik yaratıyor.” [K10], “Gerçekten iyileşme şansının olmadığını hissediyorum. Sürekli bir durum değişimi söz konusu; bazen sinirlendiriyor, bazen delirtiyor. Çok zorlayıcı bir süreç, oldukça problemlidir.” [K11], “Onun davranışlarının belirli bir nedene ve sebepten kaynaklandığını kabul ediyorsunuz, ancak ne olursa olsun, bu süreç oldukça zorlayıcı ve sizi yıpratıyor. Stres altında kalıyorsunuz ve bazen öfkeleniyorsunuz.” [K17], ifadeleri yer almaktadır.

Kaygı/bunaltı kodu için, “Önceden bahsettiğim sebeplerden dolayı sürekli stres, kaygı ve endişe yaşadım. Devamlı tetikte olmak durumundaydım, bu da sürekli stres altında olmama neden oldu. Gece uyumadan önce, o uyumadan ben de uyumazdım. Balkonuna çıktığında mutlaka onunla çıkmaya çalışırdım, kendisine bir şey olmasın diye. Sürekli tetikte olmak zorunda kalmak, doğal olarak kaygı oluşturuyor.” [K5], “Bu hastalıkla mücadele ve onunla yaşamak, kaygı bozuklukları yaşamama neden oldu. Bir gece yarısı, çocuğum araya girmeseydi, balta ile omuzuma vurdu ve beni öldürebilirdi. Bunun hiçbir nedeni yoktu, sadece gördüğü hayallerin etkisi miydi, bilmiyorum. Şu anda sadece ayakta

kalmaya çalışıyorum.” [K9], “Kaygı bozukluğu tanısı aldım ve çocuklarımı kaybetme korkum var. Yaşadığım bu travmatik süreçlerden dolayı bu korkular sürekli beni etkiliyor.” [K9], “Kaygı yaşıyorum, özellikle oğlumla ve diğer çocuklarımla ilgili.” [K13], “Yaşadığımız bu zorlu süreçler, aşırı stres ve anksiyeteye neden oldu.” [K15], “Gerçekten artık bu durum çekilmez bir hal alıyor. Aşırı stres yaşıyorum, zorlanıyorum ve büyük bir yükün altına girdiğimi hissediyorum.” [K17], yer almaktadır.

Yaşamdan zevk alamama kodu için, “Yaşadığım bu travmatik süreçlerden dolayı, her an çocuklarımdan birisinin hayatını kaybedeceği korkusu içindeyim. Bu durum, yaptığım hiçbir şeyden zevk almamı engelliyor.” [K9], ifadesi yer almaktadır.

Fiziksel zorluklar alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar fiziksel rahatsızlıklar (kanser oldum, migren oldum, romatizma hastası oldum) (6), uykusuzluk (4), yorgunluk (1) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

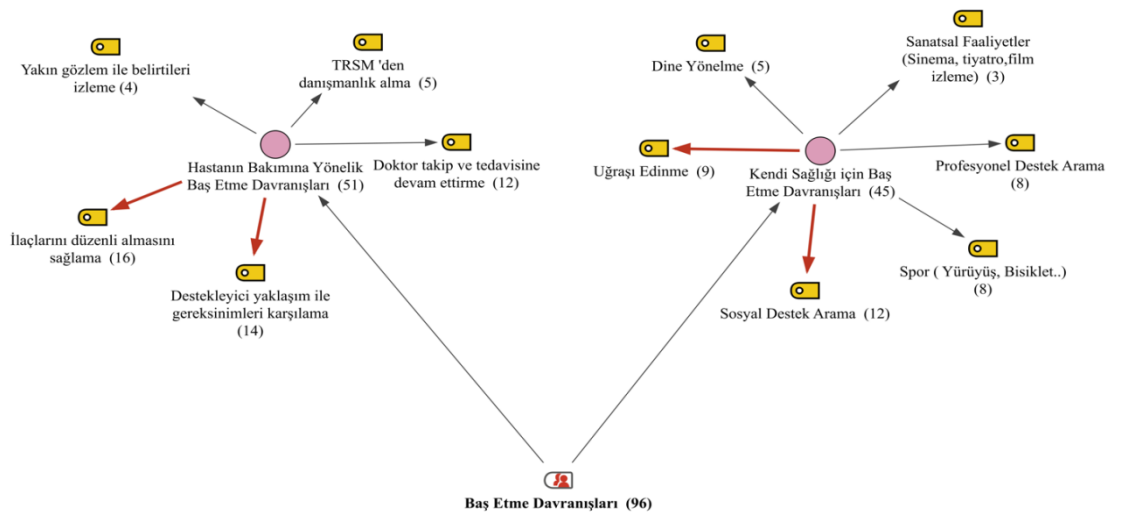
Fiziksel rahatsızlıklar (kanser oldum, migren oldum, romatizma hastası oldum) kodu için, “Üç gün süresince hastaneye yatmam gerekti. Bu durum, stres nedeniyle romatizma hastalığımın kötüleşmesiyle bağlantılıydı. Stres altında durumum hızla kötüleşiyor ve hastaneye yatmak zorunda kalıyorum.” [K7], “Bu süreçte, hem fiziksel hem de psikolojik problemler yaşadım. Epilepsi rahatsızlığım da bulunuyor. 12 yaşında bir kardiyo pulmoner resüsitasyon öyküm oldu, ancak bu kısa süreli bir durumdu. Nörolog, bu durumu yaşadığım çocukluk travmalarına bağladığını belirtti.” [K8], “Şeker hastalığına yakalandım. Sürekli stres altında yaşamam, bazı şeyleri eskisi gibi yapamamama neden oluyor. Özellikle seslerin ve gürültülerin verdiği rahatsızlık nedeniyle, psikiyatri doktoruna başvurmak durumunda kaldım.” [K11], “Yaşadığım sorunların sonucu olarak meme kanseri oldum. Kaynağını tam olarak bilemiyorum ancak bu süreç, sürekli stres ve anksiyete içinde yaşamamın bir sonucu olabilir. Sol mememi aldırmak zorunda kaldım.” [K16], “Migrenim var ve bu durum ister istemez beni etkiliyor. Başka kadınların eşlerinin gösterdiği ilgi ve desteği benim eşimden göremedim. Hasta olduğumda, eşim bana kahvaltı hazırlamak ya da ilaçlarımı vermek gibi bir yaklaşımda bulunmadı. Bir süre antidepresan kullandım, bu sorunlarla başa çıkabilmek için.” [K17], ifadeleri yer almaktadır.

Uykusuzluk kodu için, “Annemin rahatsızlığının şiddetinin arttığı dönemlerde, dayanma gücümün azaldığını hissediyorum. Bu süreçte kendimi toparlamak adına uyku hijyenim ve uyku kalitem önemli ölçüde düşüyor.” [K4], “Bu süreçte annemin uykusuzluk durumu oldukça zorlayıcı hale geliyor. Bazen sabaha kadar uyumuyor ve ayakta kalıyor. Bu durum, benim de uyuyamama ve endişe duygusu yaşamama yol açıyor. Diğer çocuklar da dolaylı olarak ihmal ediliyor.” [K5], “Bu süreçte çok yıprandık. Uykusuz geçen gecelerin sayısı oldukça fazlaydı. Adnan Menderes Üniversitesi'nde yaklaşık 36 veya 37 gün kaldık. Annemin hastanede yattığı ilk 15 gün boyunca biz de hastane kapısının önünde arabanın içinde yatıp kalkıyorduk.” [K17], ifadeleri yer almaktadır.

Yorgunluk kodu için, “Bazen kendimi tükenmişlik hissiyle, derin bir yorgunlukla karşı karşıya hissediyorum. Bu duygu, adeta beni ele geçiriyor.” [K13], ifadesi yer almaktadır.

Tema 4. Baş Etme Davranışları Teması

Baş etme davranışları teması ile ilgili kodlar incelendiğinde, *kendi sağlığı için baş etme davranışları*, *hastanın bakımına yönelik baş etme davranışları* iki tane alt tema belirlenmiştir. Baş etme davranışları teması kapsamında ortaya çıkan alt temalar ve kodlar şekil 6’da gösterilmiştir. Ayrıca aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.



Şekil 6. Baş etme davranışları teması

Kendi sağığı için baş etme davranışları alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar dine yönelme (5), spor (yürüyüş yapıyorum, bisiklete biniyorum) (8), sanatsal faaliyetler (sinemaya gidiyorum, tiyatroya gidiyorum, film izliyorum) (3), profesyonel destek arama (8), sosyal destek arama (12), uğraşı edinme (9) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

Dine yönelme kodu için, “Aynı zamanda namaz kılmak bana büyük bir rahatlama sağlıyordu. Sürekli olarak dua ediyorum; hem annem için, hem kendim için, hem de ailem için.” [K1], “Düzenli olarak namaz kıldığımda, dua etmek bana oldukça iyi geliyor. Bu süreçte, dua etmek, karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmemi sağlıyor.” [K2], “Bu sorunlarla başa çıkabilmek için kendimi ibadete verdim. Maneviyata yöneldim ve bu bana büyük bir içsel güç sağladı.” [K14], “Kendimi iyi hissetmek için dua ediyorum, namaz kılıyorum ve ibadetlerime devam ediyorum. Allah'a sürekli dua ediyorum, başka hiçbir şey yapmıyorum.” [K19], ifadeleri yer almaktadır.

Spor (yürüyüş yapıyorum, bisiklete biniyorum) kodu için, “Kendimi iyi hissetmek ve zihnimi boşaltmak için sık sık dışarı çıkıyorum. Temiz hava almak amacıyla yürüyüş yapmayı tercih ediyorum ve sosyal etkinliklere katılmaya çalışıyorum.” [K1], “Bazı günler erken uyanarak yürüyüşe çıkıyorum. Ancak bu aktivitenin sürekliliği yok, belirli günlerde yapabiliyorum.” [K3], “Çok stresli anlar yaşadığımda, eğer ortam uygunsa bir süre dışarı çıkıp hava alıyorum. Özellikle sahilde yürüyüş yapmayı seviyorum, bu bana rahatlama sağlıyor.” [K6], “Yürüyüş yapmayı çok severim. Eğer yalnızsam, genellikle kitap okumayı tercih ederim; ancak yanımda biri varsa, birlikte doğa yürüyüşüne çıkmayı tercih ederim.” [K10], “Bisiklete binmeyi çok severim, özellikle eşimle birlikte uzun süre bisiklete binerdik. Aynı zamanda yürüyüş yapmayı da çok severim. Küçük oğlumla vakit geçirmek, onu görmek de beni çok mutlu ediyor ve iyi hissettiriyor.” [K15], “Yine kendi başıma dışarı çıkıp yürüyüş yapmayı severim. Bisikletim var, bisikletle gezmeyi ve sahilde vakit geçirmeyi çok keyifli buluyorum.” [K16], “Evim sahile yakın olduğu için sahilde yürüyüş yapmayı çok severim. Sahil boyunca yürümek bana büyük bir huzur veriyor.” [K17], “Kendimi iyi hissetmek için ilk yaptığım şey, evden uzaklaşmak oluyor. Bir problem yaşasam da yaşamadan da, sadece iyi hissetmek amacıyla yürüyüşe çıkıyorum.” [K18], ifadeleri yer almaktadır.

Sanatsal faaliyetler (sinemaya gidiyorum, tiyatroya gidiyorum, film izliyorum)

kodu için, “Eşimle birlikte sinema ve tiyatro gibi aktivitelere gitmeye özen gösteriyordum. Bu tür etkinlikler, bu süreçte bana psikolojik olarak iyi geliyordu ve iyileşmeme yardımcı oluyordu.” [K1], “Dijital platformları takip ediyorum, bu platformlardan film ve dizi izliyorum. Ayrıca bazen dışarı çıkmayı tercih ediyorum.” [K3], “elefonda film izliyorum, kitap okuyorum; bu şekilde olumsuz düşüncelerden kaçınmaya çalışıyorum ve zihnimi meşgul etmeye çalışıyorum.” [K13], ifadeleri yer almaktadır.

Profesyonel destek arama kodu için, “Psikolojik durumum oldukça olumsuz etkilendi ve bu nedenle psikiyatriye başvurdum, muayene oldum.” [K1], “Psikolojik destek aldım bir uzmandan, ayrıca psikiyatrik ilaç kullanmaya da devam ettim.” [K1], “Bu süreçte herhangi bir şey yapmıyordum, sadece strese bağlı olarak hastaneye yatmadan önce antidepresan kullanıyordum ancak o tedaviye ara vermiştim.” [K7], “Şu an bir psikolog desteği alıyorum; annemin rahatsızlığından dolayı insanlara aşırı derecede bağımlı hale geldim.” [K8], “Sürekli birilerine güvenme ve yardım isteği hissi baskın bir şekilde mevcut. Bunu kontrol etmeye çalışıyorum, bu nedenle psikoloğa gidiyorum.” [K8], “Ruh sağlığım ciddi şekilde olumsuz etkilendi, çünkü evdeki problemlerle başa çıkmak oldukça zorlaşıyor. Bir süre psikiyatri ve psikolog desteği aldım ve muayene oldum. Antidepresan kullandığım dönemler oldu.” [K12], “Bir dönem küçük çaplı depresyon ilacı kullandım, yaklaşık altı ay kadar. Ancak şükürler olsun, el işlerinden ve becerilerimden faydalanarak, çalışarak bunun üstesinden geldim. Kaygı bozukluğu oluştu ve şu anki durumumdan daha kötü olabileceğini düşünüyorum.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Sosyal destek arama kodu için, “Bazen akrabalarımın gidiyorum, annemi ziyaret ediyorum; onlar da bana geliyor, ya da köye gidip ziyaretlerde bulunuyorum.” [K2], “Evdeyken kendimi iyi hissetmek için müzik dinlerim ya da kuzenimi arar, telefonla konuşurum. İçimdeki düşünceleri ona anlatırım, sağ olsun dinler.” [K4], “Arkadaşlarım ile bir muhabbet grubumuz var, sıkça bir araya geliriz. Ben aşırı sosyal biriyim, bazen arkadaş bağımlılığı eğilimlerim de olabiliyor, ancak bunu azaltmaya çalışıyorum.” [K8], “Hep evde oturmak istiyorum, dışarı çıkmak istemiyorum. Nadiren olsa da komşularımın gidip onlarla vakit geçiriyorum.” [K9], “Bazen komşuma gidiyorum, biraz nefes alıyorum. Abime, aileme gidip onlarla sohbet ediyorum, dertlerimi paylaşıyorum. Onlar beni dinledikçe rahatlıyorum.” [K11], “Şu an arkadaş çevrem daha iyi olduğu için sosyal diyalog kurma potansiyelim arttı. Bu yüzden sosyal destek anlamında kuvvetliyim, şükürler olsun.” [K12],

“Arkadaşlarımla vakit geçirmeyi seviyorum, onlarla sohbet etmek eğlenceli oluyor. Sosyal destek anlamında büyük yardımları oluyor, sağ olsunlar.” [K12], “Kitap okumakla yetinmiyorum, çevremle de sosyalleşiyorum. Yeni arkadaşlar ediniyor, onlarla kitaplar hakkında sohbet ediyorum. Kendim de sosyal bir insanım, bu şekilde iletişim kuruyorum.” [K15], “Arkadaşlarım ve komşularım var, onlarla vakit geçiriyorum. Onlarla oturmak ve kalkmak bana iyi geliyor.” [K16], “Komşularımı ziyaret edip sohbet ediyoruz, genellikle onlarla vakit geçiriyorum.” [K17], “Bazen arkadaşlarımla oturur, muhabbet ederim. Sonra annem ve babamla vakit geçirir, onlarla konuşmak onları da rahatlatıyor.” [K19], ifadeleri yer almaktadır.

Uğraşı edinme kodu için, “Kendimi iyi hissetmek için genellikle ev işi yaparım. Evin düzenine özen gösteririm; kanepeyi düzeltir, etrafı toparlarım, yıkanması gereken eşyaları yıkar, temizlik yapmam gereken yerleri temizlerim. Aklımı başka şeylerle meşgul etmeye çalışırım, zihnimi meşgul edip düşünmemek için bu tür işler yaparım.” [K2], “Kendimi iyi hissetmek için genellikle daha fazla çalışmaya veririm. Bu şekilde kafamı rahatlatırım; başka şeylerle meşgul olup o anki stresi düşünmemeye çalışırım.” [K5], “Günün çoğunu iş yerimde çalışarak geçiriyorum. Bu, benim için kafamı dinleme biçimi olarak tanımlanabilir çünkü bu hastalıkla uğraşmak, hastalığın getirdiği yükü başa çıkarak gerçekten oldukça yıpratıcı bir süreç.” [K6], “Canım sıkıldığında kendimi iyi hissetmek için örgü yaparım. Bazen kitap okurum veya film izlerim ama ne yazık ki çok vaktim yok, bu yüzden her zaman yapamıyorum.” [K7], “Ev hanımı olduğum için ev temizliği yaparım, evimi toplar ve düzenlerim. Hastalık düzeyinde temizlik yapıyorum; kafamı ancak o şekilde toparlayabiliyorum.” [K9], “Sorunların üstesinden gelmek için akşama kadar evde iş yaparım, başka bir şey yapmam. Bu şekilde ancak rahatlayabiliyorum. Düzenli olarak kendime ev işlerini adıyorum. En azından bu işlerle meşgul olurken zihnimi dağıtabiliyorum. Tüm işleri bitirdikten sonra perişan hale gelir, yorulurum ve sonunda yatıp dinlenirim.” [K11], “Ufak ufak bahçe işleriyle ilgileniyorum. Dizlerim elverdiği müddetçe bu işleri yapıyorum. Bir zamanlar dizimi yırttım, aşırı hareketliliğim yok ama sağlıklı olduğum sürece bahçe işlerine devam ediyorum.” [K15], “Bahçe işleriyle uğraşmak vaktimi geçirmenin başlıca yolu. Bahçeyi temizler, küçük şeyler ekerek onlarla ilgilenirim. Bu bana iyi hissettiriyor.” [K16], “Kendimi iyi hissetmek için dışarı çıkmayı pek sevmiyorum, özellikle daraldığımda ya da sıkıştığımda. Bu durumda taşlar, diğer aktiviteler için bir şeyler tasarlamak bana iyi geliyor. Aynı şekilde dikiş ve nakışla uğraşmak da beni rahatlatıyor ve iyi hissettiriyor.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Hastanın bakımına yönelik baş etme davranışları alt teması;

Bu alt temayı oluşturan kodlar doktor takip ve tedavisine devam ettirme (12), ilaçlarını düzenli olarak almasını sağlama (16), destekleyici yaklaşım ile gereksinimlerini karşılama (14), yakın gözlem ile belirtileri izleme (4), TRSM'den danışmanlık alma (5) olarak belirlenmiştir. Aşağıda bununla ilgili olarak bakım vericilerin her bir kod ile ilgili ifadeleri yer almaktadır.

Doktor takip ve tedavisine devam ettirme kodu için, “Düzenli ilaçlarını takip ediyorum ve iğne uygulamalarını da gözetiyorum. İlaçlarını düzenli olarak alıp almadığını kontrol ediyorum ve gerektiğinde ilaçlarını almasına yardımcı oluyorum.” [K2], “Kendisiyle beraber yapıyorum tek başıma yapamıyorum, oda mutlaka benimle geliyor doktor muayenelerine götürüyorum. Doktor önerilerini dinliyorum ne diyorsa onu harfi harfine yerine getirmeye çalışıyoruz beraber.” [K2], “Onunla birlikte doktor muayenelerine gidiyorum. Doktorun önerilerine sadık kalmaya çalışıyoruz ve tedavi sürecini birlikte takip ediyoruz. Gerektiğinde iğne uygulamaları ve muayene süreçlerinde ona eşlik ediyorum, yatış gerekirse de yanında kalarak destek oluyorum.” [K4], “Doktor muayenesine birlikte gidiyoruz ve o süreçte doktorla sürekli iletişim halinde oluyorum. Muayene olup olmadığına dair doktor ve hemşire ile görüşerek takip ediyorum.” [K5], “İhtiyacı olduğunda doktora götürüp, tedavi sürecini izliyoruz. İlacında değişiklik olması gerektiğinde yardımcı oluyorum ve tedavi sürecini birlikte sürdürüyoruz.” [K8], “Düzenli olarak doktor muayenesine götürüyorum ve ilaçlarını takip ediyorum. Aylık iğnesi olduğunda ona hatırlatma yaparak gerektiğinde doktor muayenesine de eşlik ediyorum. Elimden geldiğince ona destek olmaya çalışıyorum.” [K9], “Doktora muayene olması gerektiğinde ona eşlik ediyorum. Herhangi bir olumsuz durum olduğunda ise önce babasına bildiriyor, ardından doktorla görüşmek için muayeneye götürüyoruz.” [K11], “Onun tedavi ve bakım sürecinde bir problem ortaya çıktığında, doktorla iletişime geçerek süreci takip ederim. İhtiyaç duyduğu her konuda ona yardımcı olmaya çalışırım.” [K13], “Kötüleştiğinde doktora götürürüm ve gerekli tedavi sürecini başlatırım. Atak dönemine girmeye yakın veya bu dönemdeyse, kendisine ve doktoruna önceden bilgi veririm.” [K14], “Hastaneye götürüp doktoruyla görüştürürüm. İğnesi olduğunda ise bunu takip eder ve onu götürürüm.” [K17], “Durumu kötüleştiğinde doktora götürürüm, tedavi sürecine destek olurum ve bakımını sağlarım. Aynı şekilde temizlik ve diğer günlük ihtiyaçlarında da yardımcı olurum.” [K19], “Kötüleştiğinde doktora götürüp tedaviye destek oluyorum, bakımına yardımcı olurken temizlik gibi günlük işlerinde de yanında oluyorum.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

İlaçlarını düzenli olarak almasını sağlama kodu için, “Tedavisinin kabul edilmesi için uzun bir çaba sarf ettik ve büyük bir emek verdik. Düzenli tedavi sürecine sadık kalabilmesi için oldukça uğraştık.” [K1], “Hastalığın kesin bir tedavisi olmadığını biliyoruz. Bu nedenle düzenli ilaç kullanımına dikkat ediyoruz. İlaçların aksatılmaması gerektiğini, düzenli şekilde alınması gerektiğini takip ediyoruz.” [K3], “Özellikle kendisini kötü hissettiğinde, onu dışarı çıkarıp gezdirmeye çalışıyorum. Ayrıca, ilaçlarının düzenli kullanılmasını izliyor ve takip ediyorum. Eğer ilaçlarını aksatıyorsa, gereken önlemleri alıp ilaçlarını veriyor ya da doktora götürüyorum.”, [K4], “Düzenli ilaç kullanımını sağlamak için çaba gösteriyorum. Eğer ilaçlarını düzenli almazsa, öncelikle ona telkinlerde bulunuyorum, ardından ısrarla ilaç alması için ricada bulunuyorum. Hala kullanmakta ısrar ediyorsa, zorla ilaç aldırıyorum..” [K5], “Maddi hiçbir eksiklik bırakmadan, ilaçlarını zamanında alıp almadığını sürekli kontrol ediyoruz. İlacını alıp almadığını sabah saatlerinde hatırlatıyorum. Aynı şekilde akşam saatlerinde de ilaçlarını almasını sağlıyorum.” [K6], “İlaçlarını düzenli olarak vermeye özen gösteriyoruz, hatta uyuduğunda bile onu uyandırarak ilaçlarını veriyoruz. Ayrıca, gerekiyorsa doktora götürüp muayenesini sağlıyoruz.” [K7], “Zor zamanlarda, doktor muayenesine götürüp gerekli tedavi süreçlerini başlattım. İyi olduğu zamanlarda ise düzenli ilaç kullanımında bir problem yaşamadım.” [K8], “İlaçlarını ben veriyorum ve enjeksiyonlarını da kendim uyguluyorum. Aylık düzenli olarak antipsikotik iğnesini takip ediyorum.” [K9], “İlaçları kendim veriyorum onun enjeksiyonlarını yine ben emekli hemşire olduğum için kendim uyguluyorum ona, Aylık düzenli olarak antipsikotik iğnesini ve ilaçlarını filan takip ederim.” [K10], “Düzenli ilaçlarını takip etmeye özen gösteriyorum ve ona sürekli düzenli ilaç kullanması için telkinde bulunuyorum.” [K13], “İlaç değişiklikleri gerektiğinde, ilaçlarını temin etmeye çalışıyorum. Aynı zamanda düzenli ilaç kullanımını takip ederek, ilaçların sürekli kullanılmasını sağlıyorum.” [K14], “İlaç kullanımının sürekliliği çok önemli. Düzenli ilaç kullanımını takip etmekte ve özellikle üç ayda bir yapılan depo iğnesi gibi tedavi süreçlerine dikkat etmeye özen gösteriyorum.” [K15], “İlaçlarını ve enjeksiyonlarını düzenli takip ediyorum. Aynı şekilde, düzenli olarak doktor muayenesine götürüyor ve gereken tüm tedavi süreçlerine destek oluyorum” [K16], “Düzenli ilaç kullanımını sürekli olarak takip ediyorum. Enjeksiyonlarını kendim yapıyorum ve ilaçlarını düzenli kullanmasını sağlıyorum. Ayrıca, kötüleştiği dönemlerde onu doktora götürerek muayenesini sağlıyorum.” [K17], “İlaç değişikliği gerektiğinde, ilaçlarının düzenli alınıp alınmadığını sürekli olarak kontrol ediyorum.” [K19], “Düzenli ilaç kullanımı maalesef sağlanamıyor. Bu

sebeple aylık enjeksiyonları düzenli olarak takip ediyorum. İlaç kullanmayı tercih etmiyor ve bu da tedavi sürecinde zorluk yaratıyor. Ancak enjeksiyonlarla tedaviye devam ediyoruz.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Destekleyici yaklaşım ile gereksinimlerini karşılama kodu için, “Onu asla yalnız bırakmıyoruz çünkü yalnız kaldıkça durumu daha da kötüleşiyordu. Sürekli onunla ilgileniyor, alkol kullanmasını engelliyordum çünkü alkol aldığında da durumu ağırlaşıyordu.” [K1], “Kişisel hijyenine dikkat ediyor, kıyafetlerinin temiz olmasına özen gösteriyoruz. Öz bakımını eksiksiz yerine getiriyor; ayda bir kez özel temizlikçi gelerek evini temizliyor ve her şeyle ilgileniyor.” [K3], “Onu rahatlatacak şeyler yapıyorum; örneğin, kardeşleriyle veya anne babasıyla, akrabalarıyla zaman geçirmesi ona iyi geliyor. Bazen elinden tutup zorla da olsa onları görmeye götürüyorum ki kendini daha iyi hissetsin ve yaşadığı sıkıntılar azalsın.” [K4], “Oğlumuz bizim evladımız; topluma yararlı olabilmesi ve önce kendisine yararlı olabilmesi için hiçbir zaman umudumuzu kaybetmedik. Her zaman yanında olduk, desteğimizi asla esirgemedik.” [K6], “Atak dönemindeyken tedavisiyle, takibiyle, bakımıyla ve temizliğiyle ilgileniyorum. Kıyafetleri ve üzeri genellikle temiz olmuyor; bazen lavaboya ya da banyoya yönlendiriyor, duş aldırıyor, kıyafetlerini yıkatıyorum.” [K7], “Zaten evin bakımını, temizliğini, her şeyini ben yapıyorum. Onunla ilgileniyorum yani” [K9], “Bakımını, temizliğini, hijyenini genel olarak kendisi yapabiliyor. Ancak kıyafetlerini yine de yıkıyor, odasını topluyor, bunları halletmeye çalışıyorum. Temiz ve hijyenik bir ortamda yaşamasını sağlamaya çalışıyorum.” [K11], “Düzenli ilaç kullanıp kullanmadığını denetliyor, yemesine içmesine dikkat ediyorum. Bir eksiği ya da problemi varsa, bunu gidermeye çalışıyorum.” [K12], “Oğlum hasta olmadan önce işim, planlarım ve kendime göre bir hayatım vardı. Ancak hepsi değişmek zorunda kaldı çünkü onun bana ihtiyacı vardı. Bu nedenle bütün yaşam koşullarımı terk edip ona vakit ayırmam gerekti. Kişisel öz bakımı biraz sıkıntılı; örneğin, banyo yaptırmakta zorlanıyoruz çünkü sudan korkuyor ve oldukça uğraştırıyor. Bakımında yalnızca tırnaklarını düzenli kesiyor, diğer konularda bazen yalvarmam gerekiyor. Onu banyoya sokmak adeta işkence gibi oluyor; sürekli ‘hadi oğlum, banyo yapmamız gerekiyor, temizlenmen gerekiyor’ gibi yaklaşımlarda bulunuyorum.” [K13], “En ufak bir problem olduğunda hemen harekete geçiyor, ona yardımcı olmaya çalışıyorum.” [K15], “Üzülmesini, bunalmasını istemiyorum; bu yüzden ona yardımcı olmaya çalışıyorum.” [K16], “Kötüleştiğinde hemen doktora götürüyor, iyi olması için çabalıyorum. Bakımı ve temizliğiyle ilgileniyorum.” [K20], ifadeleri yer almaktadır.

Yakın gözlem ile belirtileri izleme kodu için, “İlacı bittiğinde ‘Hadi gidelim kızım, reçete yazdıralım’ diyorum. Atak geçirmeye başladığında ya da hastalığın belirtileri ortaya çıktığında, bunu hemen fark ediyorum ve doktora giderek ilaç değişikliği, doz artırımını ya da azaltımı gibi işlemleri yaptırıyorum.” [K2], “Bozulmaya başladığını ara ara hissediyorum. Sadece ilaçları değil, dış çevresini de kontrol etmeye çalışıyorum. Kendi temizliğiyle ilgili bir problemi yok; bakımı iyi. Hem evi idare ediyorsunuz hem de hastalığı; oldukça yorucu ve zorlu bir süreç..” [K16], “Ayda bir kez enjeksiyon yapılması gerekiyor, onu ben yapıyorum. Kötüleştiğinde doktora götürüp muayene ettiriyorum. Ayrıca dışarıdan gözlemliyorum; atak dönemine yaklaştığında ya da geçirdiğinde önceden hem kendisini hem de doktorunu bilgilendiriyorum.” [K17], “İlaçların ona iyi gelip gelmediğini kontrol ediyorum. Bazı ilaçların yan etkileri oluyor; bunun dışında çok fazla bir şey yaptığım söylenemez.” [K19], ifadeleri yer almaktadır.

TRSM’den danışmanlık alma kodu için, “Elimizden geleni yapmaya çalışıyoruz. Trsm’de hasta ile ilgileniyor, ara ara hastayı oraya götürüyorum.” [K3], “Gerçekten bu tür hastalarla uğraşmak hasta yakınları açısından oldukça zor. Sadece hastalıkla ilgili değil, bizim de destek alabileceğimiz bir program gerekli ve bunu TRSM’den sağlıyoruz.” [K14], “Genellikle trsm’den destek alıyoruz ve bu tür yerlerin daha da yaygınlaşmasının elzem olduğunu düşünüyorum. Bu hastalar toplum içinde yaşamaya devam edecekse, aileler gerçekten çok zaman kaybediyor. Bu tür kuruluşların olması, hem ailelerin zaman kaybetmesini engeller hem de hastaların daha çabuk iyilik haline ulaşmalarına yardımcı olur.” [K15], “Hastamız ilaç kullanmaya karşı ve çoğu zaman kabullenmiyor. Ancak trsm ile koordineli çalıştığımızda, depo iğneleri sayesinde bir miktar stabilite sağlanıyor.” [K15], “Düzenli ilaç kullanımını gerçekten takip ediyoruz. Çok sık doktora götüremesek de, talep ettiğimizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından doktor eşliğinde ya da doktorsuz ev ziyaretleri yapılıyor ve hastanın ihtiyaçlarına göre bir yaklaşım sergileniyor.” [K15], ifadeleri yer almaktadır.

4.2. Nicel Bulgular

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerine uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş

ve öz şefkat üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 7. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği (BKEÖ) kontrol boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Test**ve p Değerleri	Etki büyüklüğü d
Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kontrol Alt Boyutu	Ön test (1)	33,43	12,23	35,53	14,69	t=-0,602 p=0,550	0,155
	Son test (2)	42,73	12,05	34,37	12,10	t=2,684 p=0,009*	0,692
	İzlem (3)	41,27	11,30	34,50	11,88	t=2,261 p=0,028*	0,584
	Test Değerleri***	F=15,543		F=0,142			
	P	0,000*		0,710			
	Bonferroni	1,3<2; 1<3					
	η^2	0,349					

*p<0,05; **z: Mann-Whitney; t: bağımsız örneklem t; ***F: tekrarlı ölçümlerde ANOVA

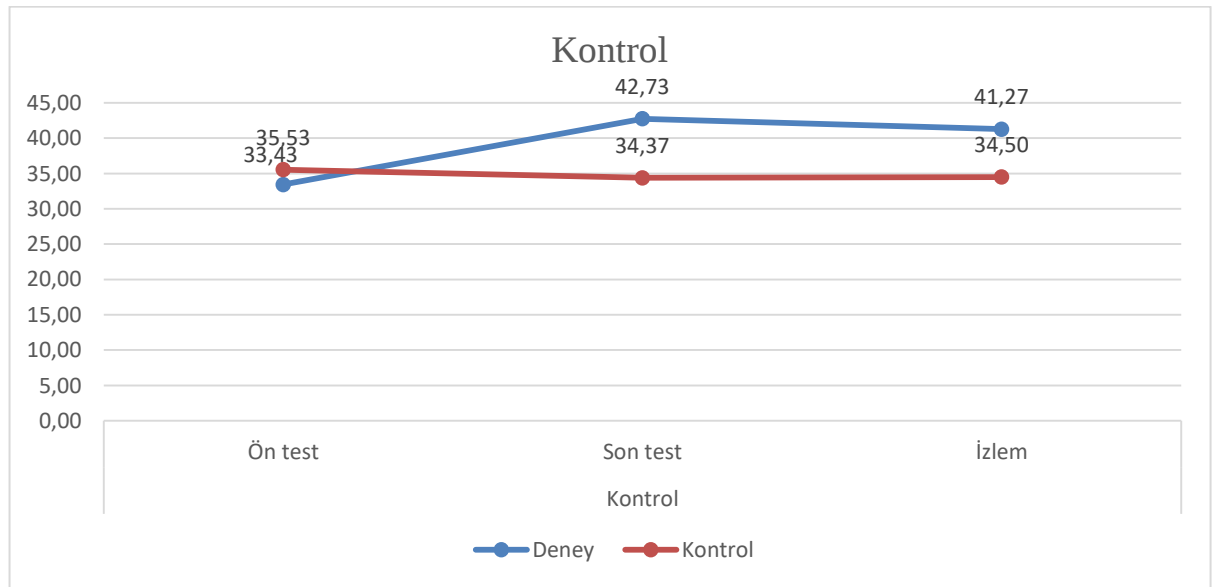
Tablo 7’de deney ve kontrol grubu bakım vericileri Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğinin kontrol boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğinin kontrol boyutuna ait ön test, son test ve 3. ay izlem puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ön test ölçümünde deney grubunun (33,43±12,23) ve kontrol grubunun (35,53±14,69) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken (p=0.550), son test ölçümlerinde deney grubu bakım vericilerin kontrol boyutu puan ortalamaları (42,73±12,05) kontrol grubu puan ortalamalarına (34,37±12,10) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (p=0.009) bulunmuştur. Aynı şekilde deney grubu bakım vericilerin 3. ay ölçümlerinde kontrol boyutu puan ortalamaları (41,27±11,30), kontrol grubu puan ortalamalarına (34,50±11,88) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (p=0.028).

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği’nin kontrol boyutu puan ortalamalarındaki zamana bağlı değişimi incelemek amacıyla yapılan

tekrarlı ölçümler için ANOVA testi sonucunda, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı öncesi ve sonrası arasında kontrol boyutu puanlarında anlamlı bir değişim olduğu saptanmıştır ($F=15,543$; $p=0.000$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni Testi uygulanmıştır. Buna göre, deney grubu bakım vericilerinin 3. ay izlem ölçümünde elde edilen kontrol boyutu puan ortalamaları ($41,27 \pm 11,30$), ön test puan ortalamalarına ($33,43 \pm 12,23$) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.000$). Öte yandan, herhangi bir müdahale uygulanmayan kontrol grubunda ise 3. ay izlem ölçümünde elde edilen puan ortalamaları ($34,50 \pm 11,88$), ön test puan ortalamalarına ($35,53 \pm 14,69$) göre anlamlı bir azalma göstermiştir ($F=0,142$; $p=0.710$).

Etki büyüklüğü (d) için nitelendirme şu şekildedir: d:0,2-0,5 küçük etki d:0,5-0,8 orta etki d: $\geq 0,8$ büyük etki (Cohen, 1998). Grupların kontrol boyutu üzerindeki etkisinin ön test (0,155) etkisiz, son test (0,692) orta, izlem testi (0,584) orta etkiye sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 7. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Kontrol alt boyutuna ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğinin Kontrol alt boyutu puan ortalamalarının zamansal değişimini gösteren ölçüm grafiği Şekil 7’de sunulmuştur.

Tablo 8. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği (BKEÖ) esneklik boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Test**ve p Değerleri	Etki büyüklüğü d
Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Esneklik Alt Boyutu	Ön test (1)	43,63	11,59	40,20	13,58	t=1,053 p=0,297	0,272
	Son test (2)	54,53	5,58	43,80	10,98	z=-4,401 p=0,000*	1,232
	İzlem (3)	54,30	5,84	43,33	10,38	z=-4,658 p=0,000*	1,301
	Test Değerleri***	$X^2=20,653$		$X^2=6,480$			
	p	0,000*		0,039*			
	Bonferroni	1<2,3		1<2			
	η^2	0,428		0,045			

*p<0,05; **z: Mann-Whitney; t: bağımsız örneklem t; *** X^2 : Friedman

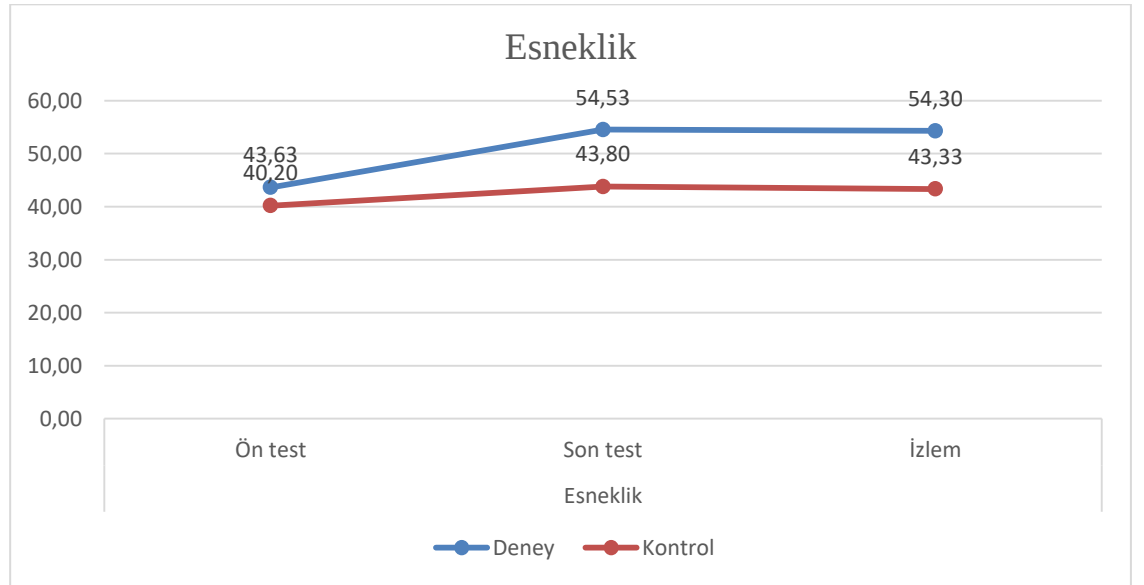
Tablo 8’de deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği esneklik boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümlerine ilişkin puan ortalamaları ile bu ortalamalar arasındaki farkların etkileri yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğinin esneklik boyutu toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında deney grubu bakım vericilerin ön test ölçümlerinde esneklik boyutu puan ortalamaları ($46,63 \pm 11,59$) ile kontrol grubu puan ortalamaları ($40,20 \pm 13,58$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0.297$). Deney grubu bakım vericilerinin son test ölçümlerinde esneklik boyutu puan ortalamaları ($54,53 \pm 5,58$) kontrol grubu puan ortalamalarına ($43,80 \pm 10,98$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.000$). Deney grubu bakım vericilerinin 3. ay ölçümlerinde esneklik boyutu puan ortalamaları ($54,30 \pm 10,98$) kontrol grubu puan ortalamalarına ($43,33 \pm 10,38$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ($p=0.000$) olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğinin esneklik boyutu puan ortalamalarının, zamana bağlı değişiklik olup olmadığının

belirlenmesi için tekrarlı ölçümlerde Freidman testi yapılmıştır. Buna göre, esneklik boyutu puan ortalamalarının bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı öncesi ve sonrası ölçümlerde deney grubu lehine değiştiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2=20,653$; $p=0.000$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre deney grubu bakım vericilerinin 3. ay izlem ölçümü esneklik boyutu puan ortalamalarının ($54,30\pm5,84$), ön test izlem puan ortalamalarından ($46,63\pm11,59$) anlamlı derece de yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Bununla birlikte herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubu bakım vericilerinde ise esneklik boyutu 3. ay izlem ölçümü ($43,33\pm10,38$) puan ortalamalarının ön test ($40,20\pm13,58$) puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür ($X^2=6,480$; $p=0.039$).

Grupların esneklik boyutu üzerindeki etkisinin ön test (0,272) küçük, son test (1,232) büyük, izlem testi (1,301) büyük etkiye sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 8. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Esneklik alt boyutuna ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğinin Esneklik alt boyutu puan ortalamalarının zamansal değişimini gösteren ölçüm grafiği Şekil 8’de sunulmuştur.

Tablo 9. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Bilişsel Esneklik ve Kontrol Ölçeği (BKEÖ) toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Test**ve p Değerleri	Etki büyüklüğü d
Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
BKEÖ Toplam Puan	Ön test (1)	77,07	20,51	75,73	25,90	t=0,221 p=0,826	0,057
	Son test (2)	97,27	16,82	78,17	20,44	t=3,952 p=0,000*	1,020
	İzlem (3)	95,57	16,18	77,83	19,57	t=3,825 p=0,000*	0,989
	Test Değerleri***	F=23,762		F=0,182			
	p	0,000*		0,673			
	Bonferroni	1<2,3					
	η^2	0,450					

*p<0,05; **z: Mann-Whitney; t: bağımsız örneklem t; *** F: tekrarlı ölçümlerde ANOVA

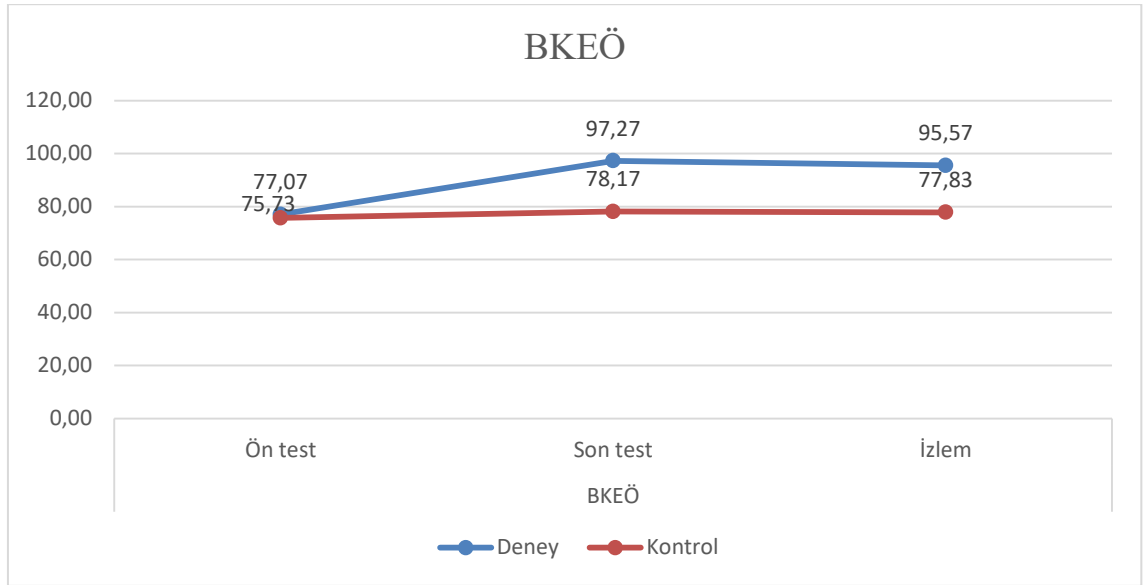
Tablo 9’da deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında deney grubu bakım vericilerin ön test ölçümlerinde bilişsel kontrol ve esneklik puan ortalamaları (77,07±20,51) ile kontrol grubu puan ortalamaları (75,73±25,90) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.826). Deney grubu bakım vericilerin son test ölçümlerinde bilişsel kontrol ve esneklik puan ortalamaları (97,27±16,82) kontrol grubu puan ortalamalarına (78,17±20,44) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Yine 3. ay izlem ölçümlerinde, deney grubu bakım vericilerinin bilişsel kontrol ve esneklik puan ortalamaları (95,57±16,18) kontrol grubu puan ortalamalarına (77,83±19,57) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (p=0.000) olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği puan ortalamaları açısından zamana bağlı değişimin saptanması için yapılan tekrarlı ölçümlerde Anova testi sonuçlarına göre, Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği puan ortalamalarının

bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı öncesi ve sonrası ölçümlerde değiştiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=23,762$; $p=0.000$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre deney grubu bakım vericilerin 3. ay izlem ölçümü Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği puan ortalamalarının ($95,57 \pm 16,18$), ön test izlem puan ortalamalarından ($77,07 \pm 20,51$) anlamlı derece de yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Bununla birlikte herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubu bakım vericilerinde ise Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği 3. ay izlem ölçümü ($77,83 \pm 19,57$) puan ortalamalarının ön test ($75,73 \pm 25,90$) puan ortalamalarına göre anlamlı derecede artmış olmadığı görülmüştür ($F=0,182$; $p=0.673$).

Grupların BKEÖ üzerindeki etkisinin ön test (0,057) etkisiz, son test (1,020) büyük, izlem testi (0,989) büyük etkiye sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 9. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeğine ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği puan ortalamalarının zamansal değişimini gösteren ölçüm grafiği Şekil 9’da sunulmuştur.

Tablo 10. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİO) toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Test**ve p Değerleri	Etki büyüklüğü d
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
PİO Toplam Puan Ortalamaları	Ön test (1)	44,83	4,14	40,43	10,60	z=-1,446 p=0,148	0,547
	Son test (2)	50,07	4,60	37,23	8,88	t=7,028 p=0,000*	1,816
	İzlem (3)	50,40	4,39	38,37	8,19	z=-5,684 p=0,000*	1,831
	Test Değerleri***	$X^2=30,323$		$X^2=7,515$			
	p	0,000*		0,023*			
	Bonferroni	1<2,3		2<1			
	η^2	0,471		0,335			

*p<0,05; **z: Mann-Whitney; t: bağımsız örneklem t; *** X^2 : Friedman;

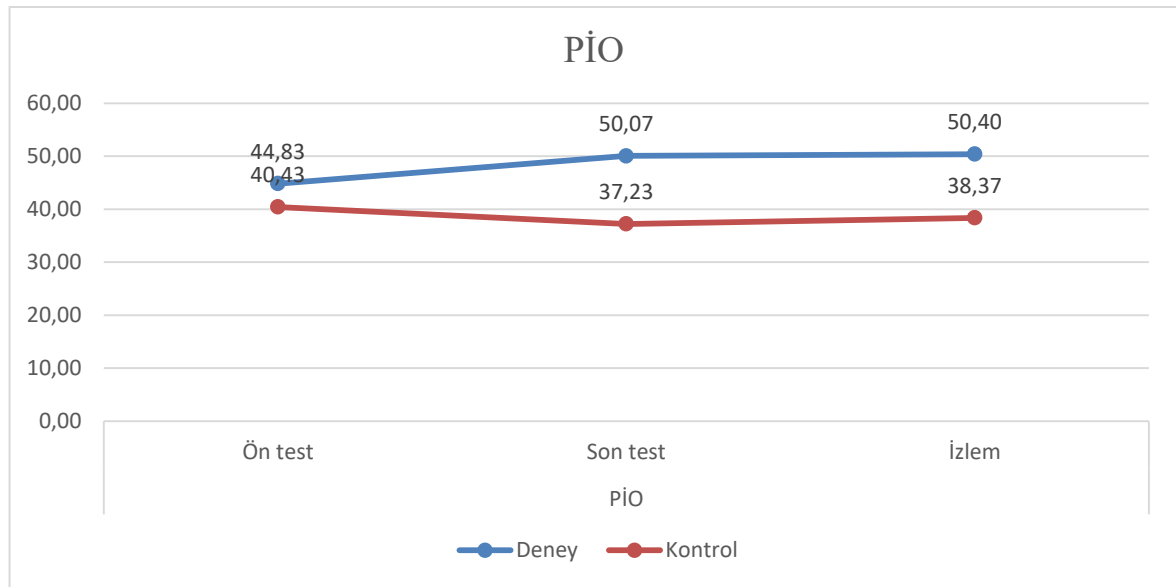
Tablo 10’da deney ve kontrol grubu bakım vericileri Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin, psikolojik iyi oluş ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında deney grubu bakım vericilerinin ön test ölçümlerinde psikolojik iyi oluş puan ortalamaları (44,83±4,14) ile kontrol grubu puan ortalamaları (40,43±10,60) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.148). Deney grubu bakım vericilerinin son test ölçümlerinde, psikolojik iyi oluş puan ortalamaları (50,07±4,60), kontrol grubu puan ortalamalarına (37,23±8,88) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.000). Benzer şekilde 3. ay ölçümde, deney grubu bakım vericilerinin psikolojik iyi oluş puan ortalamaları (50,40±4,39) kontrol grubu puan ortalamalarına (38,37±8,19) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (p=0.000) bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları açısından zamana bağlı değişiklik olup olmadığının belirlenmesi için yapılan tekrarlı ölçümlerde Friedman testine göre, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı öncesi ve sonrası ölçümlerinde değiştiği

ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2=30,323$; $p=0.000$). Fark yaratan grubu belirlemek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre deney grubu bakım vericilerinin 3. ay izlem ölçümü Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının ($50,40\pm4,39$), son test izlem puan ortalamalarından ($50,07\pm4,60$) anlamlı derece de yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Bununla birlikte herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubu bakım vericilerinde ise Psikolojik İyi Oluş Ölçeği 3. ay izlem ölçümü ($38,37\pm8,19$) puan ortalamalarının ön test ($40,43\pm10,60$) puan ortalamalarına göre anlamlı derecede azalmış olduğu görülmüştür ($X^2=7,515$; $0,023^*$).

Grupların PİO üzerindeki etkisinin ön test (0,547) orta, son test (1,816) büyük, izlem testi (1,831) büyük etkiye sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 10. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' ne ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının zamansal değişimini gösteren ölçüm grafiği Şekil 10'da sunulmuştur.

Tablo 11. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerine göre karşılaştırılması

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Test**ve p Değerleri	Etki büyüklüğü d
Öz Şefkat Ölçeği		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
ÖŞÖ Toplam Puan Ortalamaları	Ön test (1)	36,03	8,90	34,33	9,94	t=0,698 p=0,488	0,180
	Son test (2)	41,57	8,26	34,53	7,96	t=3,357 p=0,001*	0,868
	İzlem (3)	41,83	8,00	34,43	8,01	t=3,581 p=0,001*	0,924
	Test Değerleri***	F=6,985		F=0,006			
	p	0,013*		0,948			
	Bonferroni	1<2,3					
	η^2	0,194					

*p<0,05; **z: Mann-Whitney; t: bağımsız örneklem t; ***F: tekrarlı ölçümlerde ANOVA

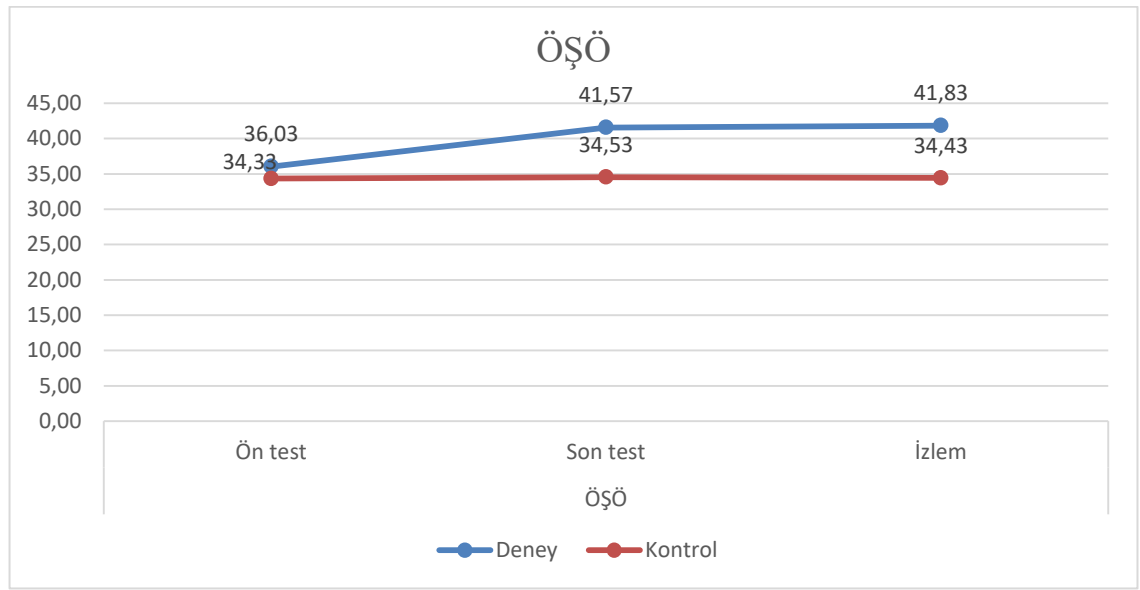
Tablo 11’de deney ve kontrol grubu bakım vericileri Öz Şefkat Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümlerinin karşılaştırılması ve ölçüm ortalamalarının etki sonuçları görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin, Öz Şefkat Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test, son test ve 3. ay izlem ölçümleri karşılaştırıldığında deney grubu bakım vericilerin ön test ölçümlerinde öz şefkat puan ortalamaları (36,03±8,90) ile kontrol grubu puan ortalamaları (34,33±9,94) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.488). Deney grubu bakım vericilerin son test ölçümlerinde öz şefkat puan ortalamaları (41,57±7,96) kontrol grubu puan ortalamalarına (34,53±7,96) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.001). Deney grubu bakım vericilerin 3. ay ölçümlerinde öz şefkat puan ortalamaları (41,83±8,00) kontrol grubu puan ortalamalarına (34,43±8,01) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.001).

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamaları açısından zamana bağlı değişiminin saptanması için yapılan tekrarlı ölçümlerde Anova testi sonucuna göre Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamalarının bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı öncesi ve sonrası ölçümlerde değiştiği ve farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu görülmüştür ($F=6,985$; $p=0.013$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre deney grubu bakım vericilerin 3. ay izlem ölçümü Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamalarının ($41,83\pm8,00$), son test izlem puan ortalamalarından ($41,57\pm8,26$) anlamli derece de yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.013$). Bununla birlikte herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubu bakım vericilerinde ise Öz Şefkat Ölçeği 3. ay izlem ölçümü ($34,43\pm8,01$) puan ortalamalarının ön test ($34,33\pm9,94$) puan ortalamalarına göre anlamli derecede artmış olduğu görülmüştür ($F=0,006$; $p=0.948$).

Grupların ÖŞÖ üzerindeki etkisinin ön test (0,180) etkisiz, son test (0,868) büyük, izlem testi (0,924) büyük etkiye sahip olduğu görülmüştür.



Şekil 11. Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeğine ilişkin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları grafiği

Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamalarının zamansal değişimini gösteren ölçüm grafiği şekil 11’de sunulmuştur.

5. TARTIŞMA

Toplum ruh sağığı merkezinde kayıtlı kronik ruh sağığı bozukluğu olan hastaların bakım vericilerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat üzerine etkisini incelenmek amacıyla yapılan bu araştırma, karma desenli olup, araştırmanın verileri nitel ve nicel yöntemlerle toplanmıştır. Bu bölümde araştırmanın nitel ve nicel aşamalarından elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Nitel Bölümün Tartışması

Tema 1: Hastalıkla İlgili Bilgilerin Kaynağı Teması

Hastalıkla ilgili bilgilerin kaynağı temasına ilişkin olarak “kendi çabası”, “diğer kişiler/kurum” olmak üzere iki tane alt tema oluşturulmuştur.

Kendi çabası alt teması “*internetten, kitaplardan araştırarak ve okuyarak*” kodlarından oluşmaktadır. Bu tema incelendiğinde, bakım vericilerin çoğu hasta bakımına dair bilgi eksikliği yaşadığı ve bu açığı bireysel araştırmalarla kapatmaya çalıştığı görülmüştür. Günümüzde internetin kolay erişilebilir olması, bakım vericiler için önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir. Bakım vericiler, hastalık süreci ve bakım yöntemleri hakkında çevrimiçi kaynaklardan bilgi edinmeye çalışsa da internet üzerindeki bilgilerin her zaman güvenilir olmaması, bakım sürecinde çelişkilere ve çatışmalara yol açarak ek bir stres kaynağı oluşturabilir (Khalatbary, 2016; Mouziraji ve diğerleri, 2022; Rahmani ve diğerleri, 2016). Bu durum, hastaya yönelik bakım kalitesini olumsuz etkileyebilir ve bakım vericinin duygusal yükünü artırabilir. Ayrıca, kronik ruhsal hastalığa sahip bireyin sosyal izolasyon, öfke ve rahatsızlık hissine neden olabilmektedir (Tan ve diğerleri, 2012). Bu duygular; bilgi eksikliği, mali sorunlar ve fiziksel yük gibi faktörlerle doğrudan ilişkilidir (Kate ve diğerleri, 2013; Tamizi ve diğerleri, 2020).

Bazı bakım vericiler daha güvenilir bilgiye ulaşmak için kitapları tercih etmektedir. Kitapların, genellikle sağık profesyonelleri tarafından hazırlandığı için daha sistematik ve doğrulanmış bilgiler sunduğı belirtilmektedir (Cingil ve Gözüm, 2016). Doğru bilgiye

ulaşan bakım vericiler, hasta bakımında daha bilinçli hareket ederek hastalarına daha iyi destek sağlarken, artan bilgi düzeyi bakım sürecine uyumu artırarak stresi azaltmaktadır (Sin ve diğerleri, 2017; Yasuma ve diğerleri, 2024). Ayrıca, bilgi ve beceri seviyesindeki artış, bakım vericilerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmekte ve bakım sürecini daha sürdürülebilir hale getirmektedir (Gater ve diğerleri, 2014; Jungbauer ve diğerleri, 2004; Landon ve diğerleri, 2016). Bu nedenle, bakım vericilerin doğru bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi, hem hasta bakımının kalitesini artırmakta hem de bakım vericilerin psikolojik iyi oluşunu desteklemektedir.

Bilgi kaynakları diğer kişiler/kurum alt teması “*TRSM sağlık çalışanları, yakınlarından öğrenme*” kodlarından oluşturulmuştur. Diğer kişiler/kurum alt temasını oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin çoğunun TRSM sağlık çalışanlarından destek aldıkları ve bu kişilerden hastalık süreci, tedavi yöntemleri ve bakım konusunda bilgi edindikleri görülmektedir. Bunun yanı sıra, bazı bakım vericiler, hastalıkla ilgili bilgileri ve başa çıkma yöntemlerini aile bireylerinden veya yakın çevrelerinden öğrendiklerini ifade etmişlerdir.

Bakım vericiler, hastalık süreci, tedavi yöntemleri ve bakım konusunda bilgiyi çeşitli kaynaklardan edinmekte olup, bu süreçte en önemli bilgi kaynaklarından biri Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanları, bakım vericilere rehberlik ederek hastalık hakkında doğru ve güncel bilgiler sunarken, aynı zamanda hastaya nasıl yaklaşıması gerektiği konusunda da onları desteklemektedir (Landon ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda, bakım vericilerin büyük bir kısmının TRSM sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları ancak bazılarının bilgi eksikliği nedeniyle hasta bakımında zorlandıkları gözlemlenmiştir. Yasuma ve diğerleri (2024) yaptıkları çalışmada, bilgi eksikliğinin bakım yükünü artırdığı ve bakım vericilerin hastaya uygun yaklaşım geliştirmede güçlük çekmesine yol açtığını göstermektedir. Bu nedenle, TRSM sağlık çalışanlarının rehberliği, bilgi eksikliklerini gidererek bakım sürecini kolaylaştırmaktadır. Öte yandan, bazı bakım vericiler hastalıkla ilgili bilgileri yakın çevrelerinden edinmekte ve aile bireyleri ya da benzer deneyimler yaşımış kişiler bakım sürecinde önemli bir bilgi kaynağı olabilmektedir (Citrome ve diğerleri, 2022). Bu destek mekanizması, bakım vericilerin sosyal çevrelerinden gelen yardımlardan daha etkin yararlanmalarına olanak tanımaktadır (Citrome ve diğerleri, 2022). Öte yandan, hastalık hakkında edinilen bilgilerin yalnızca gözlem ve deneyime dayanması, bilgi eksikliklerine ve hatalı uygulamalara neden olabilmektedir (Yasuma ve

diğerleri, 2024). Bu nedenle, bakım vericilerin yalnızca çevrelerinden edindikleri bilgilerle yetinmemesi, bilimsel kaynakları ve uzman desteğini aktif olarak kullanması önemlidir. Citrome ve diğerleri (2022), 96 şizofreni hastasının bakımını üstlenen bakım vericilerin karşılaştıkları yükleri ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemişlerdir. Buna göre, bakım vericilerin tedavi stratejileri, ilaç kullanımı, semptom yönetimi ve rehabilitasyon konularında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğunu tespit etmişlerdir. Wei ve diğerleri (2010), Tayvan’da 261 bakım vericinin stres yönetimi, ruh sağlığı hizmetlerine erişim ve hastalığın nüks belirtileri konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Soni ve diğerleri (2024), 9 bakım verici ile yaptıkları fenomenolojik çalışmada, bilgi eksikliğinin bakım vericilerin doğru tedavi ve bakım süreçlerini yürütmesini zorlaştırarak kaygı seviyelerini artırdığını belirtmiştir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar, bakım vericilerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmasının psikolojik iyi oluşlarını güçlendirdiğini ve kaygılarını azalttığını göstermektedir (Ergün, 2023; Hazel ve diğerleri, 2004).

Bakım vericiler hastalık hakkında bilgiyi hem bireysel araştırmalar hem de profesyonel destek aracılığıyla edinmektedirler. Ancak, bilgi eksiklikleri ve yanlış kaynaklardan edinilen bilgilerin ek stres yaratabildiği görülmektedir. Doğru bilgilere erişim, bakım sürecinin etkinliğini artırarak hastalar için daha iyi bir bakım sağlamaktadır.

Tema 2: Hastaya Yönelik Tutumlar Teması

Hastaya yönelik tutumlar temasına ilişkin olarak “destekleyici tutumlar” alt teması oluşturulmuştur.

Destekleyici tutumlar alt teması “*şefkatli ve merhametli yaklaşım, moral verme, yardımcı olma, kötü etkilendiğini belli etmeme*” kodlarından oluşturulmuştur. Destekleyici tutumlar alt temasını oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin çoğunun hastalarına karşı şefkatli ve merhametli bir yaklaşım sergiledikleri, onların moralini yüksek tutmaya çalıştıkları ve günlük yaşamda onlara yardımcı oldukları görülmektedir. Bakım vericiler, hastaların duygusal durumlarından olumsuz etkilenmemek için kendi hislerini geri planda tutmaya özen gösterdiklerini ve hastalarına karşı her zaman güçlü ve pozitif bir tutum sergilemeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Geleneksel kültürlerde, bakım verme sorumluluğu çoğunlukla aile üyelerinden beklenmektedir. Özellikle Hint ve Doğu kültürlerinde, aile tarafından sağlanan bakım, profesyonel bakım hizmetlerine tercih edilebilmektedir (Bhalla ve diğerleri, 2014; Chang ve

Harden, 2002; Soni ve diğerleri, 2024). Bu durum, bakım vericilerin yalnızca hastanın bakımını üstlenmesiyle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda duygusal destek sağlama ve günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olma gibi çok yönlü bir sorumluluk üstlenmesine neden olmaktadır (Soni ve diğerleri, 2024; Tamizi ve diğerleri, 2020; Thrush ve Hyder, 2014). Ruhsal hastalığı olan bireylerle geçirilen zaman, onların iyileşme sürecinde yaşadığı mücadeleleri ve başarıları paylaşmayı gerektirir ve bu, bakım vericiler için yalnızca kısa vadeli değil, belirsiz bir süre devam eden önemli bir sorumluluktur (Yao ve diğerleri, 2024). Bakım vericilerin hastalarına duyduğu sevgi ve şefkat, yalnızca hastaların motivasyonunu artırmakla kalmaz, aynı zamanda bakım sürecini daha sürdürülebilir hale getirir (Akça ve Taşçı, 2005; Ergün, 2023; Toseland ve diğerleri, 2001). Bu bağlamda, bazı araştırmacılar (Barnable ve diğerleri, 2006; Mizuno ve diğerleri, 2011; Sethabouppha ve Kane, 2005; Wiens ve Daniluk, 2017), hastalık sonrası aile üyeleri arasındaki sevgi ve şefkatin arttığını gözlemlemiştir. Bakım süreci, yalnızca hasta ve bakım verici ilişkisini değil, genel insan ilişkilerinde de empati ve duyarlılığı artırmaktadır. Bakım vericiler, hastaların duygusal durumlarından etkilenmemek için kendi hislerini geri planda tutarak güçlü ve pozitif bir tutum sergilemeye çalışırlar. Bu tutum, hem hastaların iyileşme sürecine katkı sağlamakta hem de bakım vericilerin tükenme riskini azaltmaktadır. Darban ve diğerleri (2012), İran’da bir psikiyatri hastanesine başvuran 15 bakım vericiyle gerçekleştirdiği nitel çalışmalarında, aile içindeki sıcak iletişim ve sürekli birlikteliğin şizofreni semptomlarının hafiflemesine katkı sağladığını rapor etmişlerdir. Benzer şekilde, Mizuno ve diğerleri (2012), Japonya’da 34 bakım vericiyle yaptıkları derinlemesine görüşmeler sonucunda, hasta bireyle geçirilen sürenin artmasının, bakım vericilerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirdiğini belirlemişlerdir. Bu bulgular, moral desteğinin hem hasta hem de bakım vericiler için karşılıklı dayanışmayı güçlendiren önemli bir unsur olduğunu göstermektedir.

Bakım vericiler, hastalarının fiziksel bakımının yanı sıra beslenme, kişisel bakım ve sosyal yaşama katılım gibi temel ihtiyaçlarını da karşılamaktadır. Blomgren Mannerheim ve diğerleri (2016), İsveç’te Şizofreni İlgi Derneği’ne üye 8 bakım vericiyle yaptıkları çalışmalarında, tüm zorluklara rağmen bakım vericilerin şizofreni hastalarına sorumluluk bilinciyle bakım sağladığını belirtmişlerdir. Bu sonuç, bakım sürecinin aile içi dayanışmayı ve sorumluluk bilincini artırdığını gösterirken, katılımcılar hasta bakımının zorluklarına rağmen aile dinamiklerinde olumlu değişimler yaşadıklarını belirtmişlerdir (Blomgren Mannerheim ve diğerleri, 2016). Wiens ve Daniluk (2017), şizofreni hastası çocuklara sahip 6 anneyle gerçekleştirdiği 2 yıllık çalışmada, bakım sürecinin annelerde olumlu kişisel

değişimlere yol açtığını belirlemiştir. Bu değişimler, başkalarının ihtiyaçlarına yönelik derin bir farkındalık ve duyarlılık, daha az yargılama ve daha yüksek düzeyde şefkat içermektedir (Darban ve diğerleri, 2021). Anneler, çocuklarının hastalığıyla başa çıkma sürecinin kendilerinde sabır ve dayanıklılığı geliştirdiğini ifade etmiştir (Wiens ve Daniluk, 2017). Bu bağlamda, bakım vericilerin kendi duygusal sıkıntılarını bastırarak güçlü bir duruş sergilemeleri, yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda bakım sürecinin sürdürülebilirliği açısından da kritik bir rol oynamaktadır.

Destekleyici tutumlar, hastaların tedavi sürecine uyumunu artırırken, bakım vericilerin psikolojik dayanıklılığını güçlendirmektedir. Hastaya yönelik olumlu yaklaşımlar, bakım sürecinin sürdürülebilirliğini ve bakım vericinin motivasyonunu artırmaktadır.

Tema 3: Yaşanan Zorluklar

Yaşanan zorluklar temasına ilişkin olarak “hastalık etkisine bağlı zorluklar”, “duygusal zorluklar”, “fiziksel zorluklar” olmak üzere üç alt tema oluşturulmuştur.

Hastalık etkisine bağlı zorluklar alt teması “*uyumsuz davranışlar (ağlama, şüphelenme, ilgisizlik, sudan korkma, kalabalıktan uzak durma), tehdit edilme (ölüm ile tehdit edilme, ev yakmayla tehdit edilme, kendisine zarar verme ile tehdit etme), ilaç kullanmak istememe, atak dönemi (mani, depresyon, halüsinasyon görme), saldırganlık/şiddet, anlaşılamama (sözünüzü dinlememe, ısrarcı olma, sınır koymama, çabuk sıkılma)*” kodlarından oluşmuştur. Hastalık etkisine bağlı zorluklar alt tema ile ilişkili oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin hastaların davranışsal ve duygusal değişimleriyle karşılaşırken önemli zorluklar yaşadıkları görülmektedir. Uyumsuz davranışlar, tehdit edilme ve saldırganlık gibi durumlar, bakım sürecini hem fiziksel hem de psikolojik olarak zorlaştırmaktadır. Bakım vericiler, hastaların ani ruh hali değişimleri, ilgisizlik veya aşırı şüphecilik gibi belirtiler sergilemesinin, onların sosyal yaşamlarını ve ruhsal iyi oluşlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Özellikle tehdit edilme durumu, bakım vericilerin psikolojik yükünü artırmakta ve bazı durumlarda güvenlik endişelerine yol açmaktadır. Ölümle tehdit edilme, evin yakılacağına dair tehditler veya kendine zarar verme girişimleri, bakım vericiler üzerinde büyük bir stres kaynağı oluşturabilmektedir. Benzer şekilde, ilaç kullanmayı reddetme ve atak dönemlerinde (mani, depresyon, halüsinasyonlar)

yaşanan krizler, hem hastaların hem de bakım vericilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Hastaların günlük rutinlerine ve tedavi süreçlerine uyum göstermemesi, bakım vericiler için çeşitli zorluklar yaratmaktadır. Hastaların tedaviye direnç göstermesi, doktor randevularını kaçırmaması, kişisel hijyenine dikkat etmemesi ve sosyal etkileşimden kaçınması gibi durumlar, bakım vericilerde stres ve tükenmişliğe neden olabilmektedir (Croog ve diğerleri, 2006; Çamlı, 2019; Etters ve diğerleri, 2008). Özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda, hastaların içgörüsünün olmaması, sanrılar ve bilişsel bozulmalar nedeniyle tedaviye uyum sağlamaması, bakım sürecini daha da zorlaştırmaktadır (Meng ve diğerleri, 2021). Bazı bakım vericiler, hastalarının paranoid düşünceler, halüsinasyonları veya ani öfke patlamaları nedeniyle kendilerini tehdit altında hissedebilmektedir. Özellikle psikotik bozukluğu olan hastalar, güvensizlik hissettiklerinde agresif davranışlar sergileyebilir ve bu durum bakım vericilerin anksiyete ve stres seviyelerini artırabilmektedir (Onwumere ve diğerleri, 2019). Hastalar tarafından sözlü veya fiziksel tehdit algılayan bakım vericilerde anksiyete, travma sonrası stres belirtileri ve depresyon görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (Ergün, 2023; Lowyck ve diğerleri, 2004). Bu psikolojik yük, bakım vericilerin sosyal yaşamlarına da yansımakta ve izolasyon sürecini tetikleyebilmektedir. Hastaların ilaçlarını düzensiz kullanmaları veya tedaviyi bırakmaları, hastalık seyrini kötüleştirip atak riskini artırmaktadır (Kızılırmak ve Küçük, 2016; Yıldız ve diğerleri, 2023). Bakım vericiler, hastalarının ilaçlarını zamanında almalarını sağlamak için sürekli takip etmek zorunda kalmakta ve bu durum, hem fiziksel hem de duygusal bir yük oluşturmaktadır (Dillinger ve Kersun, 2020). Hastaların ilaçlarını almayı reddetmesi veya ilaç yan etkileri nedeniyle tedaviye uyum göstermemesi, bakım vericilerin çaresizlik ve tükenmişlik hislerini artırabilmektedir (Andrianisaina ve diğerleri, 2025). Ruhsal hastalıkların doğası gereği, hastalarda belirli dönemlerde şiddetli semptomlar görülebilmektedir. Şizofreni, bipolar bozukluk veya diğer psikotik bozukluklar yaşayan bireylerde atak dönemleri, gerçeklik algısının bozulduğu, öfke nöbetlerinin yaşandığı ve kendine zarar verme davranışlarının gözlemlendiği yoğun stres ve psikolojik baskı dönemleridir; bu süreç, bakım vericiler için büyük bir zorluk oluşturmaktadır (Atagün ve diğerleri, 2011). Araştırmalar, atak dönemlerinin bakım vericilerde umutsuzluk, tükenmişlik ve depresyon riskini artırdığını göstermektedir (Ergün, 2023). Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi hastalıklarda, içgörü eksikliği ve bilişsel bozulmalar nedeniyle tedaviye uyum güçleşmekte, bu da bakım vericiler için ek zorluklar yaratmaktadır (Ergün, 2023; Gülseren

ve diğerleri, 2010). Hastalarının saldırganlık eğilimleriyle baş etmek zorunda kalan bakım vericiler, korku ve kaygı içinde yaşamakta ve zamanla sosyal geri çekilme eğilimi göstermektedir (Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım vericiler ile hastalar arasındaki iletişim problemleri, bakım sürecini zorlaştıran en önemli unsurlardan biridir. Hastaların tedaviye direnmesi, çevreleriyle sağlıklı iletişim kuramaması veya bakım vericilerin çabalarını anlamakta güçlük çekmesi, çatışmalara neden olabilmektedir (Saunders, 2003). Azman ve diğerleri (2016) Malezya’da 15 bakım verici ile yaptıkları fenomenolojik çalışmada, bakım vericilerin hastalarıyla anlaşma konusunda yaşadığı sıkıntıların, ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilediğini ve depresif semptomları artırdığını belirtmişlerdir (Azman ve diğerleri, 2016). Genel olarak, bakım vericiler hastalarının uyumsuz davranışları, ilaç kullanım sorunları, atak dönemleri ve şiddet eğilimleri nedeniyle yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik yaşamaktadır. Bu doğrultuda, bakım vericilerin tükenmişliği önlemek adına destek gruplarına erişimin artırılması, psikososyal eğitim programlarının güçlendirilmesi ve profesyonel bakım destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması önemlidir (NCBI, 2023).

Duygusal zorluklar alt teması *“üzüntü, korku, vicdan azabı, yıpranma (kötü etkilendim, tükendim), kabullenmekte zorlanma, öfkelenme/sinirlilik, kaygı/bunaltı, yaşamdan zevk alamama”* kodlarından oluşturulmuştur. Duygusal zorluklar alt temasını oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin hastaların durumuyla başa çıkarken yoğun bir duygusal yük taşıdıkları görülmektedir. Özellikle üzüntü, korku, vicdan azabı ve yıpranma hissi, bakım sürecinin en belirgin duygusal etkileri arasında yer almaktadır. Bakım vericiler, sevdiklerinin hastalık sürecinde yaşadıkları değişimlere tanık olmanın kendilerini derinden etkilediğini ve bu durumun zamanla tükenmişlik hissine yol açtığını ifade etmişlerdir. Özellikle kabullenmekte zorlanma, bakım vericilerin en çok mücadele ettiği duygusal süreçlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Hastalığın ilerleyişini görmek ve bunun geri dönüşü olmayan bir süreç olabileceğini kabullenmek, bakım vericilerde yoğun bir kaygı ve bunaltı hissine neden olabilmektedir. Bununla bağlantılı olarak süreçte bazı bakım vericiler, öfkelenme veya sinirlilik hali yaşadıklarını, özellikle hastanın tedaviye direnç göstermesi veya uyumsuz davranışlar sergilemesi durumunda duygusal olarak daha da zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Bakım vericiler, hastalarının durumuna gösterdikleri duyarlılık nedeniyle derin bir üzüntü yaşayabilmektedir. Hastalığın kronik olması ve tedavi sürecindeki belirsizlikler, bakım vericilerde derin bir üzüntüye ve duygusal yıpranmaya yol açmaktadır (Brain ve

diğerleri, 2018; Hsiao ve diğerleri, 2020; Kalaycı ve diğerleri, 2023; Lök ve diğerleri, 2023; Soni ve diğerleri, 2024). Hastaların agresif davranışları veya gelecekte yaşanabilecek belirsizlikler, bakım vericilerde yoğun bir korkuya neden olmakta ve uzun dönemde stres ile birlikte çaresizlik duygularını artırmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2009; Ergün, 2023). Hastaların agresif davranışları, bakım vericilerde korku ve çaresizlik hissine neden olmaktadır. Bakım verme sürecini en iyi şekilde yerine getirmeye çalışan bakım vericiler zaman zaman eksik kaldıklarını düşünebilmekte ve kendilerini suçlayarak vicdan azabı duyabilmektedirler (Asgari ve diğerleri, 2023; Durmaz ve Okanlı, 2014). Özellikle hastaların iyileşme sürecine verdikleri destek konusunda yetersiz hissetmeleri, vicdan azabının daha da güçlenmesine yol açabilmektedir. Uzun süreli bakım, hem fiziksel hem de duygusal olarak yıpratıcıdır. Özellikle şizofreni hastalarına bakım verenlerde, bu tükenmişlik daha belirgindir (Chen ve diğerleri, 2019; Hsiao ve diğerleri, 2020; Lök ve diğerleri, 2023). Manesh ve diğerleri (2024), İran'da 13 katılımcı ile yaptıkları fenomenolojik çalışmada, bakım vericilerin şok, korku, hayal kırıklığı ve belirsizlik yaşadığını belirtmişlerdir. Ruhsal hastalığa sahip bir bireyin aile içinde varlığını kabul etmek, birçok aile için zorlayıcı bir süreçtir (Goffman, 1963). Hastalığın seyri ve prognozundaki belirsizlik, bakım vericilerde yoğun kaygıya neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, günlük bakım yükümlülükleri ve hastaların iyileşme ihtimalinin düşük olması, bakım vericilerde bunaltıcı bir duygu durumuna yol açmaktadır (Brain ve diğerleri, 2018; Hsiao ve diğerleri, 2020; Kalaycı ve diğerleri, 2023; Lök ve diğerleri, 2023; Soni ve diğerleri, 2024). Hastalığı kabullenmekte zorlanan aileler, stres ve psikolojik sorunlarla başa çıkmakta güçlük çekmektedir. Özellikle tanı sürecinde, hastalarının geleceğine dair belirsizlikler kaygı yaratırken, bu kaygı zamanla tedaviye direnç ve bakım sürecinin zorluklarıyla birleşerek öfkeye dönüşebilmektedir (Azman ve diğerleri, 2016; Rose, 1997; Saunders, 2003). Bu alanda yapılan diğer çalışmalar da bakım vericilerin yaşadığı duygusal zorlanmaları desteklemektedir. Özellikle hastaların tedaviye direnmesi, bakım vericilerin sabrını zorlamakta ve öfkelerini kontrol etmekte güçlük çekmelerine neden olmaktadır (Kalaycı, 2023; Nuraini ve diğerleri, 2021). Bunun yanı sıra, bakım sürecinin getirdiği monotonluk ve günlük yaşamın kısıtlanması, bazı bakım vericilerde tahammülsüzlüğe ve agresif duygulara yol açabilmektedir (Ganguly ve diğerleri, 2010; Kalaycı, 2023). Bakım sürecinin getirdiği yoğun sorumluluk, sürekli tetikte olma hali ve artan stres, uzun dönemde bakım vericileri ciddi şekilde yıpratabilmektedir. Yapılan çalışmalar, bakım sürecinin kişisel zamana olanak tanınamaması ve sosyal hayattan kopuşun, bakım vericilerde yalnızlık ve dışlanmışlık hissi yarattığını göstermektedir (Ergün, 2023; Kalaycı, 2023; Malla ve

diğerleri, 2015; Onyia ve diğerleri, 2024). Günlük hayatın monotonlaşması, kişisel ilgi alanlarına vakit ayıramamak ve sürekli baskı ve stres altında kalmak, bakım vericilerin yaşamdan keyif almamalarına neden olabilmektedir.

Fiziksel zorluklar alt teması “*fiziksel rahatsızlıklar (kanser oldum, migren oldum, romatizma hastası oldum), uykusuzluk, yorgunluk*”kodlarından oluşturulmuştur. Fiziksel zorluklar alt temasını oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin uzun süreli bakım süreçlerinde fiziksel sağlıklarını olumsuz etkileyen birçok sorun yaşadıkları görülmektedir. Özellikle stres, yoğun sorumluluklar ve sürekli fiziksel efor gerektiren bakım süreçleri, önemli sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Bakım vericiler, yaşadıkları fiziksel rahatsızlıklar arasında başta migren, romatizma ve kanser gibi kronik hastalıklar olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarını dile getirmişlerdir. Bu rahatsızlıkların, hem fiziksel hem de psikolojik yükün artmasıyla ortaya çıkabileceği veya mevcut hastalıkların daha da kötüleşmesine neden olabileceği belirtilmektedir. Sürekli stres altında olmak, bağışıklık sistemini zayıflatarak uzun vadede önemli sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilmektedir. Uykusuzluk ve yorgunluk, bakım vericilerin en sık dile getirdiği fiziksel zorluklar arasındadır. Sürekli hastayla ilgilenme, düzensiz uyku saatleri ve dinlenmeye yeterince vakit ayıramama gibi nedenlerle, bakım vericilerde kronik yorgunluk sendromu gelişebilmektedir. Uykusuzluk, hem zihinsel hem de bedensel performansı olumsuz etkileyerek tükenmişlik hissini artırmakta ve bakım sürecinin daha da zorlaşmasına neden olmaktadır.

Bakım vericiler, kronik hastalığı olan bireylere uzun süreli bakım sağlarken ciddi fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları yaşayabilmektedir. Sürekli stres, bağışıklık sistemini zayıflatır, kronik hastalıkların ortaya çıkma riskini artırır (Yıldız, 2023). Kojima ve diğerleri (2024), Japonya’da Ulusal Sağlık ve Refah Anketi veritabanını kullanarak yaptıkları çalışmada, psikiyatrik ve nörolojik hastalara bakım veren bireylerin, bakım verici olmayan bireylere kıyasla daha düşük öznel iyilik hali yaşadıklarını ve daha fazla fiziksel sağlık problemi bildirdiklerini ortaya koymuşlardır. Bakım süresi uzadıkça psikolojik direnç azalır, fiziksel hastalık riski artar (Çamlı, 2019; Saunders, 2003; Yıldız ve diğerleri, 2023). Uzun süreli bakım yükü, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını artırarak, hareket kabiliyetini kısıtlar (Asgari ve diğerleri, 2023; Kate ve diğerleri, 2013). Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıkları olan bireylere bakım sağlayan kişilerde diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi fiziksel rahatsızlıkların yaygın olduğu bildirilmiştir (Kumar ve diğerleri, 2015; Sreeja ve Anne, 2013). Fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra, bakım vericilerde yaygın olarak

görülen bir diğer sorun da uykusuzluktur. Araştırmalar, bakım sorumluluklarının artmasıyla birlikte uyku süresinin azaldığını ve uyku kalitesinin düştüğünü göstermektedir (Çamlı, 2019; von Kardoff ve diğerleri, 2016). Özellikle hastaların gece bakım ihtiyacının olması, bakım vericilerin bölünmüş ve yetersiz uyku uyumasına neden olmaktadır. Uyku kalitesinin düşmesi, bağışıklık sistemini zayıflatır; zihinsel, fiziksel performansı azaltır, kronik yorgunluk sendromuna yol açar (von Kardoff ve diğerleri, 2016). Bakım yükünün artması, bakım vericilerde tükenmişlik hissinin oluşmasına neden olmaktadır. Özellikle, hastaların bakım ihtiyacı arttıkça bakım vericilerin harcadıkları zaman artmakta ve bu durum duygusal tükenmişliği beraberinde getirmektedir (Atagün ve diğerleri, 2011; Ergün, 2023; Reinares ve diğerleri, 2006). Kronik stres, kas ağrıları ve sürekli yorgunluk hali birleştiğinde, bakım vericiler sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanır, çeşitli fiziksel hastalıklar ortaya çıkar (Andrianisaina ve diğerleri, 2025; Lopez ve diğerleri, 2020). Gater ve diğerleri (2014), şizofreni hastalarının bakım vericileriyle gerçekleştirdikleri fenomenolojik çalışmada, katılımcıların hem kendileri hem de hastaları için yeterli zamanlarının olmadığını ve sürekli yorgunluk yaşadıklarını belirttiklerini ifade etmektedir.

Bakım verme süreci, fiziksel yorgunluk, duygusal tükenmişlik ve sosyal izolasyon gibi çeşitli zorluklarla karakterizedir. Bu zorluklar, bakım vericilerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek onların hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını tehdit edebilmektedir.

Tema 4. Baş Etme Davranışları

Bu tema kapsamında, bakım vericilerin kullandığı baş etme stratejileri ve psikolojik dayanıklılık mekanizmaları incelenecektir. Baş etme davranışları temasına ilişkin olarak “kendi sağlığı için baş etme davranışları”, “hastanın bakımına yönelik baş etme davranışları” olmak üzere iki tane alt tema oluşturulmuştur.

Kendi sağlığı için baş etme davranışları alt teması “*dine yönelme, spor (yürüyüş yapıyorum, bisiklete biniyorum), sanatsal faaliyetler (sinemaya gidiyorum, tiyatroya gidiyorum, film izliyorum), profesyonel destek arama, sosyal destek arama, uğraşı edinme*” kodlarından oluşturulmuştur. Kendi sağlığı için baş etme davranışları alt temasını oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin stresle başa çıkmak ve duygusal iyilik hallerini korumak için çeşitli stratejiler kullandıkları görülmektedir. Baş etme davranışları, hem psikolojik hem de fiziksel sağlıklarını korumak ve güçlendirmek üzere geliştirilmekte ve uygulanmaktadır.

Dine yönelme, bakım vericilerin sık başvurduğu baş etme yöntemlerinden biridir. Katılımcıların büyük bir kısmı, dua etmenin ve dini ritüellere katılmanın kendilerine moral verdiğini, sabır ve güç kazanmalarına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Dini inançlar, özellikle zor zamanlarda umut kaynağı olarak görülmektedir. Araştırmalar da Tanrı'ya güvenmenin ve dua etmenin bakım sürecinde ruhsal dayanıklılığı artırdığını göstermektedir (Azman ve diğerleri, 2016; Liu ve Zhang, 2019; Phyllis ve diğerleri, 2011). Dini inançların sağladığı manevi destek kadar, fiziksel aktiviteler de bakım vericilerin stresle başa çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Spor, hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı koruyarak psikolojik işlevselliği artırmaktadır (Lök ve diğerleri, 2023). Çalışmamıza katılan bakım vericiler, yürüyüş yapmak ve bisiklete binmek gibi fiziksel aktivitelerin kendilerini rahatlattığını, zihinsel olarak daha güçlü hissetmelerini sağladığını ifade etmiştir. Literatür de düzenli fiziksel aktivitenin stresi azalttığını, depresif belirtileri hafiflettiğini ve genel ruh sağlığını iyileştirdiğini vurgulamaktadır (Lök ve diğerleri, 2023; Mammen ve Faulkner, 2013; Rebar ve diğerleri, 2015; Sofi ve diğerleri, 2011). Sanatsal faaliyetler, bakım vericiler için etkili bir baş etme stratejisidir. Sinemaya ve tiyatroya gitmek, film izlemek gibi etkinlikler, günlük yaşamın stresinden uzaklaşma ve rahatlama imkânı sunmaktadır (Azman ve diğerleri, 2016). Araştırmalar, sanatsal aktivitelerin psikolojik iyilik hali üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir (Azman ve diğerleri, 2016; Phyllis ve diğerleri, 2011; Riper, 2007). Profesyonel destek, bakım vericilerin duygusal yükünü hafifletmede önemli bir rol oynamaktadır. Terapist veya danışmanlarla görüşmek, bakım sürecinde karşılaşılan zorlukları yönetmeyi kolaylaştırmaktadır (Liu ve Zhang, 2019). Yapılan çalışmalar, profesyonel destek almanın stres yönetimi ve psikolojik dayanıklılığı artırdığını göstermektedir (Lök ve diğerleri, 2023). Sosyal destek, bakım vericilerin psikolojik iyi oluşlarını koruma sürecinde kritik bir dayanaştır (Ergün, 2023; Yıldız, 2018). Aile bireyleri, arkadaşlar ve sosyal çevreyle vakit geçirmek, bakım yükünü hafifletmekte ve umutsuzluk düzeylerini düşürmektedir. Bakım vericilerin çoğu, aile üyeleri, arkadaşları ve diğer bakım vericilerden duygusal destek aldıklarını ifade etmektedir (Azman, 2016; Soni ve diğerleri, 2024). Literatürde de sosyal destek sistemlerinin bakım vericiler üzerindeki olumlu etkileri sıkça vurgulanmaktadır (Attepe Özden, 2015; Ergün, 2023; Özlü ve diğerleri, 2009; Yıldız, 2018). Uğraşı edinmek, bakım vericilerin stres seviyelerini azaltarak yaşam kalitelerini artırırken, hobiler, boş zaman etkinlikleri ve zaman yönetimi sayesinde kendilerine daha fazla vakit ayırmalarına, ruhsal sağlıklarını korumalarına ve tükenmişlik belirtilerini en aza indirmelerine yardımcı olmaktadır. (Liu ve Zhang, 2019; Lök ve Lök, 2016).

Hastanın bakımına yönelik baş etme davranışları alt teması “doktor takip ve tedavisine devam ettirme, ilaçlarını düzenli olarak almasını sağlama, destekleyici yaklaşım ile gereksinimlerini karşılama, yakın gözlem ile belirtileri izleme, TRSM’den danışmanlık alma” kodlarından oluşturulmuştur. Hastanın bakımına yönelik baş etme davranışları alt temasını oluşturan kodlar incelendiğinde, bakım vericilerin hastalarının tedavi süreçlerini etkin bir şekilde yönetmek ve sağlık durumlarını izlemek için çeşitli stratejiler benimsedikleri görülmektedir. Özellikle doktor takip ve tedavisine devam ettirme, bakım vericilerin hastaların tedavi süreçlerini izlemekte ve gerektiğinde sağlık profesyonelleriyle iletişime geçerek tedaviye uygunluklarını sağlamakta olduklarını göstermektedir. Baş etme davranışı, hastaların sağlık durumlarının daha iyi yönetilmesine olanak tanımaktadır. İlaçlarını düzenli olarak almasını sağlama, hastaların tedavi süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Bakım vericiler, hastaların ilaç kullanımına dikkat etmelerini sağlayarak tedaviye uyumlarını artırmaya çalışmakta ve tedavi sürecinin etkinliğini desteklemektedirler. Bu davranış, hastaların sağlık durumlarının izlenmesi ve tedaviye uyumlarının artırılması açısından kritik bir öneme sahiptir.

Bakım vericilerin, bakım verdikleri bireyleri düzenli olarak hekim kontrollerine yönlendirmesi ve takip sürecini sürdürmesi, tedaviye uyumu artırmakta ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini desteklemektedir. Sağlık profesyonelleriyle düzenli iletişim, tedavi sürecinin daha bilinçli yönetilmesini sağlar. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireyler genellikle ailelerinden uzun süreli destek almak zorunda olduğundan, bakım vericilerin sorumlulukları da artmaktadır (Onyia ve diğerleri, 2024). Hastaların tedavi süreçlerini yakından takip eden bakım vericiler, olası uyku düzensizlikleri, duygu durum değişiklikleri ve tedavi reddi gibi durumları önceden fark ederek doktorlarla birlikte tedavi planını gözden geçirme fırsatı bulur. Bu sayede tedaviye uyum oranları artar ve hastaların iyileşme süreçleri desteklenir (Soni, 2024). Özellikle ilaçların düzenli kullanımı, tedavi sürecinin başarısında kritik bir rol oynar. Bakım vericiler, hastaların ilaçlarını aksatmaması için farklı stratejiler geliştirerek tedavi etkinliğini artırır (Citrome ve diğerleri, 2022). Aksi takdirde, ilaç kullanımındaki düzensizlikler tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir ve hastaların sağlık durumlarını kötüleştirebilir. Bunun yanında, bakım vericilerin yalnızca tıbbi süreçleri takip etmekle kalmayıp hastaların psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını da gözetmesi önemlidir. Empatik bir yaklaşım sergilemek, hastaların psikolojik iyilik hallerini koruyarak tedaviye uyumlarını destekler (Attepe Özden, 2015; Ergün, 2023). Ayrıca, belirtilerin dikkatle izlenmesi, tedavi sürecindeki olası olumsuzlukların erken fark edilmesine olanak tanır. Bakım vericiler için

sosyal destek sistemlerinin kullanımı, hem hastalar hem de kendileri açısından kritik bir unsurdur. Sosyal destek, bakım vericilerin üzerindeki psikolojik yükü hafifletirken, hastaların tedavi süreçlerini de olumlu yönde etkileyebilir (Attepe Özden, 2015; Ergün, 2023; Özlü ve diğerleri, 2009). Bu nedenle, destekleyici bir çevre oluşturulması hem bakım vericilerin hem de hastaların genel refahına katkı sağlayabilir. Profesyonel destek almak, bakım vericilerin karşılaştıkları zorluklarla daha sağlıklı baş etmelerine yardımcı olur. TRSM gibi merkezlerden alınan danışmanlık desteği, bakım sürecinin bilinçli bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunur (Gillen, 2023). Profesyonel destek, bakım vericilere hastaların tedavi süreçleri hakkında daha fazla bilgi edinme, duygusal yüklerini hafifletme ve stresle daha iyi başa çıkma imkanı sunar. Özellikle şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda, aile bakım vericilerinin tedavi sürecine aktif katılımı, hastaların tedaviye uyum oranlarını artırmaktadır. Mouziraji ve diğerleri (2022), beş farklı hastanede 16 bakım vericiyle gerçekleştirdikleri nitel içerik analizinde, bakım vericilerin hastalarını yakından takip ederek tedaviye uyum sağlamalarına yardımcı olduklarını belirtmiştir. Bununla birlikte, ailelerin bu süreçte bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi, tedavi sürecinin kalitesini artırarak hastaların daha sağlıklı bir şekilde iyileşmelerine katkı sunmaktadır (Mouziraji ve diğerleri, 2022).

Bakım vericiler, dini inançlar, sosyal destek, fiziksel aktiviteler ve profesyonel danışmanlık gibi baş etme stratejileri ile psikolojik iyilik hallerini korumaya çalışmaktadır. Etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, bakım sürecinin daha verimli yönetilmesine katkı sağlayarak hem bakım vericiler hem de hastalar için daha dengeli bir yaşam sunmaktadır.

Çalışmamızın nitel bölümü, ruhsal hastalıklara sahip bireylerin bakımını üstlenen bakım vericilerin çok boyutlu bir yük taşıdıklarını ve bu sürecin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda bilişsel, duygusal ve sosyal alanlarda ciddi etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (Andrianisaina ve diğerleri, 2025; Lopez ve diğerleri, 2020; Yıldız, 2023). Bilgiye erişim, bakım sürecinin niteliğini belirleyen temel faktörlerden biri olarak öne çıkmakta; güvenilir ve profesyonel bilgi kaynaklarına yönelim, hem karar verme süreçlerini kolaylaştırmakta hem de stres düzeyini azaltarak psikolojik iyi oluşu desteklemektedir (Sin ve diğerleri, 2017; Yasuma ve diğerleri, 2024). Bakım vericilerin şefkat, empati ve sabır temelli destekleyici tutumları, hasta-bakım verici ilişkisini derinleştirirken, aynı zamanda bireysel baş etme kapasitesini artırmakta ve tükenmişlik riskini azaltmaktadır (Akça ve Taşçı, 2005;

Darban ve diğerleri, 2012; Ergün, 2023; Mizuno ve diğerleri, 2012). Bununla birlikte, hastalık sürecine bağlı olarak ortaya çıkan davranışsal ve duygusal zorluklar, bakım vericilerde yoğun kaygı, suçluluk ve duygusal yıpranma gibi olumsuz yaşantıları beraberinde getirmekte; bu durum, destek sistemlerinin varlığını ve sürekliliğini hayati kılmaktadır (Asgari ve diğerleri, 2023; Hsiao ve diğerleri, 2020; Lök ve diğerleri, 2023). Son olarak, bireysel ve çevresel kaynaklara dayalı baş etme stratejilerinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması, hem bakım vericinin psikolojik dayanıklılığını artırmakta hem de hasta iyilik haline doğrudan katkı sunmaktadır (Attepe Özden, 2015; Ergün, 2023; Liu ve Zhang, 2019; Lök ve Lök, 2016). Bu bağlamda, bakım vericilere yönelik yapılandırılmış destek programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, ruh sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir.

5.2. Nicel Bölümün Tartışma Kısım

Araştırmamızda deney grubunda yer alan bakım vericilerin bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında ve izlem sonucunda kontrol, esneklik ve bilişsel kontrol düzeylerinin kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Deney grubunun bilişsel kontrol ve esneklik yönünden grup içi zamana bağlı seyri incelendiğinde ise program sonrasında bilişsel kontrol ve esneklik düzeylerinin artmış olduğu, bu etkinin 3 aylık dönemde devam ettiği tespit edilmiştir. Bu bulgu, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının hem kısa vadede hem de uzun vadede kalıcı etkiler yarattığını göstermektedir.

Hipotez 2: H_1 “Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ) puan ortalamaları zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık vardır.”

Araştırmalar, bilişsel kontrolün bireylerin stresle başa çıkma ve duygusal tepkilerini düzenleme becerilerinde kritik rol oynadığını göstermektedir (Gabrys ve diğerleri, 2018; Pruessner ve diğerleri, 2020). Bilişsel esneklik ise değişen koşullara uyum sağlama ve problem çözme becerilerini geliştirerek stresle baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Braem ve Egner, 2018; Lange ve diğerleri, 2017). Bilinçli farkındalık ve bilişsel esneklik, birbirleriyle ilişkili ve pozitif bir ilişki gösteren iki kavram olarak kabul edilmektedir (Açıkgöz ve Karaca, 2025; Moore ve Malinowski, 2009; Peker Akman ve Demir, 2021). BFTSAP’nın katılımcılarda bilişsel esnekliği artırarak zorlayıcı durumlara yaratıcı çözümler getirme ve

kaygıyı yönetme becerisi kazandırdığı, bu sayede stresli durumlarda bilişsel kontrolün sürdürülmesinin stresle başa çıkmayı kolaylaştırıp psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığını azaltabileceği ifade edilmektedir (Demirtaş, 2021; McCracken ve diğerleri, 2021; Polizzi ve diğerleri, 2020).

Literatür incelendiğinde, bakım vericilere yönelik bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin sayıca sınırlı olduğu, özellikle bu müdahalelerde bilişsel kontrol ve esneklik değişkenlerinin birlikte ele alındığı deneysel çalışmalara rastlanmamaktadır. Tang ve diğerleri (2015), bilinçli farkındalık meditasyonunun beyin bölgelerinde yapısal ve işlevsel nöroplastik değişimlere yol açabileceğine dair bulgular sunduklarını belirtmiş ve bu sayede bilişsel kontrol ile esneklik üzerinde olumlu etkilerinin olabileceğine ilişkin kanıtların giderek güçlendiğini vurgulamışlardır. Mevcut çalışma, bakım vericiler üzerinde bilişsel kontrol ve esnekliği geliştirmeye yönelik olarak uygulanan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının etkililiğini inceleyen öncül çalışmalardan biri olma niteliği taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında, araştırmamız yalnızca literatürdeki boşluklara ışık tutmakla kalmamakta, aynı zamanda ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerine uygulanan bir müdahale aracılığıyla bilişsel süreçlerin desteklenebileceğini deneysel olarak ortaya koymaktadır.

Bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, bilişsel kontrol ve esneklik düzeyinde anlamlı düzeyde artış olmasına neden olmaktadır (Fjorback ve diğerleri, 2011; Hofmann ve diğerleri, 2010; Whitebird ve diğerleri, 2012). Nörobilimsel çalışmalar, bu uygulamaların özellikle dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC) ve ön singulat korteks (ACC) gibi beyin bölgelerinde aktivasyonu artırarak, bireylerin düşüncelerini daha iyi kontrol etmelerini ve duygusal tepkilerini düzenlemelerini sağladığını göstermektedir (Hölzel ve diğerleri, 2013; Taren ve diğerleri, 2015). Ayrıca, amigdala aktivitesinin azalması, olumsuz duygulara karşı daha esnek ve dengeli tepkilerin ortaya çıkmasına olanak sağlamaktadır.

Demirden ve Sarıkoç (2022) yaptıkları tanımlayıcı çalışmada, ruhsal bozuklukları olan bireylere bakım veren 45 kişide bilişsel esneklik, empatik eğilim ve hastalık yükü incelenmiş ve çalışmaya katılan bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Yu ve diğerleri (2020) ise düşük bilişsel esnekliğin, yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Akgül ve diğerleri (2024) 224 bakım verici ile yaptıkları araştırmada da kaygı düzeyleri arttıkça bilişsel kontrol ve esnekliğin azaldığı, ayrıca bilişsel kontrol ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında orta düzeyde bir negatif ilişki olduğu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, farklı örneklem

gruplarında yürütülen çalışmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Cash ve diğerleri (2016) Parkinson hastalarının bakım vericilerine BFTSAP'nın bilişsel ve duygusal işlevlere etkisini inceledikleri pilot çalışmada, 8 hafta süren BFTSAP'nın bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik düzeylerinde anlamlı derece farklılık yarattığı belirlenmiştir. Malya ve Fiocco (2017) demans hastalarının bakım vericilerinin bakım yükünün nörobilişsel ve psikolojik etkilerini değerlendirdikleri çalışmada; bakım vericilerin yürütücü işlevlerde, bilişsel esneklikte, inhibisyon kontrolü ve çalışma belleği gibi alanlarda zorluk yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Kor ve diğerleri (2021) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, demans hastalarının bakım vericilerinde farkındalık temelli bilişsel terapinin etkileri incelenmiştir. Özellikle bakım vericilerde bilişsel esneklik ve öz farkındalık süreçlerini destekleyerek psikolojik iyilik halini güçlendirdiği saptanmıştır. Zou ve diğerleri (2020) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, 54 yüksek stresli bakım vericinin 8 oturumluk ve günde minimum 45 dakika meditasyon uygulamalarına dahil olduğu bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının bilişsel esnekliğine olan etkisi incelemiştir. BFTSAP'nın katılımcıların bilişsel esneklik düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Lutz ve diğerleri (2015) ve Wielgosz ve diğerleri (2019), bilinçli farkındalığın bilişsel yetenekleri artırarak ve psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratma potansiyeline sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Shim ve diğerleri (2021) tarafından yapılan sistematik derlemede, son 15 yılda yapılan 20 çalışma incelenmiş, bakım vericilere uygulanan farkındalık temelli girişimlerin, bilişsel işlevlerde iyileşmeye katkı verdiği vurgulanmıştır. Chacko ve diğerleri (2022) yaptıkları sistematik çalışmada toplamda 291 bakım vericinin olduğu 7 adet çalışma analiz edilerek, farkındalık temelli uygulamaların bakım vericilerde bilişsel süreçler üzerinde kalıcı etkiler yaratabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle dikkat, hafıza ve yürütücü işlevlerde olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir. Ayrıca, güncel literatürde, bilinçli farkındalık uygulamalarının bilişsel esnekliği artırarak ruminasyonu azalttığı, öz-farkındalığı geliştirdiği, davranışsal düzenlemeyi kolaylaştırdığı ve olumsuz düşüncelerle başa çıkma becerilerini güçlendirdiği belirtilmektedir (Kaisti ve diğerleri, 2023; Lemoult ve diğerleri, 2023; Moore ve diğerleri, 2020; Zhang ve diğerleri, 2024). Söz konusu bulgular, BFTSAP'nın bilişsel süreçler aracılığıyla bireylerin duygu durumlarını, iletişim becerilerini ve yaşam kalitesini anlamlı biçimde geliştirebileceğini ortaya koymaktadır.

Hipotez 4: H₁ “Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) puan ortalamaları zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık vardır.”

Araştırmamızda deney grubunda yer alan bakım vericilerin bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında ve üç aylık izlem sonucunda psikolojik iyi oluş düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Deney grubunun psikolojik iyi oluş yönünden grup içi zamana bağlı seyri incelendiğinde ise program sonrasında psikolojik iyi oluş düzeylerinin artmış olduğu, bu etkinin 3 aylık dönemde de devam ettiği tespit edilmiştir. Bu sonuç, uygulanan programın sadece kısa vadede değil, aynı zamanda uzun vadede de psikolojik iyi oluş üzerinde sürdürülebilir bir etki yarattığını göstermektedir.

Bu sonuçlar, bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin psikolojik iyi oluş üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koyan mevcut literatürle büyük ölçüde uyumludur (Carmody ve diğerleri, 2009; Visted ve diğerleri, 2015; Zhang ve diğerleri, 2024). Benzer şekilde, Kahya (2024) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, 60 şizofreni hastası bakım vericilerine 45-60 dk’lık 6 oturumluk bilinçli farkındalık temelli psikoeğitim programının bakım vericilerin psikolojik iyi oluş düzeylerini artırdığı görülmüştür. Bunun temel nedenlerinden biri, bilinçli farkındalığın bireylerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesi, duygusal farkındalığı artırması, psikolojik iyi oluşu ve öz-şefkat düzeylerini yükseltmesidir (Langer ve diğerleri, 2017; Querstret ve diğerleri, 2020; Visted ve diğerleri, 2015). Yüce ve diğerleri (2024) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinde bakım yükü, yaşam kalitesi ve psikolojik sıkıntı parametre düzeylerini saptamak için 12 çalışma incelenmiştir, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Zhang ve diğerleri (2024) meta-analiz çalışmasında 13 araştırmayı incelemişler ve bu müdahalelerin stresin azalmasında ve psikolojik iyi oluşun artmasında etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde farklı meta-analiz çalışmalarında, farkındalık temelli müdahalelerin stres, anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltarak psikolojik iyi oluşu desteklediği vurgulanmaktadır (Hofmann ve Gómez, 2017; Jiménez-Gómez ve diğerleri, 2022; Virgili, 2015). BFTSAP programının etkili olduğunu gösteren bulgular başka bir çalışma grubunda da elde edilmiştir. Recabarren ve diğerleri (2019) randomize kontrollü çalışmalarında 8 oturumluk BFTSAP’nın girişim

grubundaki katılımcılarda psikolojik iyi oluşunda anlamlı düzeyde artış gösterdiğini ifade etmişlerdir. Bu bulgular, daha önceki çalışmalarla tutarlı olup, BFTSAP gibi müdahalelerin psikolojik iyi oluş üzerindeki olumlu etkilerini bir kez daha doğrulamaktadır (Allipou ve Ghannad, 2017; Recabarren ve diğerleri, 2019).

Literatürde çoğunlukla sağlık çalışanları, öğrenciler ya da genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmaların ağırlıkta olduğu görülürken, ruhsal bozukluklara sahip bireylerin bakım vericilerine yönelik farkındalık temelli müdahale çalışmalarının sayıca sınırlı olduğu dikkat çekmektedir (Saragih ve diğerleri, 2024; Zhang ve diğerleri, 2024a; Zhang ve diğerleri, 2024b). Bu bağlamda, mevcut çalışmanın bu özgül örneklem grubuna odaklanması bakımından alanyazına önemli bir katkı sunduğu söylenebilir.

Çalışmamızın bulguları, düzenli farkındalık pratiği ile psikolojik iyi oluş düzeylerinin arttığını ve bu etkinin uzun vadeli izlemde de devam ettiğini göstermektedir. Bu yönüyle araştırma sonuçları alanyazındaki mevcut çalışma sonuçları ile uyumludur. Araştırmamızda, düzenli farkındalık pratiğinin bireylerin iyi oluş seviyelerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Yapılan meta-analiz çalışmalarına göre, farkındalık temelli müdahaleler stres, anksiyete ve depresyon semptomlarını azaltarak psikolojik iyi oluşu desteklemektedir (Hofmann ve Gómez, 2017; Jiménez-Gómez ve diğerleri, 2022; Virgili, 2015). Birçok çalışma BFTSAP'larının psikolojik iyi oluş düzeyinin artmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur (Malki ve diğerleri, 2025; Sakki ve diğerleri, 2022). Ong ve diğerleri (2024) 27 çalışmayı inceledikleri sistematik derlemede, farkındalık temelli müdahalelerin psikolojik iyi oluş üzerinde kısa süreli etkili olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın, mevcut çalışmanın bulguları bu etkinin yalnızca kısa vadeli değil, 3 aylık izlem sürecinde de sürdüğünü ortaya koyarak literatüre yeni ve önemli bir katkı sunmaktadır.

Sonuç olarak, Hipotez 4'ün desteklenmiş olması, bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programının psikolojik iyi oluş üzerinde hem kısa hem de uzun vadede etkili olduğunu göstermektedir. Bu müdahaleler, bireylerin stresle başa çıkma yöntemlerini kolaylaştırmakta, duygusal dengeyi korumalarını sağlamakta ve daha sağlıklı sosyal ilişkiler kurmalarına katkı vermektedir.

Hipotez 6: H₁ “Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puan ortalamaları zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık vardır.”

Araştırmada deney grubunda yer alan bakım vericilerin bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında ve izlem sonucunda öz şefkat düzeylerinin kontrol grubuna oranla kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Deney grubunun öz şefkat yönünden grup içi zamana bağlı seyri incelendiğinde ise program sonrasında öz şefkat düzeylerinin artmış olduğu, bu etkinin 3 aylık dönemde de devam ettiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda öz-şefkat; bireylerin kendilerine karşı nazik, anlayışlı ve hoşgörülü olma kapasitelerini ifade etmektedir. Zessin ve diğerleri (2015) psikolojik iyi oluş ve öz-şefkat arasındaki bağlantıyı ortaya koymak için 79 çalışmayı inceledikleri meta-analiz çalışmasında da psikolojik iyi oluş ile öz-şefkat arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Öz-şefkatin artması, stresle başa çıkma becerilerini iyileştirebilir ve bireylerin zorlayıcı yaşam koşullarına karşı daha dayanıklı hale gelmelerine yardım edebilir (Emirza ve Bilgili, 2024; McClintock ve diğerleri, 2019). Çalışmamızda da, BFTSAP'nın bakım vericilerin öz-şefkat düzeylerini artırdığı ve dolaylı olarak psikolojik iyi oluşu güçlendirdiği gözlemlenmiştir. Program kapsamında özellikle öz-şefkat geliştirmeye yönelik çeşitli meditasyonlar uygulanmıştır. Bu kapsamda; 'Kendimize İlgi Gösterme Meditasyonu', 'Şefkatli Yürüyüş Meditasyonu', 'Sevgi/Şefkat Meditasyonu' ve 'Öz Yargulamaları Sayma Meditasyonu' gibi uygulamalar, katılımcıların kendilerine karşı daha anlayışlı, şefkatli ve kabul edici bir tutum geliştirmelerine katkı sağlamıştır. Bu bulgu, BFTSAP'nın öz-şefkati artırma etkisini göstermesi bakımından literatürde yer alan pek çok çalışmayla uyumludur (Goodridge ve diğerleri, 2021; Hamed ve diğerleri, 2024; Emirza ve Bilgili, 2024). Literatür incelendiğinde, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerine yönelik bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programlarının öz-şefkat üzerine etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum, araştırmamızın alandaki özgünlüğünü ve katkı değerini göstermektedir. Bu yönüyle çalışma, alandaki ilk örneklerden biri olarak değerlendirilebilir. Benzer örneklem grubuyla yapılmış bir çalışmada Lök ve Bademli (2024) 80 şizofreni hastasına bakım veren bireyin ortalama 60 dakika süren 6 oturumluk bilinçli farkındalık temelli öz-şefkat müdahalesi uygulanmış olup, programın bakım vericilerin duygusal yükünü hafifleterek psikolojik iyilik hallerini güçlendirdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, farklı örneklem gruplarıyla gerçekleştirilen çalışmalar da bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin öz-şefkat üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Zarei ve diğerleri (2022) tarafından randomize kontrollü olarak yürütülen çalışmada, demans hastalarının bakım vericilerinden 26 kişiye çevrim içi olarak 8 oturumda

bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanmıştır. Deney grubunda bulunan katılımcıların, kontrol grubuna göre öz-şefkat düzeylerinde ve başa çıkma stratejilerinde anlamlı düzeyde artış olduğu saptanmıştır. Bazzano ve diğerleri (2013), gelişimsel engeli olan bireylerin bakım vericilerine 8 hafta süren ve haftalık 2 saatlik oturumlardan oluşan BFTSAP uygulamışlardır. Farklı engellilik gruplarına bakım veren 66 bireyin katıldığı bu çalışmada, programı tamamlayan katılımcıların farkındalık, genel stres, ebeveynlik stresi, psikolojik iyi oluş, öz-şefkat ve genel sağlık gibi tüm ölçümlerde anlamlı ve kalıcı iyileşmeler yaşadıkları görülmüştür. Hamed ve diğerleri (2024) tarafından yapılan ve 100 şizofreni hastasının katıldığı kesitsel çalışmada, katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyinin öz şefkat üzerinde önemli bir etkisi olduğunu saptamıştır.

BFTSAP'ların stresli yaşam koşullarındaki bireylerde öz-şefkat gelişimini desteklediği, farklı örneklem gruplarıyla yürütülen randomize kontrollü çalışmalarda (Conversano ve diğerleri, 2020; Hamed ve diğerleri, 2024; Raab ve diğerleri, 2015; Birnie ve diğerleri, 2010; Emirza ve Bilgili, 2024) elde edilen bulgularla ortaya konmuş; söz konusu müdahalelerin öz-şefkatin tüm alt boyutlarını güçlendirdiği ve bireylerin psikolojik iyi oluşlarına anlamlı katkı sağladığı görülmüştür. BFTSAP'larının farkındalık yoluyla öz-şefkatin artırılmasını sağladığı ve bu süreçte bakım verenlerin duygusal yüklerini hafiflettiği, pek çok çalışmada vurgulanmıştır (Birnie ve diğerleri, 2010; Neff ve Germer, 2013; Zhang ve diğerleri, 2023).

Bununla birlikte, BFTSAP'nın tüm bireyler üzerinde aynı derecede etkili olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Goodridge ve diğerleri (2021), yaptıkları çalışmada 57 demans hastasına bakım veren bireyin katıldığı ve ön test ile son test kullanılarak verilerin elde edildiği 12 oturumluk mobil destekli farkındalık temelli öz şefkat programını uygulamışlardır. Bu bilinçli farkındalık temelli müdahale sonrasında bakım yükünün anlamlı ölçüde azaltmadığını ancak bakım verenlerin psikolojik iyilik hallerini iyileştirdiğini, stres, depresyon ve kaygılarını azalttığını bildirmiştir. Bu bulgu, BFTSAP'nın bazı bireylerde daha az belirgin etkiler yaratabileceğini, bununla birlikte uzun vadede etkilerinin daha görünür hale gelebileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda programın etkinliği 3 aylık zaman diliminde halen etkisini koruduğu böylelikle bakım vericilerde belirgin etkiler yarattığı bulunmuştur. Hou ve diğerleri (2013) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericileriyle 8 oturumluk BFTSAP uygulamıştır. Çalışmaya bakım verme yükü indeksinde (Caregiver Strain Index) 7

ve üzeri puan alan 141 bakım verici dahil edilerek, program sonrasında deney grubunda, kontrol grubuna göre 3 aylık izlemde öz şefkat düzeyinin anlamlı derece yüksek çıktığı ve depresyon düzeyinin ise düşük çıktığı ve bakım yükünün ise az çıktığı belirlenmiştir. Bu durum, çalışmamızın bulgularını desteklemekte ve BFTSAP'nın öz-şefkat düzeyleri üzerindeki sürdürülebilir etkisini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, hem BFTSAP'nın uzun vadede etkili olduğu hem de bakım verenlerin stresle başa çıkma stratejilerini geliştirmede önemli bir araç olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, çalışmamızda ulaşılan bulgular Hipotez 6'yı desteklemekte ve literatürdeki benzer bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları literatürde yer alan çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, öz-şefkatin bireylerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirdiği, duygusal yüklerini hafiflettiği ve psikolojik iyilik hallerini desteklediği söylenebilir.

5.3. Çalışmada Karşılaşılan Güçlükler

1. Program oturumlarında farkındalık uygulamaları boyunca bazen bakım vericilerden bazılarının dikkatlerinin dağılması nedeniyle odaklanmakta güçlük yaşadıkları gözlenmiştir. Bu durumun, bakım sorumluluğuna bağlı zihinsel yorgunluk, yüksek stres düzeyi ve meditasyonun katılımcılar için yeni bir deneyim olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.
2. Farkındalık temelli meditasyonlara düzenli katılım gerekliliği, bazı katılımcıların bütün oturumlara tam süreyle katılım göstermelerini zorlaştırmıştır. Özellikle bakım verme yükü yüksek olan bireylerde; hastanın sağlık durumundaki ani değişiklikler, ev içi sorumlulukların yoğunluğu, özel işler ve bireysel zaman yönetimi güçlükleri gibi etkenler, programa katılım sürekliliğinde zaman zaman aksamalara yol açmıştır.
3. Yarı yapılandırılmış görüşmelerin TRSM'de gerçekleştirilecek olması, bazı bakım vericilerde başlangıçta tedirginlik yaratmıştır. Özellikle görüşmelerin ses kaydına alınacağı bilgisinin, katılım konusunda isteksizlik oluşturduğu gözlemlenmiştir. Kriterlere uyan 100 hasta yakınından sadece 22 tanesi görüşmeyi kabul etmiştir.
4. BFTSAP'nın grup temelli bir müdahale programı olması, bazı bakım vericilerde sosyal tanınırlık ve mahremiyetin ihlaline yönelik kaygılar uyandırmış; bu durum,

ilgili bireylerin programa katılım konusunda çekimser davranmalarına neden olmuştur.

5. Bazı bakım vericiler, bakım yükümlülüklerini devredebilecekleri bir kişinin bulunmaması ve zaman kısıtlılığı gibi nedenlerle programa katılım sağlayamamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birincil bakım vericilerine yönelik olarak uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın, bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları sunulmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre:

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik düzeylerini anlamlı derecede artırmıştır. **Hipotez 2, H₁:** Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık vardır, doğrulanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda bakım vericilerin stresle başa çıkma süreçlerinde daha etkili stratejiler geliştirmeleri ve çevresel değişkenlere karşı daha esnek tepkiler verebilmeleri desteklenmiştir.

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında bakım vericilerin psikolojik iyi oluş düzeyleri anlamlı derecede artmıştır. **Hipotez 4, H₁:** Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık vardır. Psikolojik iyi oluş düzeylerinde görülen anlamlı artış, bilinçli farkındalık temelli programların bakım vericilerin duygusal yüklerini hafifleterek, öznel iyilik hallerini desteklemektedir.

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı sonrasında bakım vericilerin öz şefkat düzeylerini anlamlı derecede artırmıştır. **Hipotez 6, H₁:** Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık vardır. Bu durum bakım verici bireylerin kendilerine yönelik daha şefkatli, anlayışlı ve kabullenici bir tutum geliştirdiğini ve stresle başa çıkma becerilerini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur.

BFTSAP hem kısa süreli hem de uzun süreli farkındalık kazanımında etkili olduğu, bu etkinin bilişsel kontrol, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat gibi karmaşık yapılarda kalıcı ve anlamlı değişim yarattığı gözlenmiştir. Ancak Hipotez 1, Hipotez 3 ve Hipotez 5 doğrulanmamıştır. Yani:

Hipotez 1, H₀: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık yoktur.

Hipotez 3, H₀: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık yoktur.

Hipotez 5, H₀: Deney ve kontrol grubu bakım vericilerinin Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞO) puan ortalamaları arasında zaman serisinde (son test, 3. ay izlem testi) anlamlı farklılık yoktur.

6.2. Öneriler

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın, bakım vericilerin bilişsel kontrol ve esneklik, psikolojik iyi oluş ve öz şefkat düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sunulmuştur.

BFTSAP'nın yalnızca kısa vadeli bir etki yaratmadığını, aynı zamanda psikolojik dayanıklılık, öz-şefkat ve bilişsel esneklik gibi yapıları da uzun vadede desteklediğini göstermiştir. Bu nedenle, programın kalıcılığını daha sağlıklı değerlendirebilmek için altı ay, bir yıl ve daha uzun süreleri kapsayan izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Gelecekte yürütülecek araştırmalarda, katılımcıların yoğun bakım sorumlulukları ve zaman sınırlılıkları göz önünde bulundurularak daha esnek ve erişilebilir uygulama biçimleri planlanmalıdır. Özellikle dijital ortamda sunulabilecek sesli yönlendirmeler, mobil uygulamalar ve çevrim içi egzersizler, programın sürdürülebilirliğini artırabilir.

Programın yalnızca stres düzeylerini azaltmakla kalmayıp, koruyucu psikolojik yapıları da desteklemesi, farkındalık temelli yaklaşımların ruh sağlığı alanında daha yaygın kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Bununla birlikte, bazı katılımcıların uygulamalara odaklanmakta zorlanması ve meditasyonla ilk kez tanışıyor olmaları, uyum sürecinde güçlük yaşamalarına neden olmuştur. Bu nedenle, programlara kısa tanıtım oturumlarının

eklenmesi ve farkındalık uygulamalarının basit örneklerle kademeli olarak sunulması, katılımı ve uyumu artırabilir.

Programın farklı bölümlerinin etkisini inceleyen çalışmalara da ihtiyaç vardır. Nefes farkındalığı, bedensel tarama ya da öz-şefkat meditasyonu gibi bileşenlerin hangi psikolojik değişkenler üzerinde daha etkili olduğu belirlenerek, içerikler buna göre düzenlenebilir. Aynı zamanda, bireylerin zaman kısıtlılığı nedeniyle tüm oturumlara katılamadığı durumlar da göz önünde bulundurularak, kısa modüller hâlinde uygulanabilen ve bireysel çalışmayı destekleyen materyaller geliştirilebilir.

Katılımcı deneyimlerinden elde edilen bulgular, uygulamanın yapıldığı ortamın ve yöntemin etkililiği üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Görüşmelerin sağlık kurumlarında gerçekleştirilmesi ve ses kaydı alınması gibi unsurlar, bazı bireylerde tedirginlik yaratmıştır. Bu nedenle, programların daha güvenli ve mahremiyetin ön planda tutulduğu ortamlarda uygulanması önemlidir. Ayrıca, yalnızca sayısal verilerle sınırlı kalmayan, katılımcıların kişisel deneyimlerine yer veren nitel yöntemlerin değerlendirme sürecine dâhil edilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın bulguları, BFTSAP'nın yalnızca bireysel iyi oluşu değil, aile işlevselliğini ve bakım kalitesini de dolaylı olarak desteklediğini düşündürmektedir. Bu nedenle, programın hasta-bakım verici ilişkisi, aile içi iletişim ve bakım yükü üzerindeki etkilerini değerlendiren çok boyutlu araştırmalara ihtiyaç vardır. Özellikle kadın bakım vericilerde yüksek düzeyde stres yaşandığı görülmüştür. Bu doğrultuda, toplumsal cinsiyet duyarlılığı içeren müdahale programlarının geliştirilmesi, bu gruplara yönelik destek süreçlerini güçlendirecektir.

Psikiyatri hemşirelerinin ve ruh sağlığı çalışanlarının mesleki gelişim programlarına farkındalık temelli eğitimlerin entegre edilmesi, uygulamaların etkisini artıracaktır. Ayrıca, bakım vericilere yönelik grup temelli destek programlarında öz-şefkat ve bilişsel esnekliği geliştirmeye yönelik yapılandırılmış içeriklerin yer alması, stresle başa çıkmayı kolaylaştıracak ve uzun vadeli tükenmişlik riskini azaltacaktır. Ancak bazı bireyler bakım sorumluluklarını devredecek desteğe sahip olmadıkları için bu tür programlara katılım sağlayamamaktadır. Bu nedenle, bakım vericilere yönelik kamu destekli hizmetlerin geliştirilmesi ve katılımı kolaylaştırıcı uygulamaların oluşturulması da önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Acikgoz, F., Karaca, A. (2025). The effect of a mindfulness-based cognitive therapy program on depression, anxiety, stress, and cognitive flexibility in nursing students: A randomized clinical trial. *Journal of Professional Nursing*, 56, 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.12.005>
- Adams, C. E., Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 120–44.
- Adeosun, I. I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in lagos. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, 1-7. Article ID 353809
- Aedh, A.I., Elfaki, N.K., and Mohamed, I.A. (2015). Factors associated with stress among nursing students. *Journal of Nursing and Health Science*, 4(6), 33–38. <https://doi.org/10.9790/1959-04663338>
- Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N., Türkçapar. M. H. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 330-337.
- Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A. and Maghsoudi, J. (2018). Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 329. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1368-1>
- Akça, N. K. and Taşçı, S. (2005). 65 Yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Journal of Health Sciences*, 14, 30–36.
- Akçay Özcan, D. ve Kıran Esen, B. (2016). Ergenlerin bilişsel esneklik düzeyleri ile özyeterlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Eurasian Education and Culture*, 1(1), 1-8.

- Akgül, Ö., Uzgan, B.Ö., Tetik, M., Aykaç, C. (2024). Fear, Perceived Threat, and Anxiety During COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Cognitive Control/Flexibility and Intolerance of Uncertainty. *Turkish Journal of Psychiatry*, 35(1), 24–33. <https://doi.org/10.5080/u27017>
- Akgün M. (2019). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Bilgi, Beceri, Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksel Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akın G. (2021). *Stres ve Stresle Baş Etme*, (1. Baskı). Ankara: Alter Yayıncılık.
- Akın, A. (2009). *Akılcı duygusal davranışçı terapi (ADDT) odaklı grupla psikolojik danışmanın psikolojik iyi olma ve öz-duyarlılık üzerindeki etkisi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Aktepe, E., and Tolan, G. (2020). Bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik: Teorik bir inceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(3), 245-256.
- Aktepe, İ., Tolan, Ö. (2020). Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme Mindfulness: A Current Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 12(4), 534-561. doi: 10.18863/pgy.692250
- Al Maqbali, A., Al Omari, O., Abu Sharour, L., et al. (2025). The perceived levels of stress, anxiety and depression among family caregivers of patients undergoing haemodialysis and their association with quality of life. *BJPsych Open*, 11(3):e100. doi:10.1192/bjo.2025.44
- Alagöz, E. (2022). *Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Düzeyi ve Duygu Düzenlemesine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Alberti, R., Emmons, M. (2002). *Atılganlık* (Çeviren: Serap Katlan). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Aldwin, C. M. and Yancura, L. (2011). Stress, coping, and adult development. In R. J. Contrada & A. Baum (Eds.), *Handbook of stress science: Psychology, biology, and health* (pp. 263–274). New York: Springer Publishing Company.
- Allen, A.B., and Leary, M.R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107–118. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x

- Allipou, S. and Zeqeibi Ghannad, S. (2017). Investigation of the Relationship of Mindfulness with Psychological Well-being: The Role of Strategic Engagement Regulation and Self-Esteem. *Positive Psychology Research*, 3(2), 1-18. doi:10.22108/PPLS.2017.103132.1071
- Altunkol, F. (2011). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklikleri ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Alzahrani, S.H., Fallata, E.O., Alabdulwahab, M.A., Alsafi, W.A., and Bashawri, J. (2017). Assessment of the burden on caregivers of patients with mental disorders in Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1368-1>
- Ameli, R. (2016). *Bilinçli farkındalık: Temeller ve uygulamalar*, Ankara: Nobel Yayınları.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı* (DSM-5) (5th ed., ss. 65-82.), E. Koroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). What is Mental Illness? <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> adresinden erişildi.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- Anderson, P., Anderson, V., Northam, E., and Taylor, H. (2000). Standardization of the Contingency Naming Test for school-aged children: A new measure of reactive flexibility. *Clinical Neuropsychological Assessment*, 1, 247–273.
- Andrianisaina, P. S., Castillo, M., Barlagne, M., Noumbi, E., Motut, A., Moulrier, V., Thomas, F., ... (2025). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32, 161–171. DOI: 10.1111/jpm.13094
- Arslan, B.Ş., Buldukoğlu, K. (2018). Ruhsal Hastalık Deneyiminden Büyüme Mükün Müdür?: Psikiyatri Hemşireliği Bakış Açısından Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 1(1), 16-27.

- Arslantaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V. ve Adana, F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3-10.
- Asgari, M., Adib, M., Dehghan Nayeri, N., Rezayat, F. (2023). Family caregivers' perspectives on barriers to caring for patients with schizophrenia: A descriptive qualitative study. *Nursing Practice Today*. 10(3), 239-249.
- Asıcı, E., ve İkiz, M. (2015). Mutluluk ve bilişsel esneklik ilişkisi. *Psikoloji ve Yaşam Dergisi*, 17(4), 80-92.
- Aşık H. (2011). *Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aşık, E. ve Albayrak, S. (2021). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 16-20. doi:10.33631/duzcesbed.718133
- Ata, E.E. (2014). *Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin, Ruhsal Durumları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Bakım Yüküne Etkisi*. Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Sivas.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., ve Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3(3), 513–552. <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>
- Atalay, A. (2019). Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programlarının İyilik Hali Üzerindeki Etkileri. *Psychological Studies*, 15(3), 99-112.
- Atalay, Z. (2018). *Mindfulness şimdi ve burada bilinçli farkındalık* (3. Basım). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Atalay, Z. (2019). Mindfulness. İstanbul: İnkılap Kitapevi Yayın Sanayi ve Ticaret AŞ.
- Hooda, D., Sharma, N. (Ed.). (2013). *Mental Health Risk and Resources*. Delhi: Global Vision Publishing House.

- Atalay, Z. (2020). *Mindfulness*. (5. Baskı). İstanbul: İnkılap Yayınevi.
- Atalay, Z. (2021). *Mindfulness-bilinçli farkındalık: Farkındalıkla anda kalabilme sanatı* (9. Baskı). İstanbul: İnkılap Yayınevi.
- Ateş, B. ve Sağar, M. E. (2021). Üniversite öğrencilerinde bilişsel esneklik ve duygu düzenleme becerilerinin internet bağımlılığı üzerindeki yordayıcı rolü. *Uşak Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 87-102.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., and Emmelkamp, P. M. (2015). A Meta-Analysis Of The Efficacy Of Acceptance And Commitment Therapy For Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Attepe Özden, S. (2015). Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 1(26), 191–204.
- Attepe Özden, S., Tekindal M., Gedik, T.E., Erim, F., Ege, A., Tekindal, M. A. (2022). “Nitel araştırmaların rapor edilmesi: COREQ kontrol listesinin türkçe uyarlaması”. *European Journal of Science and Technology*, 35, 522-529.
- Aubeeluck, N. D. and Luximon-Ramma, A. (2020). The burdens of family caregivers of schizophrenia in Mauritius. *SciMedicine Journal*, 2(3), 118-131.
- Aydin, Ş. (2021). *Menopoz Dönemindeki Kadınlara Verilen Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Anksiyete, Depresyon ve Umutsuzluğa Etkisi*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
- Azak, A. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15 (3): 170- 176.
- Azman, A., Jamir Singh P.S., and Sulaiman, J. (2016). Caregiver coping with the mentally ill: a qualitative study, *Journal of Mental Health*, 26 (2), 98-103. DOI:10.3109/09638237.2015.1124395
- Babacan, E. (2023). *Ruhsal Hastalığı olan Bireyleride ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile sağlık algılarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tokat.
- Bademli, K., Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(4), 461-478.

- Bademli, K., Duman, Z.Ç. (2011) Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileden aileye destek programları: Sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1),1-11.
- Badre, D. (2011). Defining an ontology of cognitive control requires attention to component interactions. *Topics In Cognitive Science*, 3(2), 217-221.
- Baer, R. (2003). Mindfulness as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 125-143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Bahayi, K. (2021). *Majör Depresif Bozukluk Tanısı Konmuş Kadınların Depresyon Düzeyi ile Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı Arasındaki İlişkide Öz-Şefkat ve Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Rollerinin Araştırılması*. Doktora Tezi, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Baltaş, A., Baltaş, Z. (2008). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (2020). *Stres ve Başa çıkma Yolları* (37. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bamber, M. D., and Kraenzle Schneider, J. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research Review*, 18(1), 1–32. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.12.004>
- Barnable A, Gaudine A, Bennett L, Meadus R. (2006). Having a sibling with schizophrenia: a phenomenological study. *Research and Theory for Nursing Practice*, 20(3), 247.
- Bass, C., van Nevel J., Swart, J. (2014). A Comparison Between Dialectical Behavior Therapy, Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, And Acceptance and Commitment Therapy in The Treatment of Adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9, 4-8. doi:10.1037/h0100991
- Bayram, F., Özkamalı, E. ve Çiftçi, S. (2021). Tercih sürecindeki üniversite adaylarının belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(77), 98-120.

- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C. and Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 298–308. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9836-9>
- Bear, D. (2009). The role of mindfulness in enhancing emotional well-being. *Psychological Inquiry*, 15(2), 72-82.
- Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S. and Fairhurst, H. (2021). The impact of compassionate mind training on qualified health professionals undertaking a compassion-focused therapy module. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21, 910-922. Doi:10.1002/capr.12396
- Betton, A. (2001). *Psychological well-being: A comparison of correlates among minority and non-minority female college students*. Unpublished master thesis, The Ohio State University, USA.
- Bhalla, A., Suri, V., Kaur, P. and Kaur, S. (2014). Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting. *Journal of Postgraduate Medicine*, 60(4), 382–385. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.143962>
- Bilge, A. (2006). *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Birnie, K., Specia, M., and Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5), 359–371. <https://doi.org/10.1002/smi.1305>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., ... (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>.
- Blomgren Mannerheim, A., Hellström Muhli, U., Siouta, E. (2016). Parents' experiences of caring responsibility for their adult child with schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2016, 1958198.
- Boğahan, M. (2023). *Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Psikotik Hastaların Ailelerinin Ruhsal Durum ve Bakım Yüküne Etkisi*. Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

- Boyce, C., Neale, P. (2006). *Conducting in-depth interviews: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input* (Vol. 2). Watertown, MA: Pathfinder international.
- Braem, S., Egner, T. (2018). Getting a grip on cognitive flexibility. *Current directions in psychological science*, 27(6), 470-476. doi: 10.1177/0963721418787475
- Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T., Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1833-5>
- Brewer, J. A., Davis, J. H., and Goldstein, J. (2013). Why is it so hard to pay attention, or is it? mindfulness, the factors of awakening and reward-based learning. *Mindfulness*, 4(1), 75– 80. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0164-8>
- Brosan, L., Todd, G. (2018). Overcoming Stress. Çeviri: Kurdoğlu S. *Stres* (2. Baskı). İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. (2003). The Benefits Of Being Present: Mindfulness And Its Role In Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Brown, K.W., Ryan, R., Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence For Its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. doi:10.1080/10478400701598298
- Bulut, A., Yılmaz, A., and Kucuk, A. (2020). The effectiveness of psychoeducational programs in reducing the stress levels of caregivers in chronic mental illness. *Journal of Psychiatric Nursing*, 25(2), 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.jpn.2020.02.004>
- Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., Bara, P. and Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28(2), 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.04.002>
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2011). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (8. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

- Cachia, R. L., Anderson, A. and Moore, D. W. (2016). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1-14. doi:10.1007/s10826-015-0193-8
- Cam, E. (2004). Çalışma Yaşamında Stres ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134, 1-10.
- Camcı Erdoğan, S. (2018). Üstün zekalılar öğretmenliği adaylarının bilişsel esneklik düzeylerinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3), 77-96.
- Canas, J. J., Fajardo, I., Salmelon, L. (2006). Cognitive flexibility, in: Karwowski, W. (ed.): *International Encyclopaedia of Ergonomics and Human Factors*. USA: Taylor&Francis.
- Canbaz, C. (2023). *Ergenlerde Algılanan Psikolojik İstismar ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkide Duygusal Özerkliğin ve Öz Şefkatin Aracı Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S.L., Ramírez Pérez, M., Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), 235-43.
- Cardom, R. D. (2016). The mediating role of cognitive flexibility on the relationship between crossrace interactions and psychological well-being (Yayımlanmamış Doktora Tezi). University of Kentucky, USA.
- Carmody, J., Baer, R.A., L B Lykins, E., Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 65(6), 613-26. doi:10.1002/jclp.20579. PMID: 19267330.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. New York: Bruner-Routledge.
- Carr, A. (2016). *Pozitif psikoloji* (Çev. Ed. Şendilek Ü). İstanbul: Kaknüs.

- Carver, C. S. (2011). *Self-regulation and stress. Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. Edited by Cary L. Cooper and James Campbell Quick. CA: SAGE Publications.
- Cash, T. V., Ekouevi, V. S., Kilbourn, C., and Lageman, S. K. (2016). Pilot study of a mindfulness-based group intervention for individuals with Parkinson's disease and their caregivers. *Mindfulness*, 7, 361-371. doi:10.1007/s12671-015-0452-1
- Chacko, E., Ling, B., Avny, N., Barak, Y., Cullum, S., Sundram, F., and Cheung, G. (2022). Mindfulness-based cognitive therapy for stress reduction in family carers of people living with dementia: A Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 614.
- Chadda RK. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 221-7.
- Chang, M. K., Harden, J. T. (2002). Meeting the challenge of the new millennium: Caring for culturally diverse patients. *Urologic Nursing: Official Journal of the American Urological Association Allied*, 22(6), 372–376, 390.
- Chen, L., Zhao, Y., Tang, J., Jin, G., Liu, Y., Zhao, X., Lu, X., ... (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–10.
- Cheng, W. L., Chang, C. C., Griffiths, M. D., Yen, C. F., Liu, J. H., Su, J. A., Lin, C. Y., Pakpour, A. H. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry*, 22(1), 672.
- Chiesa, A., Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(1), 83-93. DOI: 10.1089/acm.2009.0546
- Cingil, D., Gözümlü, S. (2016). Hastasına Evde Bakım Veren Aile Bakım Vericilerinin Güçlendirilmesi: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs*, 2(3), 60-72.

- Citrome, L., Belcher, E., Stacy, S., Suett, M., Mychaskiw, M., and Salinas, G. D. (2022). Perceived burdens and educational needs of caregivers of people with schizophrenia: Results of a National Survey Study. *Patient Preference and Adherence*, 16, 159–168. <https://doi.org/10.2147/PPA.S326290>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). London: Routledge.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., and Miller, G. E. (2012). Psychosocial stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685-1687. DOI:10.1001/jama.298.14.1685
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di Giuseppe, M., Gemignani, A. and Poli, A. (2020). Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What’s New? A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1683. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01683
- Costa, J., Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients’ subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 292–302.
- Crane, R.S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S. Williams, J.M.G., Kuyken, W. (2016). What Defines Mindfulness-Based Programs? The Warp and The Weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990-999. doi:10.1017/S0033291716003317
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Boston, MA: Pearson Education Inc.
- Creswell, J., and Plano Clark, V. L. (2007). Understanding mixed methods research. In J. Creswell (Ed.), *Designing and conducting mixed methods research* (pp. 1-19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J.W. (2016). *Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. (M. Bütün ve Demir, S.B, Çeviri editörleri ss. 242-272), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J.W., Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Croog, S.H., Burleson, J.A., Sudilovsky, A. and Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 10 (2), 87–100.
- Çalışkan N. (2019). *Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Çam O. ve Engin E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, Birinci Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi:.
- Çam, O. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. O Çam, E Engin (Eds.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı* içinde (1. bs, ss. 5-19). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Çamlı, B. (2019). *Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Birincil Bakım Vericilerinin Algıladığı Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çatak, P.G. ve Ögel, K. (2010). Bir Terapi Yöntemi Olarak Farkındalık. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 69-73.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (2007). Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention. New York: *Springer Publishing Company*.
- Dağ, B. (2023). *Şizofreni Hastalarına Uygulanan Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programının Psikolojik Sağlamlık ve İşlevselliğe Etkisi*. Doktora Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı, İstanbul.
- Darban, F., Mehdipour- Rabori, R., Farokhzadian, J. Nouhi, E., Sabzevari, S. (2021). Family achievements in struggling with schizophrenia: life experiences in a qualitative content analysis study in Iran. *BMC Psychiatry* 21, 7, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03025-w>
- Darlami K, Ponnose R, Jose P. (2015). Caregiver’s stress of psychiatric patients. *Journal of Universal College of Medical Sciences*, 3(2): 39–43.
- Davis, M., Eshelman, E.R., McKay, M. (2009). *The Relaxation & Stress Reduction Workbook* (6.edition). USA: New Harbinger Publications.

- Deci, E. L., and Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia, and Well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- Demir, V. (2014). *Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demirden, A., Sarıkoç, G. (2022). Ruhsal bozuklukları olan bireylere bakım verenlerde bilişsel esneklik, empatik eğilim ve hastalık yükü. *Humanistic Perspective*, 4(3), 623-640. <https://doi.org/10.47793/hp.1093660>
- Demirtaş, A.S. (2019). Stresli durumlarda bilişsel kontrol ve bilişsel esneklik: Bir ölçek uyarlama çalışması. *Psikoloji Çalışmaları*, 39(2), 345-368.
- Demirtaş, A.S. (2021). Predictive roles of state hope and cognitive control/flexibility in state anxiety during COVID-19 outbreak in Turkey, *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34, 89-96. DOI: 10.14744/DAJPNS.2020.00124
- Dennis, J. P., Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.
- Diamond, A. (2012). Activities and programs that improve children's executive functions. *Current directions in psychological science*, 21(5), 335-341.
- Dick, A. S. (2014). The development of cognitive flexibility beyond the preschool period: An investigation using a modified Flexible Item Selection Task. *Journal of Experimental Child Psychology*, 125, 13-34.
- Didonna, F. (Ed.). (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer Publishing Company.
- Diener, E., Seligman, M.E.P. (2018). Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., and Smith, H. L. (1999). Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276

- Dillinger, R. L., Kersun, J. M. (2020). Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(5), 528–534. <https://doi.org/10.1111/eip.12870>
- Diril, A. (2011). *Lise öğrencilerinin bilişsel esneklik düzeylerinin sosyo-demografik değişkenler ve öfke düzeyi ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişki açısından incelenmesi*, [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Dixon, L., Lucksted, A., and Stewart, B. (2016). Psychoeducation for caregivers of individuals with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 72(4), 503-515. <https://doi.org/10.1002/jclp.22367>
- Doğan, K. (2023). *Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Olan Bireylerde İyileşmeyi Etkileyen Faktörler: Kimlik Algısı, Umut Düzeyi, Algılanan Aile Desteği İncelemesi*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Baseğmez, F.D. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 133-139.
- Donkuş, M.B. (2023). *Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Girişiminin Yoğun Bakım Hemşirelerinde Psikolojik Dayanıklılık ve İyi Oluşa Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Duman, Z.Ç., Bademli, K. (2013b). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
- Durmaz H, Okanlı A. (2014). Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care, *Archives of Psychiatric Nursing*, 1,28(4), 290-4.
- Duyan, V., Gökçearslan, E. (2004). Sosyal Grup Çalışması Uygulamasının Psikolojik Gereksinimlere Etkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15;15(1), 61–74.
- Eberth, J., and Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174–189. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- Ebrahimpour Mouziraji Z, Mahmoodi-Shan G, Yazdi K, Modanloo M. (2022). The paradox of family care for patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 9:211-8.

- Elliott, A.C. and Woodward, W.A. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook: With SPSS examples*. California: Sage Publications.
- Emirza, E.G., Bilgili, N. (2024). The Effect of Mindfulness-Based Empowerment Program on Self-Compassion, Self-Esteem and Ways of Coping With Stress of Women Experienced Violence: A Randomised Controlled Study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 2314–2325 <https://doi.org/10.1111/inm.13401>
- Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç, A., Beşkardeş, A.F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 108-114.
- Epstein M. (1999). *Going to pieces without falling apart* (1st ed.). New York: Broadway Books,
- Ergün, B. (2023). *Kronik Ruhsal Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Ruhsal İyilik Hallerine İlişkin Nicel Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Ergün, G. (2008) *Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İş Gücü Performansı ile Etkileşiminin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, İzmir.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Company.
- Erkuş, M. (2022). Bipolar bozukluk tedavisinde aile müdahalesi ve bakım verenlere yönelik psikoeğitim. *Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 156-164.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.
- Etters, L., Goodall, D. ve Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners banner*, 20(8), 423-428.
- Fan, C. and Zhang, D. (2017). Rank Repeated Measures Analysis of Covariance. *Communications in Statistics Theory and Methods*, 46(3), 1158-1183. doi:10.1080/03610926.2015.1014106

- Faustino, B., Vasco, A. B., Silva, A. N., Marques, T. (2020). Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Res Psychother*, 23(2), 442. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.442>.
- Feldman M. A (2018). Cbt-Based Stress Management Intervention for Work-Related Stress, Department of Psychology, Doctorate thesis, California: Palo Alto University.
- Ferguson, S.J., Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: the mediating role of social support and perceived control. *Int J Aging Hum Dev*, 71, 43-68.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulnessbased cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 102–119. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- Fox, K. C., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P., Sedlmeier, P., ... (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 48-73. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.03.016
- Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., Hyun, H. H. (2011). *How to design research in education and evaluate research in education*. New York, NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Frankl, V. E. (2006). *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.
- Freud, S. (1953). *On aphasia; A critical study*. International Universities Press.
- Friedman, M., Bowden, V., and Jones, E. (2002). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice* (5th Edition. New Jersey: Prentice Hall/Pearson Education.
- Fu, F., Chow, A. (2017). Traumatic exposure and psychological well-being: The moderating role of cognitive flexibility. *Journal of Loss and Trauma*, 22(1), 24-35. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2016.1161428>
- Fulton, P. R., Seigel, R. D. (2005). Buddhist and Western psychology: Seeking common ground. In C. K. Germer, R. D. Seigel, & P. R. Fulton (Eds.) *Mindfulness and PsychoNyanaponika Therapy* (pp.55–72) New York: Guilford Press.

- Gabrys, R. L., Tabri, N., Anisman, H., Matheson, K. (2018). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: The cognitive control and flexibility questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 9, 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>
- Ganguly KK, Chadda RK, Singh TB. (2010). Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study. ***American Journal of Psychiatric Rehabilitation***, 13(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/15487761003757009>
- Gater, A., Rofail, D., Tolley, C., Marshall, C., Abetz-Webb, L., Zarit, S.H., Berardo, C.G. (2014). "Sometimes it's difficult to have a normal life": Results from a qualitative study exploring caregiver burden in Schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 1-13. doi: 10.1155/2014/368215.
- Gel, K.T., Kesgin, M.T. (2017). "İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4), 267-278.
- Gemicioğlu, B. (2024). The role of mindfulness in stress reduction for caregivers. *Psychiatry Research*, 303, 114134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114134>.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness. *Insight Journal*, 22, 24-29.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford Press.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness: What Is It? What Does It Matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (p. 3–27). New York: Guilford Press.
- Germer, C.K., Neff, K. (2020). *Öz şefkatli farkındalık uygulama rehberi*. 1. Baskı, Çev FT Altun, İstanbul: Diyojen Yayın.
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., and Phang, C. K. (2019). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28(21-22), 3747-3758. DOI: 10.1111/jocn.14987

- Ghebreyesus, T. A. 2019. *The who special initiative for mental health (2019-2023)*. Universal Health Coverage for Mental Health. <https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-> (2019-2023).
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A Biopsychosocial Approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research And Use In Psycho Nyanaponika Therapy* (pp. 9-74). Hove: Routledge.
- Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gillen, N.D. (2023). *Schizophrenia & Related Disorders: A Handbook for Caregivers* (1th edition). New York: Barnes & Noble Booksellers, Inc.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., DeVoss, D., Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1105–1117. doi: 10.1188/04.ONF.1105-1117
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Prentice Hall.
- Gokeen, E., Petrides, K., Hudry, K., Frederickson, N. Smillie, L. (2014). Sub- hreshold autism trait: The role of trait emotional intelligence and cognitive flexibility. *British Journal of Psychology*, 105, 187–199. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/bjop.12033>
- Goodridge, D., Reis, N., Neiser, J., Haubrich, T., Westberg, B., Erickson-Lumb, L., Osgood, N. (2021). An app-based mindfulness-based self-compassion program to support caregivers of people with dementia: Participatory feasibility study. *JMIR Aging*, 4(4), e28652.
- Gotink, R.A., Meijboom, R., Vernooij, M.W., Smits, M., Hunink, M.G.M. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – A systematic review. *Brain and Cognition*, 108, 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.07.001>

- Greenberg, J., Shapero, B.G., Mischoulon, D., Lazar, S. W. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressed Individuals Improves Suppression of Irrelevant Mental-Sets. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(3), 277-282. doi:10.1007/s00406-016-0746 x
- Greenberg, L.S. (2012). *Duygu odaklı terapi* (1. Baskı, ss 71.). İstanbul: İklim Ofset, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., and Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255- 274.
- Griffin, R. W. (1990). *Management*. (Third Edition). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., and Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and well-being? A systematic re- view and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.011>
- Gümüş AB. (2006a). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 8(1), 23-34.
- Gülseren, L., Cam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danaci, A. E., Cubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, S., & Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203–212.
- Gümüş, F. (2006b). Mental hastalıkların tedavisinde ailelerin rolü ve bakım verenlerin eğitim ihtiyaçları. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 15(3), 122-130.
- Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- Hamed, W.E., Kamel, N.A., Kappi, A.A., Babegi, A.S., DAilah, H.G., El-Etreby, R.R. (2024). The role of mindfulness and cognitive fusion in predicting self-compassion among patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 24, 769. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06204-1>
- Hanh, T. N. (1987). *The miracle of mindfulness: An introduction to the practice of meditation*. Boston: Beacon Press.

- Harris, R. (2013). *The happiness trap: How to stop struggling and start living*. Boston: Shambhala Publications.
- Harris, R. (2016). *Kabul ve kararlılık terapisi. ACT'i kolay öğrenmek: ilkeler ve ötesi için hızlı bir başlangıç*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2013). *Rule-Governed Behavior: Cognition, Contingencies, and Instructional Control*. New York: Springer Publishing Company.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., and Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L., and Dyck, D. G. (2004). Impact of Multiple-Family Groups for Outpatients With Schizophrenia on Caregivers' Distress and Resources. *Journal of Psychiatric Services*, 55(1), 35–41.
- Hazlett-Stevens, H., Singer, J., Chong, A. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 347–358. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1518282>
- Hefferon, K., Boniwell, I. (2018). *Pozitif psikoloji*. (Çev. E. Doğan T., 1. Baskı) Ankara: Nobel Yaşam.
- Hesse-Biber S., Leavy P. (2006). *The practice of qualitative research*. California: Sage Publications, pp 24-25.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., and Oh, D. (2010). The effect of Mindfulness-Based Therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183. doi: 10.1037/a0018555

- Hofmann, S.G., Gómez, A.F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics North America*, 40, 739-749. doi:10.1016/j.psc.2017.08.008
- Holt-Lunstad, J. (2022). Social Connection as a Public Health Issue: The Evidence and a Systemic Framework for Prioritizing the "Social" in Social Determinants of Health. *Annual Review of Public Health*, 43, 193-213.
- Horner, J., Piercy, B., Eure, L., Woodward, E. (2014). A Pilot Study to Evaluate Mindfulness as A Strategy to Improve Inpatient Nurse and Patient Experiences. *Applied Nursing Research* 27(3), 198-201. doi:10.1016/j.apnr.2014.01.003
- Hou, R. J., Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Hung, A. T., Lo, H. H. M., Chan, P. H., Helen, S., ... (2013). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45-53. <https://doi.org/10.1159/000353278>
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., Barret, F.L., ... (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *Neuroimage Clin*, 2, 448–458. doi: 10.1016/j.nicl.2013.03.011
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L. and Tsai, Y. F. (2020). Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 29, 2745–2757.
- Hsiao, C-Y., Lu, H-L., Tsai, Y-F. (2020). Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5):572–83. <https://doi.org/10.1111/jpm.12608>.
- Huppert, F.A. and So, T.T.C. (2020). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861.
- Işık, R. (2023). *Bilinçli farkındalık yaklaşımı ve uygulamaları eğitim kitapçığı*. <https://rayp.adalet.gov.tr/resimler/581/dosya/bilincli-farkindalik20-05-20214-39-pm.pdf> adresinden erişildi.

- İlgar, Ö. (2001). *Örgütsel stresin çalışan kadınlar üzerindeki etkileri ve stresle başa çıkma yolları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İnce, S.Ç., Günüşen, N.P., Serçe, Ö. (2019). Perception of physical health by patients with severe mental illness and their family caregivers: A qualitative study. *Perspect Psychiatr Care*, 1-10. DOI: 10.1111/ppc.12416
- Jewell, T.C., Downing, D., McFarlane, W.R. (2009). Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(8), 868-878.
- Jeyagurunathan, A., Sagayadevan, V., Abdin, E., Zhang, Y., Chang, S., Shafie, S., Rahman, R.F.A., ... (2017). Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health Qual Life Outcomes*; 15, 106.
- Jiménez-Gómez, L., Yela, J.R., Crego, A., Melero-Ventola, A.R., Gómez-Martínez, M.A. (2022). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) vs. the Mindful Self-Compassion (MSC) Programs in Clinical and Health Psychologist Trainees. *Mindfulness*, 13, 584–599. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01814-2>
- Johanson, G. J. (2006). The Use of Mindfulness in Psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9(2), 15-24.
- Johnson, B., Christensen, L. (2014). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches* (5th ed.). Needham Heights, MA: Allyn ve Bacon.
- Jones, J. S., Jones, J. S., and Beauvais, A. M. (2022). *Psychiatric mental health nursing: An interpersonal approach*. Jones & Bartlett Learning.
- Jungbauer, J., Stelling, K., Dietrich, S., Angermeyer, M.C. (2004). Schizophrenia: problems of separation in families, *Journal of Advanced Nursing*, 47(6):605–13.
- Kaba, İ. (2019). Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme, *Akademik Bakış Dergisi*, 63-81.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on The Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2019). *Yeni başlayanlar için farkındalık* (1. Baskı). İstanbul: Pegasus Yayınları.
- Kabat-Zinn, J. (2021). *Mindfulness'in iyileştirici gücü* (1. Baskı). İstanbul: Diyojen Yayıncılık.
- Kahya, M. (2024). *Aile Bakım Vericilerine Uygulanan Şizofreni ile Yaşamda Bilinçli Farkındalık Psikoeğitim Programının Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.
- Kaisti, I., Kulmala, P., Hintsanen, M., Hurtig, T., Repo, S., Paunio, T., Miettunen, J., ...(2023). The effects of mindfulness-based interventions in medical students: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 29(1), 245–271.
- Kalayci, E., Uzunaslana, İ., Uzunaslana, Ş. (2023). Caregiver burden experiences of caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative inquiry, *International Journal of Social Psychiatry*, 69(3) 543– 550. DOI: 10.1177/00207640221114564
- Kang, Y.S., Choi, S.Y., Ryu, E. (2009). The Effectiveness of A Stress Coping Program Based on Mindfulness Meditation on The Stress, Anxiety, and Depression Experienced by Nursing Students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-43. doi:10.1016/j.nedt.2008.12.003

- Kaplan, A., Laygo, R. (2003). Stress management. içinde W. O'Donohue, J.E. Fisher, S.C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. (pp. 411-416). Hoboken, NJ: Wiley.
- Karagöz, Y. (2017). *Bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği* (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademi.
- Karahan, S., Uca, S., GÜdük, T. (2022). Nitel araştırmalarda görüşme türleri ve görüşme tekniklerinin uygulanma süreci/ Interviews and interviewing techniques in qualitative research, *Nitel Sosyal Bilimler*, 4(1), 78-101.
- Karaman, M.A. (2019). Ergenlerle Diyalektik Davranış Terapisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14(20), 2098-2120. doi: 10.26466/opus.604025
- Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 380-8.
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 14(4), 353–363. <http://dx.doi.org/0.1037/a0027770>
- Kausar, R. (2010). Perceived stress, academic workloads and use of coping strategies by university students, *Journal of Behavioral Sciences*, 20(1), 31-45.
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Akım Veren Yakınlarının Akım Yüklü*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L. and Gilbert, P. (2009). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–55.
- Kendirkıran, G. (2020). *Bilinçli farkındalık girişiminin lise öğrencilerinde yeme alışkanlığı ve beden imgesi üzerine etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2020). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.

- Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., and Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Keyinci, C. (2017). Aristoteles'in Solon'u: mutluluk ve akıbeti üzerine. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 57(82), 1463-1473.
- Khalatbary J, Ghorbanshiroudi S. (2016). Effectiveness of stress coping skills training with psycho-educational approach among caregivers of schizophrenic patients on family function and psychological wellbeing. *Journal of Holist Nursing and Midwifery*, 26, 46-54.
- Khater, W.A, Akhu-Zaheya, L.M., and Shaban, I.A. (2014). Sources of Stress and Coping Behaviours in Clinical Practice among Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(6), 194–202.
- Kızılırmak, B., and Küçük, L. (2016). Care burden level and mental health condition of the families of individuals with mental disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 47–54.
- Killingsworth, M. A., and Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. <https://doi.org/10.1126/science.1192439>
- Kim, H., Kim, S. (2019). The effect of Korean mindfulness-based stress reduction program on perceived stress and depression for mothers of children and adolescents with a mental disorder. *Perspectives in Nursing Science*, 16(2), 65-74. doi:10.16952/pns.2019.16.2.65
- Kirkpatrick, K.L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention*. The University of Texas at Austin.
- Kojima, Y., Yamada, S., Kamijima, K., Kogushi, K., Ikeda, S. (2024). Burden in caregivers of patients with schizophrenia, depression, dementia, and stroke in Japan: comparative analysis of quality of life, work productivity, and qualitative caregiving burden. *BMC Psychiatry*, 24, 591. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06000-x>

- Kor, P.P.K., Liu, J.Y.W., Chien, W.T. (2021). Effects of a Modified Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Family Caregivers of People With Dementia: A Randomized Clinical Trial. *The Gerontologist*, 61(6), 977–990. doi:10.1093/geront/gnaa125
- Koukia E, Madianos MG. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 415–22.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Lionis, C., and Vgontzas, A. N. (2016). Family functioning in first-episode and chronic psychosis: The role of patient's symptom severity and psychosocial functioning. *Community Mental Health Journal*, 52(6), 710–723.
- Körükçü, Ö. ve Kukulu, K. (2015). Beden-Zihin-Ruh Bütünlüğünü Korumaya Yönelik Bir Program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 68-80. doi:10.5455/cap.2014050403181
- Kral, T. R.A., Schuyler, B. S., Mumford, J. A., Rosenkranz, M. A., Lutz, A. and Davidson, R. J. (2018). Impact of short- and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. *NeuroImage*, 181, 301–313. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.07.013>
- Kriakous, S.A., Elliott, K.A., Lamers, C., Owen, R. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review, *Mindfulness*, 12, 1–28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- Kum, N. (1996). *Psikiyatri hemşireliği el kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- Kumar, C.N., Suresha, K.K., Thirthalli, J., Arunachala, U., Gangadhar, B.N. (2015). Caregiver burden is associated with disability in schizophrenia: Results of a study from a rural setting of South India. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61, 157-63.
- Landon J, Pike B, Diesfeld K, Shepherd D. (2016). The experiences of parents providing support to adult children with schizophrenia, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(4):385–99.

- Lange, F., Seer, C., and Kopp, B. (2017). Cognitive flexibility in neurological disorders: Cognitive components and event-related potentials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 496-507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.09.011>
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., Pardow, A., ... (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1967-7>
- Langer, Á.I., Cangas, A.J., Salcedo, E., Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 105-109.
- Lee, E.-J., DeDios, S., Fong, M. W., Simonette, C. and Lee, G. K. (2013). Gender differences in coping among spousal caregivers of persons with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation*, 79(4), 46.
- Leech, N. L., Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality and Quantity: International Journal of Methodology*, 43, 265- 275.
- Lefley, H.P. (2010). Treating difficult cases in a psychoeducational family support group for serious mental illness. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(4), 253-268.
- Lemoult, J., Battaglini, A.M., Grocott, B., Jopling, E., Rnic, K. and Yang, L. (2023). Advances in stress and depression research. *Current Opinion in Psychiatry*, 36, 8–13.
- Levine, T.B.Y. (2012). *Gestalt therapy: Advances in theory and practice*. USA and Canada: Routledge.
- Liman, T. (2021). *Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Girişiminin Çocuk Hemşirelerinin Psikolojik Dayanıklılığı Üzerine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı, İstanbul.
- Lin, L., He, G., Yan, J., Gu, C., Xie, J. (2019). The effects of a modified mindfulness-based stress reduction program for nurses: a randomized controlled trial. *Workplace Health Saf*, 67, 111–22.

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liu, M., Clinton, E., Lambert, V. (2007). Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 86-95.
- Liu, N., Zhang, J. (2019). Experiences of caregivers of family member with schizophrenia in China: A qualitative study, *Perspect Psychiatr Care*, 1–12. DOI: 10.1111/ppc.12412
- Liu, Z., Heffernan, C., and Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Lo, H.H.M., Ho, W.C., Lau, E.N.S., Lo, C.W., Mak, W.W., Ng, S.M., Wong, S.Y. (2019). A brief mindfulness-based family psychoeducation intervention for Chinese young adults with first episode psychosis: a study protocol. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13. doi:10.3389/fpsyg.2019.00516
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., and Eiroa-Orosa, F.J. (2019). A Systematic review and meta-analysis of the impact of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare professionals. *Mindfulness*, 10, 1193–1216. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1062-5>
- Lopez, L., Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O., and Páramo, M. (2020). Long-term effects of a cognitive behavioral conference call intervention on depression in non-professional caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8329. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228329>
- Lowyck, B., Hert, M. De, Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., and Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Journal of European Psychiatry*, 19, 395–401. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.04.006>
- Lök, N., Bademli, K. (2024). The Effect of a Mindful Self-Compassion Intervention on Burden, Express Emotion and Mental Well-Being in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Community Ment Health J*, 60, 997–1005. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01253-y>

- Lök, N., Bademli, K., Lök, S. (2023). The effect of a physical activity intervention on burden and healthy lifestyle behavior in family caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.006>
- Lök, S., and Lök, N. (2016). Kronik psikiyatri Hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz Programlarının Etkinliği: Sistematiğ derleme. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 354–366. <https://doi.org/10.18863/pgy.253440>
- Lutz, A., Jha, A. P., Dunne, J.D., and Saron, C.D. (2015). Investigating the phenomenological matrix of mindfulness-related practices from a neurocognitive perspective. *American Psychologist*, 70, 632–658. doi: 10.1037/a0039585 doi: 10.1037/a0039585
- Mackenzie, C.S., Poulin, P.A. and Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Maldonado, J., and Urizar, G. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16(3), 435-442. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9173-9>
- Malinauskas, R., Dumciene, A. (2016). Psychological wellbeing and self-esteem in students cross the transition between secondary school and university: a longitudinal study. *Psihologija, Onlinefirst*, 1-16.
- Malki, S.T., Johansson, P., Andersson, G., Andreasson, G., Mourad, G. (2025). Caregiver burden, psychological well-being, and support needs among Swedish informal caregivers. *BMC Public Health*, 25, 867. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22074-y>
- Malla, A.A., Bhat, N.M., and Wagay, Z.A. (2015). A study of coping styles and stress tolerance in the caregivers of schizophrenic patients. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 341–348.
- Mallya, S., Fiocco, A.J. (2017). Impact of informal caregiving on cognitive function and well-being in Canada. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 1049 – 1055. doi:10.1017/S1041610217002605

- Maltby, J., Day, L., McCutcheon, L. E., Martin, M. M., & Cayanus, J. L. (2004). Celebrity worship, cognitive flexibility and social complexity. *Personality and Individual Differences*, 37, 1475-1482. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.02.004>
- Mammen, G., and Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649–657.
- Manesh, A.E., Dalvandi, A., Zoladl, M. (2024). Barriers to Caregiver preparedness from the perspective of family caregivers and healthcare providers of people with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 15(3), 327-335. DOI: 10.14744/phd.2024.39260
- Martin, M.M. and Rubin, R.B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*, 76(2), 623-626.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Mauricio, D. (2020). *Mindfulness meditation for beginners: 50 meditations to practice awareness, acceptance, and peace*. California: Rockridge Press.
- May, R. and Yalom, I. (1989). Existential Psychotherapy. In R.J. Corsini, D. Wedding (Eds), *Current PsychotheFrapies*, (pp. 363-402). FE Peacock Publishers.
- McClintock, A.S., Rodriguez, M.A., and Zerubavel, N. (2019). The effects of mindfulness retreats on the psychological health of non-clinical adults: A meta-analysis. *Mindfulness*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01123-9>
- McCracken, K. (2016). *More present, more effective: applying the benefits of mindfulness to the adult-child relationship*. <https://tcfymca.org/wp-content/uploads/sites/22/2017/05/McCracken-More-Present-More-Effective.pdf>
adresinden erişildi.
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., and Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 28-35. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.11.003

- McEwen, B.S. (2019). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(3), 401-410. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.04.002>
- McWhirter, B.T., Page, G.L. (1999). Effects of anger management and goal setting group interventions on state-trait anger and self-efficacy beliefs among high risk adolescents. *Current Psychology*, 18(2), 223-237.
- Meng, N., Chen, J., Cao, B., Wang, F., Xie, X., Li, X. (2021). Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning. *Journal of Medicine*, 5, 1–8.
- Merriam S.E. (2018). *Nitel Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber* (3. Baskı, ss 161-229.), Turan S. (Edt), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Miklowitz, D.J. (2020). Psychoeducation for bipolar disorder: Theory, practice, and evidence. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 23-34. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30476-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30476-4)
- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. California: Sage Publications.
- Miller, J.J., Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year Follow-Up and Clinical Implications of A Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in The Treatment of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200. doi:10.1016/0163-8343(95)00025-m
- Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I. (2011). Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia: an analysis of the husbands' descriptions of their experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 366–75.
- Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I., Kamizawa, N. (2012). Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 295–306. DOI: [10.1016/j.apnu.2012.01.003](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.01.003)
- Mohamed, R.S., Mahmoud, N.Z., Mahmoud, D.A.M., Eissa, M.F., Zohdy, Y.W., Hafez, Y.S. (2023). Coping strategies and burden stress in caregivers of patients with schizophrenia and patients with bipolar disorder. *Middle East Current Psychiatry*, 30, 102. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00366-6>

- Monin, J. K., Schulz, R. (2009). Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology and aging*, 24(3), 681-695. doi:10.1037/a0016355
- Moore, A., and Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.12.008>
- Moore, S., Barbour, R., Ngo, H., Sinclair, C., Chambers, R., Aret, K., Hassett, C., Playford, D. (2020) Determining the feasibility and effectiveness of brief online mindfulness training for rural medical students: a pilot study. *BMC Medical Education*, 20, 104.
- Mora-Castaneda B, Márquez-González M, Fernández-Liria A, de la Espriella R, Torres N, Borrero AA. (2018). Clinical and demographic variables associated with coping and the burden of caregivers of schizophrenia patients. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47, 13-20.
- Morgan, T.M. and Case, L.D. (2013). Conservative Sample Size Determination for Repeated Measures Analysis of Covariance. *Annals of Biometrics Biostatistics*, 1(1), 1002.
- Morris, A. (2015). *A practical introduction to in-depth interviewing*. Londra: Sage Publications.
- Morton, J.B., Ezekiel, F. and Wilk, H. A. (2011). Cognitive control: easy to identify but hard to define. *Topics In Cognitive Science*, 3(2), 212–216. <https://doi.org/10.1111/j.1756-8765.2011.01139>
- Mulud, Z. A. and McCarthy, G. (2017). Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: Testing the moderation and mediation models of resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.019>
- Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K. and Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>
- National Center for Biotechnology Information. (2023). Supporting family caregivers in providing care. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/> adresinden erişildi.

- Navidian, A., Zaheden, F.B. (2008). Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 23(1), 19-28.
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., and Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- Neff, K.D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 1, 7(1), 264–74.
- Neff, K.D., Hsieh, Y.P., and Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self Identity*, 1, 4(3), 263–87.
- Neff, K.D., Rude, S.S., ve Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self- compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–16.
- Neff, N., Germer, C. (2018). *The mindful self-compassion workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. New York: The Guilford Press.
- NHS. (2017). Mindfulness based stress reduction 8 week programme: course handbook. 21 Aralık 2023 tarihinde <https://mindfulness.nhs.uk/media/2112/ms-mbsr-manual-rebuilt-280120.pdf> adresinden erişildi.
- Ninivaggi, F.J. (2019). *Learned mindfulness: physician engagement and md wellness*. UK: Oxford Academic Press.
- Nuraini, T., Tumanggor, R. D., Hungerford, C., Lees, D., and Cleary, M. (2021). Caregiver burden for people with schizophrenia in Medan, Indonesia. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(8), 790–793.
- O'Donohue, W.T., Fisher, J.E. (2008). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice* (1. Edition, pp, 533-539). USA: John willey&Sons.

- O'Doherty, V., Carr, A., McGrann, A., O'Neill, J. O., Dinan, S., Graham, I., and Maher, V. (2015). A Controlled Evaluation of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients With Coronary Heart Disease and Depression. *Mindfulness*, 6(3), 405–416.
- Okçin, F. (2007). *Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Olton David, S., and Aaron R Noonberg. (1980). Biofeedback, Clinical Applications in Behavioral Medicine: Clinical Applications in Behavioral Medicine. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Onbaşıoğlu, M. (2004). Stresle Başetmede zihinsel yöntemler. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 103-127.
- Ong, N.Y., Teo, F.J.J., Ee, J.Z.Y., Yau, C.E., Thumboo, J., Tan, H.K, Ng, Q.X. (2024). Effectiveness of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *General Psychiatry*, 7, 37, 3:e101115. doi:10.1136/gpsych-2023-101115
- Onwumere, J., Howes, S., Shiers, D., and Gaughran, F. (2018). Physical health problems in people with psychosis: The issue for Informal carers. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 381–388.
- Onwumere, J., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afsharzagdegan, R., Souray, J., Raune, D. (2018). Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 19-24.
- Onyia, C.O., Lethole, J.S., Olorunfemi, G., Ngene, N.C. (2024). Caregiver burden and its sociodemographic determinants in family caregivers of patients with schizophrenia attending a psychiatric tertiary hospital in South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 30(0), <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v30i0.2252>
- Orak, O.S. and Sezgin, S. (2015). Caregiver burden in family members of cancer patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 33-39. doi:10.5505/phd.2015.02986
- Orak, S.O. (2016). *Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, (Editör: Gürhan, N. 3-15). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

- Öner, K. (2022). *Hemşirelik Öğrencilerine Uygulanan Stres Yönetimi Eğitiminin Algılanan Stres, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Benlik Saygısı, Mutluluk ve Genel Sağlıklarına Etkisi*. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öst, L.G. (2014). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Özbey, B. (2023). *Ciddi Ruhsal Hastalık Tanısı Olan Bireylerin Yaşam Deneyimleri: “Eskisi Gibi Değilim”*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Özdamar, K. (2013). *SPSS ile biyoistatistik* (9. Baskı). Ankara: Nisan Kitabevi.
- Özdemir, A. (2020). *Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi*. Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
- Özdemir, A.A., and Kavak Budak, F. (2022). The effects of mindfulness-based stress reduction training on hope, psychological well-being, and functional recovery in patients with schizophrenia. *Clinical Nursing Research*, 31(2), 183-193. doi:10.1177/10547738211039069.
- Özlü, A., Yıldız, M., and Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 38–42.
- Özok, H.İ. ve Tanhan, F. (2018). Kültüre Duyarlı Hazırlanan Stres Azaltma Programında Bilinçli Farkındalık Unsurları ve Türk Kültüründeki Karşılıkları. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(30), 4469-4480. doi:10.26450/jshsr.933
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (15. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özyeşil, Z. (2011a). *Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Özyeşil, Z. (2011b). *Özanlayış ve bilinçli farkındalık* (1. Baskı). Ankara: Maya Akademi.

- Paller, K.A., Creery, J.D., Florczak, S.M., Weintraub, S., Mesulam, M. M., Reber, Kiragu, J., ... (2015). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 257-267. doi:10.1177/1533317514545377.
- Palmer S, Cooper C. (2021). How to Deal With Stress. Çeviri: Anlatan Ö. *Stres Yönetimi* (1. Baskı). İstanbul: Nova Kitap.
- Pamela L. Truscott. (2024). Effects of mindfulness-based stress reduction programs on Nurses' perceived stress levels. *Geriatric Nursing, Volume 58*, 512-517. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.026>.
- Pargament, K. I. (2021). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Press.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., and Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. doi: 10.1093/geront/30.5.583.
- Peker Akman, T., and Demir, M. (2021). The relationship between mindfulness and cognitive flexibility of university students. *Life School Journal of Psychology*, 5(9), 11–20.
- Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M.A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 43-48.
- Pelham, B. W., Swann, W.B., Jr. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672-680.
- Penque, S. (2019). Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nursing Management*, 50(5), 38. doi: 10.1097/01.NUMA.0000557621.42684.c4
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: The Gestalt Journal Press.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. California: Real People Press.

- Perz, J., Ussher, J. M., Butow, P., Wain, G. (2011). Gender differences in cancer carer psychological distress: an analysis of moderators and mediators. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 610-619. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01257.x.
- Petruzzello, S.J., Landers, D.M., Salazar, W. (1991). Biofeedback and sport/exercise performance: Applications and limitations. *Behavior Therapy*, 22(3), 379-392.
- Phan, M.L., Renshaw, T.L., Caramanico, J., Greeson, J.M., MacKenzie, E., Atkinson-Diaz, Z., Doppelt, N., ... (2022). Mindfulnessbased school interventions: A systematic review of outcome evidence quality by study design. *Mindfulness*, 13(7), 1591-1613. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01885-9>
- Phyllis ME, Bertha LD, Pamela VH, Esther, H.C., Zina, T.M. (2011). Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1–12. <http://doi.org/10.1155/2011/392705>.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2007). Correlates of caregiving stress and well-being in caregivers of older adults: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 126-137.
- Pipe, T.B., Bortz, J.J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., Summers, J. (2009). Nurse Leader Mindfulness Meditation Program for Stress Management: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nursing Administration*, 39(3), 130-137. doi:10.1097/NNA.0b013e31819894a0
- Pitkänen A, Puolakka K. (2013). Effectiveness of psychological and psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(6):157-168.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bender, W. (2009). Family interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 14-21. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn111>

- Polizzi, C., Lynn, S. J. and Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of covid-19: pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 59-62. doi.org/10.36131/CN20200204
- Pollak, S.M., Pedulla, T., Siegel, R.D. (2019). *Mindfulness* (1. Baskı). İstanbul: Apamer Psikoloji Yayınları.
- Pompeo, D.A., Carvalho, A., Olive, A.M., Souza, M.G.G., Galera, S.A.F. (2016). Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, 2799. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>
- Powers, M.B., Vörding, M.B.Z.V.S., Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80.
- Pruessner, L., Barnow, S., Holt, D. V., Joormann, J., Schulze, K. (2020). A cognitive control framework for understanding emotion regulation flexibility. *Emotion*, 20(1), 21. <https://doi.org/10.1037/emo0000658>
- Putri, U. N., Bintari, D. R. (2017). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for reducing stress among informal caregivers of schizophrenia*. In 1st International Conference on Intervention and Applied Psychology (pp. 451-462). Indonesia: Atlantis Press.
- Qasim, A. and Abdullat, S. (2018). Psychological happiness in its relationship with cognitive flexibility and selfconfidence among a sample of graduate students at Sohag University. *Educational Journal-Sohag University*, 53, 79–145. Retrieved from <http://search.mandumah.com/Record/917311>.
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., and John, M., (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394.
- Raab, K., Sogge, K., Parker, N., and Flament, M. F. (2015). Mindfulnessbased stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Mental Health, Religion & Culture*, 18, 503–512. doi: 10.1080/13674676.2015.1081588

- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. ve Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250–255.
- Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. (2016). The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. *Hayat*, 21, 65-79.
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J. and Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378.
- Recabarren, R. E., Gaillard, C., Guillod, M. and Martin-Soelch, C. (2019). Short-Term Effects of a Multidimensional Stress Prevention Program on Quality of Life, Well-Being and Psychological Resources. A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 88. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00088>
- Reibel, D., McCown, D. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction: Theory, practice and evidence base. İçinde I. Itzvan (Ed.), *Handbook of Mindfulness-Based Programmes: Mindfulness interventions from Education to Health and Therapy*. London: Routledge.
- Reinares, M., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Colom, F., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, ... (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of Affective Disorders* 94, 94, 157–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.022>
- Riper, M.V. (2007). Families of children with down syndrome: Responding to “A change in plans” with resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 116–28.
- Roemer, L., Orsillo, S.M., Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089. doi:10.1037/a0012720
- Rose LE. (1997). Caring for caregivers: Perceptions of social support. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35, 17–24.
- Rowshan A. (2020). *Stres yönetimi Hayatınızın Sorumluluğunu Almak İçin Stresi Nasıl Yönetebilirsiniz* (Çeviri: Cüceloğlu Ş. 4. Basım). İstanbul: Agora Kitaplığı.

- Ryan, R.M. Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(57), 1069-1081.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83, 10-28.
- Ryff, C.D. Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-27. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C.D., Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, C.D., Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 16(9), 3-39.
- Sabancıoğulları, S., Pınar, Ş.E. (2020). Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 109-118. DOI: 10.17049/ataunihem.588211
- Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması-2. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr>
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Çok paydaşlı sağlık sorumluluğunu geliştirme programı 2013-2023* (S. Özkan., T. Bahçebaşı., S. Görpelioğlu., M. Topbaş., S. Çom., H. Irmak., H. İlter. D. Çamur (eds.). Anıl Matbaacılık.
- Sakki, S. E., Penttinen, H. M., Hilgert, O. M., Volanen, S. M., Saarto, T., Raevuori, A. (2022). Mindfulness is Associated with Improved Psychological Well-being but No Change in Stress Biomarkers in Breast Cancer Survivors with Depression: a Single Group Clinical Pilot Study. *BMC Women's Health*, 22(1), 518. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02116-y>

- Santorelli, S.F., Meleo-Meyer, F., Koerbel, L. (Ed.). (2017). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide*. <https://www.tarkustekool.ee/wp-content/uploads/2021/09/CFM-Teaching-UMass-MBSR-Curriculum-Teaching-Guide-2017.pdf> adresinden erişildi.
- Saunders, J.C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Mental Health Nursing*, 24, 175-98.
- Saunders, K. J., Kashubeck-West, S. (2006). The relations among feminist identity development, gender-role orientation, and psychological well-being in women. *Psychol Women Q*, 30, 199-211.
- Sbarra, D.A., Smith, H.L., Mehl, M.R. (2012). When Leaving Your Ex, Love Yourself: Observational Ratings of Self-Compassion Predict the Course of Emotional Recovery Following Marital Separation. *Psychological Science*, 1, 23(3), 261–9.
- Schafer, W. (1987). *Stress management for wellness*. New York: Mc Graw Hill.
- Schinnar, A.P., Rothbar, A.B., Kanter, R., Jung, Y.S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608.
- Schneiderman, N., Ironson, G., Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.
- Schulze, B., Rössler, W. (2006). Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 47-58.
- Seaward, B.L. (2013). *Managing Stress*. USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford.
- Seligman, M. E., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5
- Sethabouppha, H., Kane, C. (2005). Caring for the seriously mentally ill in Thailand: Buddhist family caregiving, *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(2):44–57.

- Seyhan, N. (2007). *Halk-polis karşılaşmasında stres faktörü: stat örneği uygulaması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4), 239–245.
- Shapiro, D.H. (1992). A preliminary study of long-term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23–39.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., Freedman, B. (2005). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shim, M., Tilley, J. L., Im, S., Price, K., Gonzalez, A. (2021). A Systematic review of mindfulness-based interventions for patients with mild cognitive impairment or dementia and caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 34(6), 528–554.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, D. J., Siegel, M. D., Germer, C. K. (2009). *Mindfulness and psychotherapy: New directions*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, R.D. (2010b). *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems*. New York: The Guilford Press.
- Siegel, R.D., Germer, C.K., Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is It? Where Did It Come from? In F. Didonna (Ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17-35). New York: Springer Publishing Company.
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24.
- Sirois FM, Molnar DS, Hirsch JK. (2015). Self-Compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self Identity*, 14(3), 334–47.

- Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G.F., Casini, A., Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *Journal of Internal Medicine*, 269, 107–117.
- Song, M. (2011). Mindfulness-based stress reduction for nurses. *Journal of Nursing*, 29(4), 123-130.
- Soni, A., Rajesh, K., Das, A. (2024). Experiences of the family caregivers of persons with schizophrenia in north Indian region: A qualitative inquiry. *Archives of Psychiatric Nursing*, 51, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.05.005>
- Spiro, R. J. ve Jehng, J. C. (1990). Cognitive flexibility and hypertext: theory and technology for the nonlinear and multidimensional traversal of complex subject matter. In Nix, D. ve Spiro, R.J. (eds) *Cognition, Education, and Multimedia: Exploring Ideas in High Technology* (163- 205). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Springer, K.W., Pudrovskaya, T., Hauser, R.M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's Model of Psychological Well-being. *Social Science Research*, 40,392–398.
- Sreeja, I., Anne, J. (2013). Family caregiver burden in schizophrenia: A qualitative Study. *Nurs Educ*, 5, 214-7.
- Stahl, B., Goldstein, E. (2019). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Stahl, S.M., Schwartz, T.L. (2016). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Case Studies*. Cambridge University Press.
- Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative research in nursing*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins. ISBN-10: 0781796008.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Sunay, D., Şengezer, T., Oral, M., Aktürk, Z. (2013). CONSORT 2010 Raporu: Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2(1), 1-10.

- Surachman, A., Almeida, D. (2018). Stress and Coping Theory Across the Adult Lifespan. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. 1-26. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.341>
- Şengün, İ.F., Duman, Z.Ç. (2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 2005-211.
- Tamizi, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Mohammadi, E. and Bakhshi, E. (2020). Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Education Health Promotion*, 9(1), 12. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp35619>
- Tan, S. (2006). *Ergenlerde stresle başa çıkma tarzlarının atılabilirlik düzeyi ve bazı değişkenler açısından incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tan, S.C., Yeoh, A.L., Choo, I.B., Huang, A.P., Ong, S.H., Ismail, H., Ang, P.P., ... (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community, *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2410-8.
- Tang, Y.Y., Holzel, B.K., Posner, M.I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. doi:10.1038/nrn3916.
- Taren, A.A., Gianaros, P.J., Greco, C.M., Lindsay, E. K., Fairgrieve, A., Brown, K.W., Rosen, R.K., ... (2015). Mindfulness meditation training alters stress-related amygdala resting state functional connectivity: a randomized controlled trial. *Soc. Cogn. Affect. Neur*, 10, 1758–1768. doi: 10.1093/scan/nsv066
- Tashakkori, A., Creswell, J. W. (2007). The new era of mixed methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 3-7.
- Tatlılıoğlu, K. (2010). *Farklı öz-anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinin karar vermede öz-saygı, karar verme stilleri ve kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Konya.
- Tekin, I. (2018). Savunmacı kötümserliğin akademik başarı, bilişsel esneklik, kaygı ve kişilik açısından incelenmesi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Tel, H. (2023). Healing Effect of Psychosocial Interventions in Chronic Mental Illnesses. *Cumhuriyet Nursing Journal*, 7(2): 72-77.
- Telef, B.B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3): 374-84.
- Terakye, G. and Oflaz, F. (2007). A Historical Overview of Psychiatric Mental Health Nursing in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 36(3), 73–83. doi:10.2753/IMH0020-7411360309
- Terry, M.L., Leary, M.R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self Identity*, 10(3), 352–62.
- Thrush, A. and Hyder, A. (2014). The neglected burden of caregiving in low- and middle-income countries. *Disability and Health Journal*, 7(3), 262–272. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.01.003>
- Tickell, A., Ball, S., Bernard, P., Kuyken, W., Marx, R., Pack, S., Strauss, C., ... (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A Systematic Review. *Psychological Medicine*, 47(6), 1185-1194. Doi: 10.1007/s12671-018-1087-9
- Tkatch, R., Bazarko, D., Musich, S., Wu, L., MacLeod, S., Keown, K., Hawkins, K., ... (2017). A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 736-743. doi:10.1177/2156587217737204.
- Tomfohr-Madsen, L.M., Campbell, T.S., Giesbrecht, G.F., Letourneau, N.L., Carlson, L.E., Madsen J. W., Dimidjian, S. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress in Pregnancy: Study Protocol for A Randomized Controlled Trial. *Trials*, 17(1), 498-510. doi:10.1186/s13063-016-1601-0
- Torrijos-Zarcero M, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Río-Diéguez MD, López-Álvarez I, Rocamora-González C, Palao-Tarrero A. (2021). Mindful Self-Compassion program for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 25(4), 930-44.
- Toseland, R. W., Smith, G. C. and McCallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. In A. Gitterman (Ed.), *Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations* (2nd ed., pp. 548–582).

- Tsang, S.C.H., Mok, E.S.B., Lam, S.C., Lee, J.K.L. (2012). The Benefit of Mindfulness-Based Stress Reduction to Patients with Terminal Cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2690-2696. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04111.x
- Tutar, H. (2000). *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*, İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- TÜİK. (2019). *Türkiye sağlık araştırması*. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://data.tuik.gov.tr/bulten/index%3Fp%3Dturkey-health-survey-201933661&ved=2ahUKEwiYvIz9-t6MAxWezgIHHTr2ExIQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw2hMTxS4U-XVK1eXnZqvl6g> adresinden erişildi.
- TÜİK. (2021). *Türkiye İstatistik Kurumu Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2021* (Sayı No: 45832). 09, 09, 2024 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yasam-Memnuniyeti-Arastirmasi-2021-45832> adresinden erişildi.
- Türkiye Psikiyatri Derneği. (2020). *Ruh Sağlığını Güçlendirme Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*, Çeviri: Taycan, O., Çoşkun, B., Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. <https://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/th202003171807228.pdf> adresinden erişildi.
- Ukpong, D.I. (2012). Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 40-45.
- Uslu, F., Demir, E. (2023). Nitel Bir Veri Toplama Tekniği: Derinlemesine Görüşme, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 40(1), 289-299. doi:10.32600/huefd.1184085
- Uz Gül, E., Öztürk Can, D., Kılıçarslan Şahin, E., Şahin, Ş., Şimşek, E. (2014). Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 15-19.
- Üstündağ Budak, A.M. ve Özeke Kocabaş, E. (2019) Diyalektik Davranış Terapisi ve Beceri Eğitimi: Kullanım Alanları ve Koruyucu Ruh Sağlığındaki Önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 192-204. doi: 10.18863/pgy.411209

- Van den Hurk, D. G., Schellekens, M. P., Molema, J., Speckens, A. E., Van der Drift, M. A. (2015). Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative Medicine*, 29(7), 652-660. doi:10.1177/0269216315572720
- Van Der Lee, M. L., Garssen, B. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Chronic Cancer-Related Fatigue: A Treatment Study. *Psycho-Oncology*, 21(3), 264–272.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Pouwer, F. (2011). Testing the Effectiveness of A Mindfulness-Based Intervention to Reduce Emotional Distress in Outpatients With Diabetes (Diamind): Design A Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health*, 11(1), 131.
- Velentza, O. (2016). Social skills training in chronically mentally ill patients under psychosocial rehabilitation. *Sanitas Magisterium*, 2(1), 71–79. 148 <https://doi.org/10.12738/SM.2016.1.0019>
- VERBI Software. MAXQDA (2020). MAXQDA 2020 Analytics Pro [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available at: <https://www.maxqda.com>. Accessed on December 2, 2024.
- Vettese, L.C., Dyer, C.E., Li, W.L. and Wekerle, C. (2011). Does Self-Compassion Mitigate the Association Between Childhood Maltreatment and Later Emotion Regulation Difficulties? A Preliminary Investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 9(5), 480.
- Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E. and Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13, 1-264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.
- Vinci, C., Reblin, M., Bulls, H., Malkhasyan, L., Jim, H., Pidala, J., Cutolo, E. (2019). Understanding coping strategies of cancer caregivers to inform mindfulness-based interventions: a qualitative study. *European Journal of Integrative Medicine*, 30, 100936. doi:10.1016/j.eujim.2019.100936

- von Kardorff E, Soltaninejad A, Kamali M, Eslami Shahrababaki M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia – A qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 248-54.
- Walke, S.C., Chandrasekaran, V., Mayya, S.S. (2018). Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 9, 180-5.
- Ward, R.A. (2010). How old am I? Perceived age in middle and later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71, 67-184.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. doi:10.1037/0022-3514.64.4.678
- Wei, S. J., Cooke, M., Moyle, W. and Creedy, D. (2010). Health education needs of family caregivers supporting an adolescent relative with schizophrenia or a mood disorder in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(6), 418–428. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.04.003>
- White, L. (2019). Improving Nurse-Patient Communication Through Mindfulness. *Nursing Communication Quarterly*, 41(1), 45-52.
- Whitebird, R.R., Kreitzer, M., Crain, A.L., Lewis, B.A., Hanson, L.R., Enstad, C.J. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676–686. doi:10.1093/geront/gns126
- Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., and Davidson, R. J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 285–316. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423
- Wiens, S.E., Daniluk, J. (2017). Loss and change: the challenges of mothering an adult child with schizophrenia. *International Journal of Healthcare*, 3(1):26.
- Williams, M., Penman, D. (2020). *Mindfulness* (1st ed.). İstanbul: Diyojen Yayıncılık.
- Wolf, D.L. and Serpa, J.A. (2015). *Mindfulness-based stress reduction: A practical guide for clinicians*. New York: Springer Publishing Company.

- Wongtongkam, N., Day, A., Ward, P.R., Winefield, A.H. (2015). The Influence of Mindfulness Meditation on Angry Emotions and Violent behavior on Thai Technical College Students. *European Journal of Integrative Medicine*, 7(2), 124-130. doi:10.1016/j.eujim.2014.10.007
- World Health Organization. (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva.
- World Health Organization. (2021). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*, 2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> adresinden erişildi.
- Wright, L. M. and Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Yadava, A., Hooda, D., Sharma, N. (2012). *Biopsychosocial issues in positive health*. Delhi: Global Vision Publishing House.
- Yalom, İ. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi*. İstanbul: Kbalcı Yayınevi.
- Yao, H., Li, K., Li, C., Hu, S., Huang, Z., Chen, J., Xu, Y. (2024). Caregiving burden, depression, and anxiety in informal caregivers of people with mental illness in China: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 24, 824. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4>
- Yasuma, N., Sato, S., Yamaguchi, S., Matsunaga, A., Shiozawa, T., Tachimori, H., Watanabe, K., ... (2024). Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: a cluster randomised controlled trial, *BMC Psychiatry*, 24:445.
- Yavuz, K.F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.

- Yela, J. R., Gomez, M. A., Crego, A. and Jimenez, L. (2020). Effects of the mindful self-compassion program on clinical and health psychology trainees' well-being: A pilot study. *Clinical Psychologist*, 24, 41–54. <https://doi.org/10.1111/cp.1220>
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, M. ve Sarı, T. (2018). Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(4), 2502-2517.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., Pakyüz, S.Ç. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225. doi:10.5222/HEAD.2016.216
- Yıldız, M. (2018). *Şizofreni* (3rd ed.). İzmit: Umuttepe Yayınları.
- Yıldız, M.K. (2022). *Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Yaşlılarda Algılanan Stres Ve Geriatrik Depresyon Düzeyine Etkisi*. Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Samsun.
- Yıldız, S., Kazğan Kılıçaslan, A., Sırlılar Emir, B., Kurt, O., Uğur, K. (2023). Resilience, depression and burnout levels in caregivers of patients followed in the forensic psychiatry service. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 26, 201-208.
- Yorulmaz, E.T. (2021). *Hemşirelerde spiritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yu, Y., Tang, B. W., Liu, Z. W., Chen, Y. M., Zhang, X. Y. and Xiao, S. (2018). Who cares for the schizophrenia individuals in rural China-A profile of primary family caregivers. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 47-53.
- Yu, Y., Yu, Y. and Lin, Y. (2020). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1), 25-36. doi: 10.1080/13548506.2019.1601748

- Yurdaşık, Ö.E., İriz, F., Karaman, M.A., Bakırtaş, E., Atasayar, Ö. (2023). Psikolojik İyi Oluşun Eğitim Öğretim Süreçlerindeki Konumu, *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 10 (95), 1090-1098. <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.3659>
- Yüce, G.E., Döner, A., Bilgin, A.B., Muz, G. (2024). The effect of mindfulness-based interventions on caregiver burden, quality of life and psychological distress in caregivers of adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Worldv Evid-Based Nu*, 21, 528–541. DOI: 10.1111/wvn.12736
- Zarei, S., Lakhanpal, G., Sadavoy, J. (2022). Tele-Mindfulness for Dementia's Family Caregivers: A Randomized Trialwith a Usual Care Control Group. *Current Alzheimer Research*, 19(5), 364-372. e140522204784. DOI: 10.2174/1567205019666220514131015
- Zessin, U., Dickhäuser, O., and Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7 (3), 340-64. DOI:10.1111/aphw.12051.
- Zhang, D., Lee, E. K., Mak, E. C., Ho, C. Y. and Wong, S. Y. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41-57. doi:10.1093/bmb/ldab005
- Zhang, X., Ren, H., Wang, C., Zhang, Y., Zhou, Q. and Fan, J. (2024). The effect of mindfulness-based interventions on mental health outcomes and wellbeing of informal caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(4), 797–816. <https://doi.org/10.1111/inm.13295>
- Zhang, Z.J., Lo, H.H.M., Ng, S.M., Mak, W.W., Wong, S.Y.S., Hung, K.S. and Leung, B.F.H. (2023). The effects of a mindfulness-based family psychoeducation intervention for the caregivers of young adults with first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1018.

- Zong, J., Cao, X.Y., Cao, Y., Shi, Y.F., Wang, Y.N., Yan, C., Abela, J.R.Z., ... (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(66), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-66>
- Zou, Y., Li, P., Hofmann, S. G. and Liu, X. (2020). The mediating role of non-reactivity to mindfulness training and cognitive flexibility: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 1053. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01053>

EKLER

Ek 1.



Ek 2.



Ek 3.

**Ömer Uslu**
Ölçek Kullanım İzni
Kime: sibel.demirtas@alanya.edu.tr

11 Ocak 2024 20:18

Değerli Doç. Dr. Ayşe Sibel BİÇER Hocam

Ben Ömer USLU, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora öğrencisiyim ve tez dönemindeyim. Tez konum "KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMININ, BİLİŞSEL KONTROL VE ESNEKLİK, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE ÖZ ŞEFKAT ÜZERİNE ETKİSİ" incelemek amacıyla planlandı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği Türkçe Formu'nu tezimde kullanmak amacıyla izninizi istiyorum.

**AYŞE SİBEL BİÇER**
Ynt: Ölçek Kullanım İzni
Kime: Ömer Uslu

Ervelsi gün 23:11

Ömer merhaba.
Tabii ki kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

Doç. Dr. Ayşe Sibel BİÇER
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD
sibel.bicer@alanya.edu.tr
Kestel Mah. Üniversite Cad. No:80
Alanya/ Antalya
0 (242) 510 60 70 - 3040

A. Sibel BİÇER, Ph.D.
Associate Professor of Alanya Alaaddin Keykubat University
Faculty of Educational Sciences
Psychological Counseling and Guidance Department
sibel.bicer@alanya.edu.tr

Ömer Uslu <merr.uslu@gmail.com>, 11 Oca 2024 Per, 20:19 tarihinde şunu yazdı:

Ömer Uslu adlı kişiye ait metnin [Daha Fazlasını Gör](#)

Ek 4.



**Bulent Baki Telef**
Ynt: Ölçek Kullanım İzni Başvurusu
Kime: Ömer Uslu

Şuraya Taşı...

Gelen Kutusu - Google Dün 16:59

Merhabalar,

Ekte ölçeği, geçerlik ve güvenilirliğini gönderiyorum. Araştırmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

7 May 2023 Paz 14:35 tarihinde Ömer Uslu <merr.uslu@gmail.com> şunu yazdı:
Değerli Hocam merhabalar,

Ben Ömer Uslu

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisiyim, **Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Hastaların Bakım Vericilerinde Depresyon ve Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi**'ni incelemek amacıyla yapacağım tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Psikolojik İyi Oluş Ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum.

Saygılarımla...



Psikolojik İyi Oluş Öl...lği.doc

Psikolojik İyi Oluş Öl...su.pdf

863 KB

Ek 5.

 Ara

**Ömer Uslu**
Ölçek Kullanım İzni
Kime: musayildirim78@gmail.com

Dün 20:24

Değerli Musa YILDIRIM Hocam

Ben Ömer USLU, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora öğrencisiyim ve tez dönemindeyim. Tez konum "KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMININ, BİLİŞSEL KONTROL VE ESNEKLİK, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE ÖZ ŞEFKAT ÜZERİNE ETKİSİ" incelemek amacıyla planlandı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu'nu tezimde kullanmak amacıyla izninizi istiyorum.

**musa yıldırım**
Ynt: Ölçek Kullanım İzni
Kime: Ömer Uslu

Dün 21:49

Ömer Hocam merhaba,
Ölçek maddelerine aşağıda gönderdiğim linkten ulaşabilirsiniz.
Ölçeği kullanmanız uygundur.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla.
<https://toad.halileksi.net/olcek/oz-sefkat-olcegi-kisa-formunun-turkce-uyarlamasi/>

11 Oca 2024 Per 20:25 tarihinde Ömer Uslu <imerr.uslu@gmail.com> şunu yazdı:

[Ömer Uslu](#) adlı kişiye ait metnin [Daha Fazlasını Gör](#)

Ek 6.

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 22.06.2023-365243



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76261397-050.99-365243
Konu : 2023-356 nolu çalışmanız

22.06.2023

Sayın Doç. Dr. Hatice ÖNER
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.06.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan I nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR : I

Protokol No : 2023/356

Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Hatice ÖNER
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hatice ÖNER' in "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Depresyon ve Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi " başlıklı araştırmasında istenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Ek 7.



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-44021967-605-233659483
Konu : Araştırma İzni (Doç. Dr. Hatice ÖNER,
Ömer USLU)

09.01.2024

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : 28.08.2023 tarihli ve 19504407-605.01.01.01-E.409486 sayılı yazı.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Ömer USLU, Doç. Dr. Hatice ÖNER danışmanlığında, Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde “**Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Depresyon, Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisi**” isimli çalışma yapmayı planlamaktadır.

Söz konusu çalışma ile Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının görüş yazısı ekte sunulmuş olup, çalışmanın 01.09.2023-01.06.2024 tarihleri arasında yapılabilmesi hususunu; Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Mete ERKİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı V.

OLUR
Dr. Eser ŞENKUL
İl Sağlık Müdürü

Ek: Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı yazısı.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: E3988202-3A6A-4CF8-AD41-379348F5FCBF

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Zeybek Mahallesi İzmir Bulvarı No:58 Efeler /AYDIN 09000

Telefon No: 02562135000

e-Posta: aydinism@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://aydinism.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: aydinilsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Gül TURAN
Hemşire
Telefon No: 02562130000



Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Nitel Grubu)

NİTEL ARAŞTIRMA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı kronik ruh sağlığı bozukluğu olan hastaya primer bakım veren sizlerin bu süreçteki deneyimlerinizi ortaya koymak amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı kronik ruhsal hastalığı olan bireyin bakım vericisi olmanız, Aydın iline bağlı Söke ilçesinde ikamet etmeniz, Zihinsel engelinizin olmaması, Okur-yazar olmanız, Hastaya bakım veren primer kişi olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların bakım vericileri ile yüz yüze görüşülecek ve çalışma hakkında bilgi verilecek, çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen bireylerin çalışmaya katılma izinleri alınacaktır. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılacaktır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kayıt edilecektir. Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan kronik ruh sağlığı bozukluğu olan bireyin bakımında destek olan yakınlarının/bakım vericilerinin, bu süreçte yaşadıkları deneyimleri ortaya koymak amacıyla görüşmeler yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz araştırma ile ilgili olarak sorulara size göre uygun cevabın verilmesi.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı toplam 20' dır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın uygulanması ve veri toplama süresi 2 aydır. (15.11.2023- 15.03.2024)

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu çalışmanın nitel araştırma kısmında, yer almanız için öngörülen süre 30-45 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırma sonuçlarının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları problemlerin sonucunda kendilerinde oluşan stresin azaltılması ve bakım verici bireylere yönelik etkili girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Araştırmaya yönelik sizden kan örneği alınmayacaktır.

GEBELİK

Gebeliği etkileyecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKİNCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak son testlere katılım göstermediğinizde ya da testleri yarım bıraktığınızda araştırma dışında bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma ile ilgili bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, bilgi almak ve soru sormak için Hatice Öner'e 0537 624 86 98 no.lu telefondan ya da honer@adu.edu.tr mail adresinden Ömer Uslu'ya 05418217957 no.lu telefondan ya da imerr.uslu@gmail.com'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAşTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAşTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİşKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAğLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 9. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu)

KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı kronik ruh hastalığı olan bireylerin bakım vericilerine yönelik yapılan Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Bilişsel Kontrol ve Esneklik, Psikolojik İyi Oluş ve Öz Şefkat Üzerine Etkisi' nin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı kronik ruh hastalığı olan bireyin en az 6 aydır primer bakım vericisi olmanız, Aydın iline bağlı Söke ilçesinde ikamet etmeniz, Zihinsel engelinizin olmaması, Okur-yazar olmanız, Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Bilişsel Kontrol ve Esneklik, Psikolojik İyi Oluş ve Öz Şefkat Üzerine Etkisi ait araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların bakım vericileri ile yüz yüze görüşülecek ve çalışma hakkında bilgi verilecek, çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen bireylerin çalışmaya katılma izinleri alınacaktır. Araştırmaya katılım izinleri alındıktan sonra Tanıtıcı Bilgi Formu, “Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ve Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu (ÖŞÖ-K)” Ölçeklerinden oluşan anketler doldurulacaktır. Katılımcılar randomizasyon sonucu ile kontrol grubuna atanacaktır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Deney grubuna uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının tüm oturumlarının bitiminde kontrol grubuna bakım vericilerin değerlendirmesi amacıyla araştırmacı tarafından “Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ve Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu (ÖŞÖ-K)” formları doldurmaları sağlanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz araştırma ile ilgili olarak sorulara size göre uygun cevabın verilmesi.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı deney ve kontrol 30 kişi, toplamda 60 bakım verici birey çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın uygulanması ve veri toplama süresi 9 aydır. (15.05.2024- 15.02.2025)

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada kontrol grubunda yer alan bakım vericiler için katılım süresi ön testler için 20 dk ve son test için 20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırma sonuçlarının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları problemlerin sonucunda kendilerinde oluşan stresin azaltılması ve bakım verici bireylere yönelik etkili girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Araştırmaya yönelik sizden kan örneği alınmayacaktır.

GEBELİK

Gebeliği etkileyecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak son testlere katılım göstermediğinizde ya da testleri yarım bıraktığınızda araştırma dışında bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma ile ilgili bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, bilgi almak ve soru sormak için Hatice Öner'e 0537 624 86 98 no.lu telefondan ya da honer@adu.edu.tr mail adresinden Ömer Uslu'ya 05418217957 no.lu telefondan ya da imerr.uslu@gmail.com'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini

hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 10. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Deney Grubu)

DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı kronik ruh hastalığı olan bireylerin bakım vericilerine yönelik yapılan Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Bilişsel Kontrol ve Esneklik, Psikolojik İyi Oluş ve Öz Şefkat Üzerine Etkisi’ nin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı kronik ruh hastalığı olan bireyin en az 6 aydır primer bakım vericisi olmanız, Aydın iline bağlı Söke ilçesinde ikamet etmeniz, Zihinsel engelinizin olmaması, Okur-yazar olmanız, Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Bilişsel Kontrol ve Esneklik, Psikolojik İyi Oluş ve Öz Şefkat Üzerine Etkisi ait araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların bakım vericileri ile yüz yüze görüşülecek ve çalışma hakkında bilgi verilecek, çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen bireylerin çalışmaya katılma izinleri alınacaktır. Araştırmaya katılım izinleri alındıktan sonra Tanıtıcı Bilgi Formu, “Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ve Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu (ÖŞÖ-K)” Ölçeklerinden oluşan anketler doldurulacaktır. Katılımcılar randomizasyon sonucu ile deney grubuna atanacaktır. Deney grubunda yer alacak olan bakım vericilere, haftada 1 gün olmak üzere toplamda 8 oturum olarak Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı uygulanacaktır. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının tüm oturumlarının bitiminde deney grubunda yer alan bakım vericilerin değerlendirmesi araştırmacı tarafından “Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği (BKEÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ve Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu (ÖŞÖ-K)” formları doldurmaları sağlanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz; araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara size göre uygun cevabı vermeniz gerekmektedir. Size yönelik haftada 1 gün ve 2’şer saat sürecek toplamda 8 oturumdan oluşacak Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına düzenli olarak katılmanız beklenmektedir. Programa 2 oturumdan fazla katılmamanız durumunda çalışmadan çıkarılacaksınız. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı deney ve kontrol 30 kişi, toplamda 30 bakım verici birey çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı’nın uygulanması ve veri toplama süresi 9 aydır. (15.05.2024- 15.02.2025)

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada deney grubunda yer alan bakım vericiler için katılım süresi ön testler ve son testler için 20 dk. program haftada bir gün ve 2 saatlik oturumlar halinde planlanacaktır. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı haftalık 2 saatlik toplam 8 oturumdan oluşacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırma sonuçlarının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları problemlerin sonucunda kendilerinde oluşan stresin azaltılması ve bakım verici bireylere yönelik etkili girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Araştırmaya yönelik sizden kan örneği alınmayacaktır.

GEBELİK

Gebeliği etkileyecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKİNCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara “cevap vermediğinizde, soru formuna cevap vermeye devam etmek istemediğinizde” ve “8 haftalık Programının” 2’den fazla oturumuna katılmadığınızda araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma ile ilgili bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için Hatice Öner’e 0537 624 86 98 no.lu telefondan ya da honer@adu.edu.tr mail adresinden Ömer Uslu’ya 05418217957 no.lu telefondan ya da imerr.uslu@gmail.com’a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 11. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız:

3. Hasta ile yakınlık dereceniz:

Eş () Evlat () Anne () Baba () Bakıcı () Kardeş () Diğer ()

4. Hastanızın psikiyatrik tanısı nedir?

4.a. Süresi:.....

4.b. Hastaneye yatma sayısı:.....

5. Medeni durumunuz : Evli () Bekar () Boşanmış ()

6. Aile tipiniz: Çekirdek () Geniş () Parçalanmış ()

7. Çocuğunuz var mı? Var () Yok ()

7.a. Var ise sayısı:

8. Eğitim durumunuz: Okur yazar değil () İlköğretim () Lise () Önlisans ()
Lisans ()

9. Mesleğiniz:.....

10. Aylık gelir durumunuz:

Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla ()

11. Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?: Evet () Hayır ()

11.a. Evet ise hastalığınızı yazınız?

12. Sizin dışınızda hastanızın bakımında size destek olan kişi/ kişiler var mı?

Evet () Hayır ()

Ek 12. Nitel Görüşme Soruları

Merhaba, bu araştırmayı kronik ruh hastası olan bireyin bakımında destek olan primer bakım vericilerin, yaşadığı deneyimleri ortaya koymak amacıyla yapılmaktadır. Çalışmanın amacı ile ilgili herhangi bir sorunuz yoksa sorularıma geçebilir miyim?

1. Yakınınızın ruhsal bir rahatsızlığı olduğunu öğrendiğinizde, neler yaşadınız?
 - Düşünce ve duygularınızı anlatır mısınız?
2. Yakınınızın rahatsızlığı hakkında neler biliyorsunuz? Anlatır mısınız?
 - Bu bilgileri nereden ve kimden öğrendiniz?
3. Hastalık hakkında edindiğiniz bilgiler, sizin hastaya olan yaklaşımınızı nasıl etkiledi?
4. Hastanız yanınızda olduğu zaman gününüz nasıl geçiyor/neler yaparsınız?
5. Hastanız yanınızda değilken gününüz nasıl geçiyor/neler yaparsınız?
6. Hasta yakınınızın bakımından sorumlu olmanın zorlukları neler?
 - Sizi en çok zorlayan ne tür sorunlar oluyor?
7. Yaşadığınız tüm bu sorunlar sizin sağlığını/ruh sağlığını nasıl etkiledi?
8. Kendinizi psikolojik olarak iyi hissetmek için neler yapıyorsunuz?
9. Hastanızın tedavisi ve bakımı ile ilgili yaşadığınız sorunları çözmek için neler yapıyorsunuz?
10. Görüşmemizi sonlandırıyoruz, buraya kadar paylaşmak ya da söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Ek 13. Bilişsel Kontrol ve Esneklik Ölçeği

BİLİŞSEL KONTROL ve ESNEKLİK ÖLÇEĞİ

1	2	3	4	5	6	7
Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum

Bu ölçeğin amacı, stresli durumlar olumsuz düşünceleri ve duyguları tetiklediğinde genel olarak ne düşündüğünüzü / ne hissettiğinizi / ne yaptığınızı belirlemektir. Elbette, duruma bağlı olarak farklı davranabilirsiniz, ancak stresli ya da üzgün olduğunuzda genellikle ne düşündüğünüzü / hissettiğinizi / ne yaptığınızı düşünmeye çalışın. Aşağıda yer alan ölçeği kullanarak, belirtilen ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı belirtin.

Genellikle, stresli durumlarda...

1. Nasıl bir adım atacağıma karar vermeden önce elimdeki seçenekleri tartarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Düşüncelerim ve duygularım üzerindeki kontrolümü kaybediyordum gibi hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Duruma farklı bakış açılarından yaklaşırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Aniden ortaya çıkan düşüncelerden ve duygulardan kurtulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tepki vermeden önce çok yönlü bakış açısı ile durumu değerlendiririm.	1	2	3	4	5	6	7
6. Durumla en iyi şekilde başa çıkabilmek için harekete geçmeden önce farklı çözüm yolları düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Hoş olmayan düşüncelerden veya duygulardan kurtulmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7

8. Rahatsız edici düşünceleri görmezden gelmek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Nasıl bir tepki göstereceğime karar vermeden önce, kolaylıkla farklı başa çıkma stratejileri düşünebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Tepki vermeden önce olaylara farklı açılardan bakmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
11. Can sıkıcı düşünceler veya duygular yüzünden dikkatim kolaylıkla dağılır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soruna birden fazla çözüm yolu bulmak için uğraşırım.	1	2	3	4	5	6	7
13. Düşüncelerimi ve duygularımı, durumu içinde bulunduğum şartlara göre değerlendirerek kontrol ederim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Düşüncelerimi ve duygularımı kontrol altında tutabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Duygularımı yönetmede zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Düşüncelerim ve duygularım bir işe odaklanabilmemi engeller.	1	2	3	4	5	6	7
17. Düşüncelerimi veya duygularımı, durumu yeniden değerlendirerek yönetirim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dikkatimi olumsuz düşüncelerden veya duygulardan başka yöne çevirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 14. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle		Biraz		Biraz		Kesinlikle
katılmıyorum	Katılmıyorum	katılmıyorum	Kararsızım	katılıyorum	Katılıyorum	katılıyorum
Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum						
Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir						
Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim						
Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum						
Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim						
Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum						
Geleceğim hakkında iyimserim						
İnsanlar bana saygı duyar						

Ek 15. Öz Şefkat Ölçeği (Kısa-Formu)

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak size uygun olan seçeneği işaretleyiniz. İfadeler sizin durumunuza tam uymuyor ise lütfen soruyu boş bırakmayınız ve en yakın seçeneği işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Daima
1. Benim için önemli olduğunu düşündüğüm bir şeyi başaramadığımda kendimi yetersiz olduğum duygusuyla yıpratırım.	1	2	3	4	5
2. Beğenmediğim kişilik özelliklerimle ilgili kendime karşı sabırlı ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Üzücü bir durumla karşılaştığımda dengeli bir bakış açısı sergilemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
4. Kendimi üzgün hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
5. Başarısızlıklarımı insan olmanın doğal bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlardan geçtiğimde ihtiyacım olan özen ve yumuşaklığı kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7. Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
8. Benim için önemli olan bir konuda başarısız olursam, kendimi bu başarısızlıkta yalnız kalmış hissederim.	1	2	3	4	5
9. Kötü hissettiğim zaman yanlış giden her şeyi kafama takar ve üzerinde sürekli düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Yetersizliklerim ve hatalarım karşısında kendime karşı eleştirel ve yargılayıcı davranırım.	1	2	3	4	5
11. Sevmediğim kişilik özelliklerim karşısında kendime hoşgörüsüz ve sabırsızımdır.	1	2	3	4	5

Ek 16. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı

OTURUM BAŞLIĞI	İÇERİK	YÖNTEM	GİRİŞİMLER
1. OTURUM Bilinçli Farkındalığın Keşfi (90-120 Dakika)	1.1. Tanışma 1.2. Programın tanıtımı 1.3. Bilinçli farkındalık tanımı 1.4. Kuru Üzüm Meditasyonu (10 Dakika) 1.5. Kronik ruhsal hastası bireyin yakını olmak 1.6. Uygulanan meditasyonla ilgili geri bildirim alma	- 1 dakikalık sessizlik - Karşı tarafa ulaşmak adlı hikaye paylaşımı - Kronik ruhsal hastası olan bireyin yakını olma zorlukları ve buna yönelik bilgi paylaşımı - Kuru Üzüm Egzersizi - Alıştırmalarla ilgili ödev verilir. - 1 dakikalık sessizlik	- Programın amacı, süresi, uygulama şekli hakkında bilgiler verilir. - Katılımcıların soruları, öneri ve görüşleri cevaplandırılır. - Katılımcıların programdan beklentileri hakkında konuşulur. - Katılımcıların tanışması sağlanır. - Bilinçli farkındalığın tanımı yapılır ve egzersizlerin önemi hakkında bilgiler verilir. - Alıştırma ödevi verilir; Gündelik yapılan, dişleri fırçalamak, duş almak, çay-kahve içmek eylemlerini başlangıcından bitişine kadar farkında olarak yapma
2. OTURUM Dünyayı Algılama (90-120 Dakika)	2.1. Duyum ve algı kavramlarının tanıtılması 2.2. Duyum ve algının bizler için önemi 2.3. Duyum ve algıların bilinçli farkındalıktaki önemi 2.4. Nefes odaklı oturma meditasyonu (15 Dakika) 2.5. Beden Tarama Egzersizi (45 Dakika) 2.6. Uygulanan meditasyonla ilgili geri bildirim alma	- 1 dakikalık sessizlik - Önceki oturum özetlenir. - Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. - Beden tarama egzersizi (Bütün bedenin taranarak duyumların fark edilmesi) - Duyum ve algılama ile ilgili teorik bilgi verme - Nefes odaklı oturma meditasyon - İlgili ses kaydı verilir (Nefes odaklı oturma meditasyonu ve Beden tarama egzersizi ile ilgili ses kaydı). - Alıştırmalarla ilgili ödev verilir. - 1 dakikalık sessizlik	- Duyumlarla ilgili bilgi verilir. - Duyumların hayatımızdaki önemi vurgulanır. - Bilinçli farkındalıkta duyumların önemi hakkında bilgi verilir. - Konuyla ilgili meditasyon yapılıp, katılımcılardan geri bildirimler alınır. - Alıştırma ödevi verilir (Hafta içerisinde yapılan meditasyonun birden fazla defa tekrarlanarak pekiştirilmesi); Beden tarama egzersizini hafta içerisinde tekrar yapma Her gün 10-15 dakika nefes odaklı oturma meditasyonu yapma Kahvaltıyı hafta içerisinde farkında olarak yapma
3. OTURUM Bedende Olmak (90-120 Dakika)	3.1. Beden farkındalığı ve önemi 3.2. Dikkati bedene odaklayarak bedensel duyumların fark edilmesinin önemi 3.3. Yoga Meditasyonu uygulama (20 dakika) 3.4. Merkezleme meditasyonu (15 dakika)	- 1 dakikalık sessizlik - Önceki oturum özetlenir. - Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. - Oturumun ana teması olan bilinçli farkındalıkla yoga üzerine konuşulur, anlatılır. - Yoga meditasyonu - Alıştırmalarla ilgili ödev verilir. - İlgili ses kaydı verilir (Mindfull yoga	- Beden farkındalığı ve önemi hakkında bilgi verilir. - Dikkati bedene odaklayarak bedensel duyumların fark edilmesinin önemi vurgulanır. - Konuyla ilgili yoga meditasyonu yaptırılıp, katılımcılardan geri bildirimler alınır. - Alıştırma ödevi verilir (Hafta içerisinde yapılan meditasyonun birden fazla defa tekrarlanarak pekiştirilmesi); Yoga egzersizini hafta içerisinde tekrar yapma Her gün 15 dakika nefes odaklı oturma meditasyonu yapma Gün içinde rastgele zamanlarda o anın

	3.5. Uygulanan meditasyonlarla ilgili geri bildirim alma	ses kaydı). -1 dakikalık sessizlik	farkında olarak çalışma. Otomatik pilotta mısınız ve ya sizi rahatsız eden bir şeyler var mı farkında olmaya çalışma. Kaçınmayı tercih ettiğiniz şeyler var mı fark etmeye çalışma
4. OTURUM Stres ve Stresin Bilinçli Farkındalıkla Karşılanaşması (Stresle başa çıkma) (90-120 Dakika)	4.1. Duygu ve çeşitleri 4.2. Kendi duygusunu farketme ve önemi 4.3. Duyguları etiketlemek meditasyonu (15 dakika) 4.4.Yürüme meditasyonu uygulama (10 dakika) 4.5.Uygulanan meditasyonlarla ilgili geri bildirim alma	-1 dakikalık sessizlik -Önceki oturum özetlenir. -Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. -Stres kaynakları ve stres tepkileri ile ilgili teorik bilgi verme -Yürüme meditasyonu -Misafirhane adlı şiir paylaşımı yapılır. -Meditasyon sonrası deneyim paylaşımı - İlgili ses kaydı verilir (Duyguları etiketleme meditasyonu ve yürüme meditasyonu ile ilgili ses kaydı). -Alistırma ödev verilir. -1 dakikalık sessizlik	-Duygu ve çeşitleri hakkında bilgi verilir. -Duyguları farketmenin önemi vurgulanır. -Konuyla ilgili meditasyonlar yaptırılıp, katılımcılardan geri bildirimler alınır. -Alistırma ödevi verilir (Hafta içerisinde yapılan meditasyonun birden fazla defa tekrarlanarak pekiştirilmesi); Beden tarama egzersizini hafta içerisinde tekrar yapma Günde 20 dakika oturarak ve farkında olarak nefes egzersizi çalışma Strese karşı reaksiyonlarınızı onları değiştirmeye uğraşmadan fark etmeye çalışma
5. OTURUM Stres ve Stresin Bilinçli Farkındalık (Düşüncelerin Farkındalığı) (90-120 Dakika)	5.1.Düşüncelerimiz ve çeşitleri 5.2.Düşüncelerimi farkediyorum 5.3.Kendine İlgi Gösterme Meditasyonu (15 dakika) 5.4. Ayakta Beden Meditasyonu uygulama (15 dakika) 5.5.Uygulanan meditasyonlarla ilgili geri bildirim alma	-1 dakikalık sessizlik -Önceki oturum özetlenir. -Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. -Ayakta durma meditasyonu -Meditasyon sonrası deneyim paylaşımı -İlgili ses kaydı verilir. -Alistırma ödev verilir. -1 dakikalık sessizlik	-Düşünceler hakkında bilgi verilir. -Düşünceleri farketmenin önemi vurgulanır. -Konuyla yönelik meditasyonlar yaptırılıp, katılımcılardan geri bildirimler alınır. -Amaç ve kazanımlara yönelik değerlendirmeler yapılır -Oturumun değerlendirilmesi yapılır -Alistırma ödevi verilir (Hafta içerisinde yapılan meditasyonun birden fazla defa tekrarlanarak pekiştirilmesi); Oturma meditasyonunu yapma Stres tetikleyicisi ile strese verilen tepki arasında bir boşluk olup olmadığını fark etmeye çalışma. Bir süre boşlukta kalma, olayın kendisine odaklanarak tepkisel olamayan bir şekilde bu tepkiyi bir stres yanıtına dönüştürme dönüştürmediklerini görmeye çalışma
6. OTURUM Bilinçli Farkındalıkla İletişim (90-120 Dakika)	6.1. İletişim nedir 6.2. Kendimle iletişim kuruyorum 6.3. Dış dünyayla iletişim kuruyorum 6.3.Oturma Meditasyonu uygulama (20 dakika) 6.4. Ses Farkındalığı meditasyonu (10 dakika) 6.5. Uygulanan	-1 dakikalık sessizlik - İletişimle ilgili teorik bilgi verme - Tolstoy'un "Üç fevkalade yanıt" hikayesi -Önceki oturum özetlenir. -Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. - İlgili ses kaydı verilir (Oturma meditasyonu ile ilgili ses kaydı). -1 dakikalık sessizlik	-İletişim hakkında bilgi verilir -İletişim kurulurken farkında olmanın önemi vurgulanır -Konuya yönelik medistasyonlar yaptırılıp, katılımcılardan geri bildirimler alınır -Amaç ve kazanımlara yönelik değerlendirmeler yapılır -Oturumun değerlendirilmesi yapılır -Alistırma ödevi verilir (Hafta içerisinde yapılan meditasyonun birden fazla defa tekrarlanarak pekiştirilmesi); Yoga ve oturma egzersizlerini yapma İletişim durumlarındaki zorlukların farkında olma Kendisine verdiği bakım/önem ile ilgili

	meditasyonlarla ilgili geri bildirim alma		soruyu sorma ve yanıtlama
7. OTURUM Kendine Özen Gösterme: Öz Şefkat (90-120 Dakika)	7.1. Şefkat tanımı ve önemi 7.2. Öz-şefkat tanımı ve önemi 7.3. Sevgi/Şevkat meditasyonu uygulama (15 dakika) 7.4. Öz Yargılamaları Sayma Meditasyonu (10 dakika) 7.5. Uygulanan meditasyonlarla ilgili geri bildirim alma	-1 dakikalık sessizlik -Önceki oturum özetlenir. -Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. - Kurtların savaşı adlı hikaye paylaşımı - Minnettarlık ve kendimizde takdir ettiğimiz özelliklerle ilgili teorik bilgi verilmesi -Meditasyon sonrası deneyim paylaşımı - İlgili ses kaydı verilir (Öz yargıları sayma meditasyonu ile ilgili ses kaydı). -1 dakikalık sessizlik	-Amaç ve kazanımlara yönelik değerlendirmeler yapılır -Oturumun değerlendirilmesi yapılır -Ödev değerlendirmesi yapılır -Geri bildirim alınır -Alıştırma ödevi verilir (Hafta içerisinde yapılan meditasyonun birden fazla defa tekrarlanarak pekiştirilmesi); Her bir egzersizi hafta içerisinde bir defa yapma Kurs bittikten sonra meditasyon pratiğini nasıl devam edeceği hakkında bilgi verme
8. OTURUM Veda ve Yeni Bir Başlangıç: Bilinç ve farkındalık dolu yeni günlere (90-120 Dakika)	8.1. Programın özetlenmesi 8.2. Bilinçli farkındalığı günlük hayata uyarlama ve önemi 8.3. Dağ Meditasyonu uygulama (15 dakika) 8.4. Uygulanan meditasyonla ilgili geri bildirim alma	-1 dakikalık sessizlik -Önceki oturum özetlenir. -Ödevler hakkındaki deneyimler paylaşılır. -Dağ meditasyonu -Meditasyon sonrası deneyim paylaşımı -1 dakikalık sessizlik	-Amaç ve kazanımlara yönelik değerlendirmeler yapılır -Oturumun değerlendirilmesi yapılır -Ödev değerlendirmesi yapılır -Geri bildirim alınır

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, Bilişsel Kontrol ve Esneklik, Psikolojik İyi Oluş ve Öz Şefat Üzerine Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans/Doktora tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Ömer USLU
18 / 07 / 2025

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı :Uslu, Ömer
Uyruk : TC
Doğum yeri ve tarihi :MUŞ, 21.10.1991
Telefon : 0541 821 79 57
E-mail :imerr.uslu@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	(devam ediyor)
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2018
Lisans	Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2015
Lise	Korkut Çok Programlı Lisesi	2010

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2015-2016	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Yanık Yoğun Bakım / İstanbul	Hemşire
2016-2020	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Anestezi Yoğun Bakım / İstanbul	Hemşire
2020-2022	Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi – Genel Yoğun Bakım / Aydın	Hemşire
2022-...	Söke Fehime Faik Kocagöz Devlet Hastanesi – Toplum Ruh Sağlığı Merkezi / Aydın	Sorumlu Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

Uslu, Ö., Kızılkaya, M. (2021). “Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin Belirlenmesi”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2): 192-202. doi:10.5222/SHYD.2021.28290

Kaya, H., Şahin, M., Uslu, Ö. (2023). Experiences of Nurses Providing Care to Individuals in Earthquake-Affected Areas of Eastern Turkey: A Phenomenological Study, *Journal Of Community Health Nursing*, 110-122. doi: 10.1080/07370016.2023.2285964

Kaya, H., Uslu, Ö., Şahin, M. (2024). The Experiences of Patients Enrolled in Community Mental Health Centers Regarding the Illness Process: A Phenomenological Study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 0:1–9. doi: 10.1111/jpm.13111

2. PROJELER

-

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Uslu, Ö., Kaya, H., Öner, H.(2022, 21-23 Nisan). Kişiler Arası İlişkilerde İyi Halini Arttırmada Olumlu Dil Kullanımı: Hemşirelik Deneyimleri, 3. Uluslararası 5. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, İzmir, (Sözlü Bildiri).

Uslu, Ö., Öner, H.(2021, 20-23 Ekim).Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Ebeveynlerin Eko Anksiyete Algıları, 6. Uluslararası 10. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İzmir, (Sözlü Bildiri).