

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

BAKIM VERİCİ PSİKOEĞİTİMİNİN DEPRESYON HASTALARININ
İYİLEŞME DÜZEYLERİ İLE BAKIM VERİCİLERİN AİLE YÜKÜ VE
DUYGU DIŞAVURUMUNA ETKİSİ

ŞERİFE ÖZTABAN
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. FİLİZ ADANA

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF 23007proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2024

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bana her zaman yol gösterici olan, bu tezin hazırlanmasının her aşamasında hiçbir desteğini, yardımlarını esirgemeyen, güler yüzü ile yanımda olan, bilgi, deneyim ve görüşleriyle aydınlatan, yol gösteren, sabrı ve hoşgörüsüyle her daim örnek aldığım, hayranlık duyduğum, öğrencisi olmaktan ömür boyu gurur duyacağım değerli hocam, danışmanım, Canım Hocam Prof. Dr. Filiz ADANA'ya sonsuz teşekkür ederim.

Tez savunma sınavımda yer alarak değerli görüş ve önerileri ile katkıda bulunan, tezime yol gösterici olan değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Filiz ADANA'ya Sayın Prof. Dr. Filiz ABACIGİL ve Sayın Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ'a, Sayın Doç. Dr. Fadime KAYA SOYLU'YA, Sayın Doç. Dr. Nihal BOSTANCI DAŞTAN'a,

Kıymetli vakitlerini ayırarak tezime uzman görüş ve önerileri ile destek veren değerli hocalarım, Prof. Dr. Filiz ADANA, Prof. Dr. Filiz ABACIGİL, Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ, Doç. Dr. Belgin YILDIRIM, Doç. Dr. Nükhet BALLIEL, Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA, Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN, Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN'a

Araştırmanın uygulama aşamasında her türlü yardım ve kolaylığı sağladığı için Aydın Adnan Menderes Üniveritesi Hastanesi Psikiyatri Servisi Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK'a

Çalışmamın sürdürülmesinde, maddi olanaklarının sağlanmasında destek sağlayan ADÜ BAP birimine teşekkür ederim.

Aydın Adnan Menderes Ünivesitesi Hastanesi psikiyatri servisinde görev yapan kıymetli meslektaşlarıma, çalışmaya katılmayı kabul eden, sabırları ve varlıkları ile beni destekleyen, mesleğimi anlamlı kılan ve bana çok şey öğreten tüm hastalarım ve bakım vericilerine,

Her anımda desteğiyle yanımda olan, güvenini hiçbir zaman esirgemeyen, tüm sıkıntılarında sabırla yanımda olan, iyiki dediğim, varlığıyla hayatıma anlam katan sevgili, canım eşim Altan ÖZTABAN'a

Bu süreçte kocaman sevgileri ile güç aldığım, doktora eğitim sürecimde büyütme-ye çalıştığım canımın içi biricik evlatlarım Ata Hüseyin ÖZTABAN ve Arel ÖZTABAN'a

Eğitim hayatım boyunca her konuda sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen, bana inanan ve güvenen, bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında, her zaman yanımda olan, AİLEME,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Psikoeğitim	5
2.2. Bakım Verici Psikoeğitimi.....	6
2.3. Depresyon.....	9
2.3.1. Epidemiyolojisi.....	10
2.3.2. Etiyolojisi	11
2.3.3. Tanı ve Sınıflandırma	13
2.3.4. Tedavisi.....	15
2.4. İyileşme Kavramı	17
2.4.1. İyileşme Süreci ve Hemşirelik.....	19
2.5. Depresyon ve Aile Yüğü.....	21

2.6. Depresyon ve Duygu Dışavurumu	24
2.7. Bakım Verici Psikoeğitimi ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	27
2.8. Bakım Verici Psikoeğitiminde Hemşirenin Rolü.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman.....	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	33
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	33
3.6. Araştırmanın Dışlama Kriterleri	34
3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	34
3.8. Veri Toplama Formları.....	35
3.9. Randomizasyon	37
3.10. Araştırmanın Uygulama Süreci	38
3.10.1. Deney Grubu Uygulama Süreci.....	40
3.11. Depresyon Hastalarına Yönelik Psikoeğitim İçeriğinin Oluşturulması.....	42
3.12. Depresyon Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik Psikoeğitim İçeriğinin Oluşturulması	43
3.13. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	43
3.14. Araştırmanın Etik Yönü.....	44
3.15. İstatistiksel Yöntemler	44
3.16. Araştırmanın Güçlükleri	45
3.17. Araştırmanın Güçlü Yanları	45
4. BULGULAR	46
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64

6.1. Sonuçlar.....	64
6.2. Öneriler.....	65
KAYNAKLAR.....	66
EKLER.....	99
Ek 1. Etik kurul Onay İzni(Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu).....	99
Ek 2. Etik Kurul Sonuç Raporu (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi).....	100
Ek 3. Kurum İzni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği)	101
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Servisi Ana Bilim Dalı Başkanı İzni	102
Ek 5. Veri Toplama Formu.....	103
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu(Hastalar İçin).....	114
Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu(Bakım Vericiler İçin).....	116
Ek 8. Ölçek Kullanım İzinleri.....	119
Ek 9. Depresyon Hastalarına Yönelik Psiko eğitim Kitapçığı Eğitimi	121
Ek 10. Depresyon Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik Psiko eğitim Kitapçığı Eğitimi.....	135
BİLİMSEL ETİK BEYANI	149
ÖZ GEÇMİŞ.....	150

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DDÖ	: Duygu Dışavurumu Ölçeği
EE(Expressed Emotion)	: Duygu Dışavurumu
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
FDA	: Food and Drug Administration
İDÖ	: İyileşme Değerlendirme Ölçeği
MAO	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
SNRI	: Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	: World Health Organization
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama
χ^2	: Ki kare

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Consort akış planı.....	39
----------------------------------	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Depresyon hastalarına verilen psikoeğitim programının içeriği, oturum sayı ve süreleri.....	41
Tablo 2. Depresyon hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim programının içeriği, oturum sayı ve süreleri.....	41
Tablo 3. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92).	47
Tablo 4. Araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92).	49
Tablo 5. Araştırmaya katılan hasta ve bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92).....	52
Tablo 6. Araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılması (N=92).	53
Tablo 7. Araştırmaya katılan hastaların İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılması (N=92).	54
Tablo 8. Araştırmaya katılan bakım vericilerin Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) ToplamPuanlarının karşılaştırılması (N=92).....	55
Tablo 9. Araştırmaya katılan bakım vericilerin Zarit Aile Yüğü Ölçeği toplam puanlarının gruplara göre karşılaştırılması (N=92).....	56

ÖZET

BAKIM VERİCİ PSİKOEĞİTİMİNİN DEPRESYON HASTALARININ İYİLEŞME DÜZEYLERİ İLE BAKIM VERİCİLERİN AİLE YÜKÜ VE DUYGU DIŞAVURUMUNA ETKİSİ

Öztaban Ş. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2024.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yatarak tedavi görmekte olan depresyon hastaları ve bakım vericilerine uygulanan bakım verici psikoeğitiminin depresyon hastalarının depresif belirtileri ve iyileşme düzeylerine, bakım vericilerin yük algıları ve duygu dışavurumuna etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, randomize kontrollü deneysel nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini “Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi”nde F32 [ICD 10 koduna göre Depresif Bozukluk (Nöbet)] ile F33 (ICD 10 koduna göre [Yineleyici Depresif Bozukluk(Nöbet)] tanılarıyla yataklı serviste takip edilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan deney (n=46) ve kontrol grubunu (n=46) oluşturan toplam 92 depresyon hastası ve bakım vericisi ile yapılmıştır. Deney grubunda yer alan hasta ve bakım vericilere haftada iki kez, birebir ve yüz yüze olarak, altı oturumdan oluşan psikoeğitim verilmiştir. Araştırmaya alınan hastalar ve bakım vericilere tanıtıcı bilgi formu, Hastalara Beck Depresyon Ölçeği ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği, bakım vericilere Duygu Dışavurumu Ölçeği ve Zarit Aile Yüğü Ölçeği eğitim öncesi, eğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra uygulanmıştır. Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences paket programı ile analiz edilmiş ve araştırmanın değişkenleri açısından deney ve kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, yüzdelik); normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda Student t test, Paired Samples test, pearson Ki-kare testi; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann Whitney U, Wilcoxon test; başlangıç analizleri olarak normal dağılım değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi, tekrarlı ölçümlerde Varyans

Analizi kullanılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekliolan etik kurul izni, kurum izni, ölçek kullanım izni ve katılımcı yazılı onayları alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada deney grubunda psikoeğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra Beck Depresyon leği Toplam Puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde azaldığı, İyileşme Değerlendirme leği Toplam Puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmada deney grubunda yer alan bakım vericilerin Duygu Dışavurumu leği Toplam Puanlarının psikoeğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra duygu dışavurumu puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmada deney grubunda yer alan bakım vericilerin Zarit Aile Yükü leği Toplam Puanlarının psikoeğitimden bir ay sonra ve eğitimden üç ay sonra kontrol grubuna göre yk algılarının azaldığı saptanmıştır($p<0,05$).

Sonuç: Bu sonuçlar bakım verici psikoeğitimin depresyon hastalarında depresif belirtilerini azalttığı, iyileşme düzeyini arttırdığı; bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri ve aile yükünü azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Duygu Dışavurumu, İyileşme, Psikoeğitim, Yük

ABSTRACT

THE EFFECT OF CAREGIVER PSYCHOEDUCATION ON RECOVERY LEVELS OF DEPRESSION PATIENTS WITH FAMILY BURDEN AND EXPRESSED EMOTIONS OF CAREGIVERS

Öztaban Ş. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Public Health Nursing Doctorate Program, Doctorate Thesis, Aydın, 2024.

Aim: The aim of this study is to evaluate the effect of caregiver psychoeducation applied to depression patients and their caregivers receiving inpatient treatment on the depressive symptoms and recovery levels of depression patients, burden perceptions and emotional expression of caregivers.

Materials and Methods: The study is a randomized controlled experimental research. The sample of the study was 'experiment' (n=46) who were followed up in the inpatient service at Adnan Menderes University Hospital Psychiatry Service with diagnoses of F32 (Depressive Disorder according to ICD 10 code) and F33 (Recurrent Depressive Disorder according to ICD 10 code) and met the inclusion criteria for the study and a control group (n=46) with a total of 92 depression patients and their caregivers. Patients and caregivers in the experimental group were given psychoeducation consisting of six sessions twice a week, one-on-one and face-to-face. An introductory information form was administered to the patients and caregivers included in the study, the Beck Depression Scale and Recovery Assessment Scale were administered to the patients, and the Emotion Expression Scale and Zarit Family Burden Scale were administered to the caregivers before the training, one month after the training, and three months later. The data of the study were analyzed with the Statistical Package for the Social Sciences Version 25 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) program and the experimental and control groups were compared in terms of the variables of the study. In the evaluation of data; arithmetic mean, standard deviation, median, frequency, percentage), Student's t test, Paired Samples test, Pearson Chi-square test; in normally distributed comparisons; Mann Whitney U, Wilcoxon test for non-normal

distribution comparisons; As initial analyses, Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate normal distribution and Analysis of Variance was used for repeated measurements. Ethics committee permission, institutional permission, scale usage permission and participant written consent were obtained for the research.

Results: In the study, it was found that there was a significant decrease in the Beck Depression Inventory Total Scores in the experimental group one month and three months after psychoeducation compared to the control group, and there was a significant increase in the Recovery Evaluation Scale Total Scores compared to the control group ($p < 0.05$). In the study, it was found that the Emotional Expression Scale Total Scores of the caregivers in the experimental group were lower than the control group, one month after psychoeducation and three months later ($p < 0.05$). In the study, it was determined that the Zarit Family Burden Scale Total Scores of the caregivers in the experimental group decreased compared to the control group, one month after psychoeducation and three months after the training ($p < 0.05$).

Conclusion: These results show that caregiver psychoeducation reduces depressive symptoms and increases the level of recovery in depressed patients; It has been shown that it is effective in reducing caregivers' emotional expression levels and family burden.

Keywords: Depression, Burden, Expressed Emotions, Psychoeducation, Recovery,

1. GİRİŞ

Araştırmaya ilişkin problemin tanımı, araştırmanın önemi ve araştırmanın amacına bu başlık altında yer verilmiştir.

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon, ruh halini, algıyı, motivasyonu ve davranışı bozan olumsuz düşünce ve duyguların sürekliliği ile karakterize bireyin hayatının birçok yönünü etkileyen bir ruhsal bozukluktur (O'Donnell ve Meaney, 2017). Tedavi başarısızlığı, düşük iyileşme oranı ve sık tekrarlamalarla sonuçlanır (Katsuki ve diğerleri, 2014). Bir depresif dönem sırasında kişi, en az iki hafta boyunca, günün büyük bir bölümünde, neredeyse her gün, depresif ruh hali (üzgün, sinirli, boş hissetme) veya hayattan zevk alamama veya ilgi kaybı yaşar. Zayıf konsantrasyon, aşırı suçluluk duygusu veya düşük öz değer duygusu, gelecekle ilgili umutsuzluk, ölüm veya intihar hakkında düşünceler, uyku bozukluğu, iştah veya kilo değişiklikleri ve özellikle yorgun veya düşük enerji hali gibi bazı belirtiler de mevcuttur. Dünyada 23 milyon çocuk ve ergen olmak üzere 280 milyon kişi depresyon tanısıyla izlenmektedir (World Health Organization [WHO], 2022).

Depresyon, çocukluktan yaşlılığa kadar yaşam boyu devam eder, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülür (Seedat ve diğerleri, 2009). Ayrıca ergenlik, peripartum dönemler ve menopoz sırasında daha yüksek yaygınlıkta görüldüğü belirtilmektedir (O'Donnell ve Meaney, 2017). Dünya çapında yılda 800.000 intihar vakasının %50'si kadarının depresif bir dönemle (WHO, 2016) meydana geldiği ve depresyon hastalarının genel nüfusa göre intiharla ölme olasılığının neredeyse 20 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Walker ve diğerleri, 2015).

Hastalığının tedavisinde en etkili yöntemin ilaç tedavisi ve psikososyal müdahalelerin birlikte kullanımıdır, bu tedavi yöntemi kısa vadede klinik olarak anlamlı farklara sahiptir (Boumparis ve diğerleri, 2016; Helleman ve diğerleri, 2011; Henken ve diğerleri., 2007; Lemmens ve diğerleri, 2009; Menear ve diğerleri, 2020; Miller ve diğerleri, 2005, Olfson ve Marcus, 2010; Wouters ve diğerleri, 2016). Kanıta dayalı psikoterapiler, özellikle Bilişsel

Davranışçı Terapi (BDT) ve Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi (KİPT) depresyon tedavisinde açıkça etkilidir. Son yıllarda, Elektrokonvülsif Terapi (EKT), Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS), Vagal Sinir Stimülasyonu (VNS) ve Derin Beyin Stimülasyonu (DBS) dahil olmak üzere somatik farmakolojik olmayan tedavilerin geliştirilmiş ve dikkate değer ilerlemeler kaydedilmiştir(Nemeroff,2020). Farklı terapi türlerinin etkilerinin birbirinden önemli ölçüde farklı olduğuna dair bir kanıt yoktur. Farklı tedavi türlerini doğrudan karşılaştıran araştırmalar (Cuijpers ve diğerleri,2008) ve ayrıca meta analiz çalışmaları (Barth ve diğerleri,2013) tüm tedavi türlerinin karşılaştırılabilir etkilere sahip olduğunu göstermektedir.

Depresyon hastalarının psikososyal işlevsellik (Hirschfeld ve diğerleri, 2000) ve hastaların aile yaşamı (Bischkoph ve diğerleri, 2002) üzerinde ciddi etkileri vardır. Hastalarla ve onların hastalıkla ilgili davranışlarıyla nasıl başa çıkılacağına dair belirsizlikler (Angermeyer ve diğerleri, 2000) ve ayrıca suçluluk, öfke veya hastaların geleceği ile ilgili endişeler gibi olumsuz duygular yaygındır (Schmid ve diğerleri, 2005).Hastalığa özgü bilgi ve eğitim eksikliği, bu konudaki yüksek öznel ihtiyaç ve depresyon tedavisine katılım eksikliği ile birleştiğinde de bir yük olarak deneyimlenmektedir (Angermeyer ve diğerleri, 2000; Schmid ve diğerleri, 2005; Wittmund ve diğerleri, 2001).Araştırmalar, şiddetli ruhsal bozukluğu olan hastalarda bakım verici yükü ile nüks arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Perlick ve diğerleri, 2007). Ayrıca depresyon hastalarında yüksek düzeyde duygu dışavurumu ile nüksetme arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Hooley, 2007; Möller-Leimkühler, 2005; Möller-Leimkühler, 2006).Bugüne kadar, çok az çalışma, depresyon hastalarının aile ve arkadaşları arasındaki bakım verme güçlüklerini ve bunlarla ilişkili sağlık ve ruh sağlığı risklerini incelemiştir (Henken ve diğerleri, 2007; Katsuki ve diğerleri, 2018; Lemmens ve diğerleri, 2009; Shimazu ve diğerleri, 2011; Zyto ve diğerleri, 2020).

Son yıllarda, şiddetli akıl hastalığından kurtulma tanımları, semptomların hafiflemesini vurgulayan klinik bakış açılarından, yaşamın sosyal ve işlevsel yönlerini vurgulayan daha bütüncül bakış açılarına doğru kaymıştır (Whitley ve Drake, 2010). Bu bağlamda iyileşme bir süreci ifade eder ve akıl sağlığı sorunlarının neden olduğu devam eden sınırlamalar olsa bile tatmin edici, umutlu ve katkıda bulunan bir hayat yaşama olarak tanımlanır (Mental Health Commission of Canada, 2012). İyileşme, kişisel büyüme ve gelişmeyi, semptomların iyileşmesini, kontrolü yeniden kazanmayı ve kişisel olarak tatmin

edici ve anlamlı bir yaşam kurma, eşsiz bir değişim sürecine vurgu yapar (Drake ve Whitley, 2014; Gopal ve Henderson,2015;Yıldız,2015).

İlgili alanyazın incelendiğinde yapılan araştırmalarda depresyon hasta ve ailelerine, tedaviler ve erken uyarı işaretleriyle ilgili bilgilerin sağlanması diğer ruhsal bozukluklarla aynı etkiye sahip olup olmadığı veya diğer destekleyici müdahalelerde olduğu gibi hastaların iyileşme düzeylerine ve bakım vericilerin duygusal katılımına daha fazla vurgu yapıp yapılmayacağı henüz belirlenmemiştir (Fiorillo ve diğerleri, 2011; Katsuki ve diğerleri, 2011; Shimazu ve diğerleri, 2011; Weinstock ve diğerleri, 2006). Ülkemizde ise depresyon hastaların ailelerine verilen psikoēğitimin depresyon hastaların iyileşme düzeyleri ile ailelerin bakım verici yükü ve duygu dışavurumuna etkisi ile ilgili bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Ruhsal hastalıkların bakım ve rehabilitasyon süreçlerine ailelerin katılımının, tedavi planının başarısında çok önemli bir faktör olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Depresyon hastalarına bakım veren aile üyeleri hastanın sağlığı ve güvenliği, tedavinin yan etkileri, iyileşme ve normal yaşamlarına dönme yetenekleri açısından hastanın geleceği konusunda endişelenir (Van Wijngaarden ve diğerleri, 2004). Psikiyatrik bir hastaya bakmanın zihinsel yükü, bakımın kalitesini düşürebileceği gibi, ailelerin ruhsal ve fiziksel sağlığını da tehlikeye atarak çalkantılı aile yaşamına neden olabilir. Sorunu çözmek için aileleri hastalara nasıl davranacakları konusunda eğitmek ve onlara duygusal destek sağlamak yardımcı olabilir. Tüm hemşirelerin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığı ve refahı aktif olarak geliştirmelerini sağlama sorumluluğu vardır (Patrick ve Robertson, 2016). Aile üyelerini eğitim yoluyla güçlendirmek, onların hastalıkla ilgili tutumlarını değiştirmelerine ve ayrıca psikolojik streslerinin şiddetini kontrol etmelerine yardımcı olur. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik iyileşmeye yönelik hizmetler sağlanması ve olumlu düşünmeyi teşvik edebilecek hemşirelik müdahaleleri geliştirilmeli ve ailelerinin değerlendirilmesi, rehabilitasyon planı oluşturulmasında büyük önem taşımaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, yatarak tedavi görmekte olan depresyon hastaları ve bakım vericilerine uygulan bakım verici psikoēğitiminin depresyon hastalarının depresif belirtileri

ve iyileşme düzeylerine, bakım vericilerin yük algıları ve duygu dışavurumuna etkililiğini değerlendirmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀ hipotezleri

H₀(a):Depresyon hastalarına klinikte verilen psikoeğitimin hastaların depresif belirtileri üzerine etkisi yoktur.

H₀ (b):Depresyon hastalarına klinikte verilen psikoeğitimin hastaların iyileşme düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H₀ (c):Depresyon hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım vericilerin aile yükü üzerine etkisi yoktur.

H₀ (d):Depresyon hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H₁ hipotezleri

H₁ (a): Depresyon hastalarına klinikte verilen psikoeğitim hastaların depresif belirtilerini azaltır.

H₁ (b):Depresyon hastalarına klinikte verilen psikoeğitim iyileşme düzeylerini artırır.

H₁ (c):Depresyon hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim bakım vericilerin aile yükünü azaltır.

H₁ (d):Depresyon hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikoeğitim

Psikoeğitim, eğitim yöntem ve tekniklerinin ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilite edilmesi ilkelerinin uygulanmasında kullanılan bir süreç olmakla birlikte, hasta ve aileye hastane dışında da desteklemeyi, hastaların yaşadıkları problemlerle başa çıkabilmesini, topluma yararlı bir yaşam sürmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için hastalık süreçleri, hastalık süreçlerinde karşılaşılan zorlukların irdelenmesi, başa çıkabilme becerilerinin öğretilmesi ve uygulanması, ilaç kullanımının doktor önerileri doğrultusunda düzenli kullanımı ile ilgili eğitimler verilmektedir (Çam ve Engin, 2014).

Psikoeğitim ve aile eğitimi programları, hastalar ve aileleri için uygun maliyetli bir müdahale olarak önerilmiştir. Birçok çalışmada, bakım verici psikoeğitiminin, aile üyelerinin tepkilerini olumlu yönde değiştirdiği, hastaların tedaviye bağlılığını artırmada etkili olduğu (Budiono ve diğerleri, 2021), hastalığın nüksetme oranını, hastanede kalış süresini ve ailelerin yaşadığı stres ve yükü azaltarak hastaların tedaviye uyumunu arttırdığı ve klinik sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğu (Corrigan, 2003; Murray-Swank ve Dixon, 2004), hasta yakınlarının ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgilerini, başa çıkma stratejilerini, yaşam kalitelerini ve sosyal destek duygularını artırdığı bildirilmiştir (Katsuki ve diğerleri, 2022; Lucksted ve diğerleri, 2012).

Farklı aile psikoeğitim müdahale modellerinin içeriğinde genellikle hastalığın belirti ve bulguları, hastalığın seyri, nedenleri, hastaların yaşam kalitesini iyileştirme, ilaç etki ve yan etkileri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, relapsın erken uyarı işaretleri konuları yer almaktadır (Diamond, 2001; Dixon ve diğerleri, 2000; Luciano ve diğerleri, 2012; Pitschel-Walz ve diğerleri, 2001).

2.2. Bakım Verici Psikoeğitimi

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yakınları görünmez bir sağlık sistemi oluşturmaktadır ve toplumdaki psikiyatri hastalarının temel uzun vadeli bakım sağlayıcılarıdır. Hasta yakınları, bakıcı rollerinin bir sonucu olarak sıklıkla çeşitli yükler ve psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır (Jungbauer ve diğerleri, 2003). Birçok aile için depresyon teşhisi, uzun ve zor dönemler anlamına gelir. Daha yüksek bir boşanma oranı ve ciddi mali sıkıntı dahil olmak üzere çok sayıda ailevi ıstırabı içerebilir (Katsuki ve diğerleri, 2022). Bakım verici psikoeğitimi, ruhsal hastalığı olan kişiler için geleneksel ilaç tedavisi ve danışmanlığın yanı sıra optimal tedavinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Dixon ve diğerleri, 2000; Pitschel-Walz ve diğerleri, 2001).

Bakım verici psikoeğitiminin relapsları azaltma, aile içindeki iletişim modellerini geliştirme, ailenin problem çözme ve başa çıkma stratejilerini geliştirme, aile üyelerinin aile dışında sosyal faaliyetlere katılımını teşvik etme ve günlük konuların yönetimine odaklanmakla, sosyal destek sağlama, problem çözme ile ilgili genel hedefleri paylaştığı belirtilmektedir (Henken ve diğerleri, 2007; Katsuki ve diğerleri, 2011; Lemmens ve diğerleri, 2009; Sanford vd diğerleri, 2006; Shimazu ve diğerleri, 2011).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber"de güvenli olarak değerlendirilen eğitim önerileri aşağıda verilmiştir:

1. Depresyon belirtileri ve tedavisine yönelik verilen eğitim hastanın rahatlıkla anlayacağı dilde olmalıdır.
2. Hastanın izninin alınması şartıyla bakım vericiler ve hastanın hayatında bulunan diğer kişilerde; hastalık, işleyiş üzerindeki etkileri (aile ve diğer kişilerarası ilişkiler dahil) ve tedavisine yönelik eğitimden faydalanabilirler.
3. İlaçlar ile ilgili yanlış düşünceler (örneğin, bağımlılık yaptığı) düzeltilmelidir.
4. Depresyon hakkında eğitim tedavinin tüm aşamaları, yineleme riski, tekrarlayan semptomların erken tanınması ve komplikasyon riski veya depresyon atağının ilerlemesini azaltmak için olabildiğince erken olası tedavi gereksinimi ele alınmalıdır.

5. Hastalara geri çekilme davranışları gösterme ihtimalini en aza indirmek için, ilaç tedavisini bir anda tamamen kesmek yerine doz ayarlaması yapılarak ve azaltarak kesilmesinin uygun olduğu belirtilmektedir.

6. Hasta eğitimi aynı zamanda egzersiz yapma, uyku hijyeni şartları, yeterli ve dengeli beslenme, sigara, alkol ve diğer zararlı alışkanlıklardan uzak durma gibi sağlıklı davranışları içerir.

7. Güvenilir olarak kabul gören internet siteleri, broşürler ve kitaplar gibi eğitim kaynakları yüz yüze verilen eğitimin etkisini arttırır (APA, 2010).

Aile yükü ve aile psikoeğitimi müdahalelerinin majör depresyon üzerindeki etkisine ilişkin çalışmaların sayısı hala çok azdır ve titiz bir metodolojiden, net sonuç ölçütlerinden ve yeterli takipten yoksundur. Buna rağmen, depresyon tedavisinde psikoeğitimsel aile müdahalesinin etkinliğine ilişkin az sayıda mevcut çalışma umut verici sonuçlar vermiştir (Luciano ve diğerleri,2012). Birkaç çalışma, bakım verici psikoeğitiminin depresif bozukluk için etkinliği hakkında bilgi vermektedir.

Balkaran ve diğerleri (2021), Beş Batı Avrupa ülkesi üzerinde yaptığı araştırmada, depresyon hastalarının bakım vericilerinin, diğer kronik zihinsel veya fiziksel hastalıkları (örneğin, Alzheimer hastalığı, bipolar bozukluk, şizofreni, kanser veya kronik böbrek hastalığı) olan hastaların bakım vericilerinden daha fazla yüke sahip olduğunu bildirmiştir. Stam ve Cuijpers (2001), yapmış oldukları yarı deneysel çalışmasında; major depresyon, bipolar bozukluk veya psikotik bozukluğu olan hastaların yakınlarına verilen psikoeğitimin hasta yakınlarının yükü üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Kontrol grubu standart tedavi alırken deney grubuna psikoeğitim, beceri eğitimi, destek ve danışmanlık da içeren bir eğitim verilmiştir. Deney grubuna 12 ay boyunca hastalık hakkında bilgi, baş etme becerileri eğitimi, danışmanlık ve destek alırken kontrol grubuna sadece bir kez bilgilendirme toplantısı uygulanmıştır. Psikoeğitim öncesi ve 12.ayın sonunda değerlendirmeler yapılmıştır. Deney grubunda tedavi sonunda ve başlangıçtan 12 ay sonraki izlemde başa çıkma becerileri artmış ve daha az duygusal tükenmişlik yaşadıkları, daha az nesnel yük bildirdikleri belirtilmiştir. Fiorillo ve diğerleri (2011) yürüttükleri aile psikoeğitiminin depresyon hastalarında hastaların klinik durumu, sosyal ilişkileri ve yaşam tarzı ile bakım verici yükü ve sosyal ilişkileri üzerinde etkisini değerlendirdiği randomize kontrollü çalışma; İtalya'da yedi ruh sağlığı merkezinde gerçekleştirilmiştir. Her merkezde, major depresyonu olan 8 hasta ve yakınları çalışmaya dahil edilmiştir. Müdahale

grubundaki 22 aileye 6 ay boyunca psikoeğitim m¼dahalesi uygulanmış, kontrol gurubundaki 22 aileye standart tedavi uygulanmıştır. Çalışma sonunda aile psikoeğitimin hastaların klinik durumu ve yaşam tarzının yanı sıra bakım verici nesnel y¼k¼ ve sosyal ilişiklerini ¼nemli ¼l¼de iyileştirdiği saptanmıştır.

Marguerite ve diğerleri(2017) yaptıkları araştırmada, bakım vericilerin problem çözme, olumlu d¼ř¼nme ve kaçınma gibi başa çıkma stratejilerinin hem kendilerinin hem de hastaların ruh sağlığını etkilediğini bildirmişlerdir. Bakım vericilerin olumlu d¼ř¼nme ve problem çözme yi kullanmaları, kendi kaygı d¼zeylerinde azalma ile ilişkilendirilmiştir. Aksine, kaçınma stratejilerini kullanmaları, bakım vericilerin kendi depresyon ve kaygılarının yanı sıra hastaların kaygısını da artırdığı bildirilmiştir.

Shimazu ve diğerleri (2011) depresyon tedavisinde bakım verici psikoeğitimini incelemek ve ailenin ifade ettiği duyguların etkinliği ¼zerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontroll¼ çalışmada; 57 hasta ve bakım vericisi rastgele m¼dahale ve kontrol grubuna dağıtılmıştır. Kontrol grubu standart tedavi alırken m¼dahale grubuna, hastaların katılımı olmaksızın maj¼r depresyonun epidemiyolojisi, oluş nedenleri, semptomları, tedavisi ve seyri hakkında bilgi vermeye odaklanan, depresyon ve y¼ksek duygu dışavurumu durumlarıyla başa çıkma, problem çözme stratejilerini geliştirmeye y¼nelik d¼rt seanstan oluşan psikoeğitim uygulanmıştır. Çalışma sonunda m¼dahale ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aile psikoeğitiminin m¼dahale gurubunda 9 aylık takibe kadar hastalığın tekrarlamasını ¼nlemede ve aile y¼k¼n¼ ¼nemli ¼l¼de azaltmada etkili olduğu ancak duygu dışavurumu d¼zeylerinde ¼nemli bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Luciano ve diğerleri (2012) tarafından major depresyon hastalarında aile psikoeğitimin etkinliğini araştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, deney grubuna hastalık hakkında bilgi sağlama, tedavileri, erken uyarı işaretleri hakkında bilgi sağlama, iletişim becerileri ve problem çözme stratejilerini ¼đretmeye odaklanan 12 seanslık aile psikoeğitimi programına dahil edilmiştir. Kontrol grubuna hastalık hakkında bilgi, tedavileri ve erken uyarı işaretleri hakkında bilgilendirici bir program uygulanmıştır. Toplam 44 maj¼r depresyon hastası ve bakım vericileri deneysel m¼dahaleyi veya bilgilendirici programa rastgele atanmıştır. Araştırmada psikoeğitimsel aile m¼dahalesi, depresyonun neden olduğu kişisel ve ailevi zorlukların azaltılmasında ve hem hasta hem de hasta yakınları arasındaki sosyal ilişikilerin geliştirilmesinde yararlı olduğu bulunmuştur. Ilgaz (2020), meta analiz metodu kullanarak yapmış oldukları çalışmasında, 1990-2019 yılları arasında T¼rkiye'de farklı kronik hastalıkları olan hastaların bakım vericilerine y¼nelik psikoeğitimin bakım

verici yükü, depresyonu, iyi oluşu, sürekli ve durumluk kaygısı, duygu dışavurumu ve aile işlevselliği üzerindeki etkilerini incelemiştirlerdir. Bu çalışmanın sonuçları psikoeğitimin bakım vericilerin iyi oluş düzeyi ve yük düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olduğunu göstermiştir.

2.3. Depresyon

Depresyon, temel olarak en az 2 haftalık bir süre boyunca sürekli depresif ruh hali (Hao ve diğerleri,2019), derin üzüntüye neden olan duygudurum içinde düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri gösteren bir ruhsal bozukluktur (Çam ve Engin, 2014). Hafif bir depresyon atağı kendini üzüntü, hayattan zevk alamama ve değersizlik duygusu olarak gösterirken, şiddetli durum tekrarlayan intihar etme düşünceleri ile tanımlanır (Hao ve diğerleri,2019).

Depresyon, fiziksel hastalıkların görülme olasılığını artırarak veya var olan hastalığın sonuçlarını kötüleştirerek ölüm riskini artırabilir. Mevcut çalışmalarda, klinik olarak anlamlı depresyon varlığının kardiyovasküler hastalıkların görülme olasılığını ve ölüm oranını (Gathright ve diğerleri,2017;Shi ve diğerleri,2017), ayrıca diyabet (Park ve diğerleri,2013) ve felce(Pan ve diğerleri, 2012) bağlı ölüm oranını arttırdığı bulunmuştur.Majör depresyonu olan bireylerin, intihar nedeniyle ölümleri hariç tutulduğunda bile, depresyonu olmayan bireylere göre ortalama olarak yaklaşık 10 yıl önce öldüğü tahmin edilmektedir(Cuijpers ve diğerleri,2014; Walker ve diğerleri,2015).

Depresyon her yaşta ortaya çıkan birincil halk sağlığı sorunudur. Bu kronik bozukluk, hastaların psikososyal ve mesleki işlevlerini büyük ölçüde zayıflatır, hastaların duygularını, ayrıca kendilerini ve çevrelerindeki dünyayı algılamalarını etkiler (Xu ve diğerleri,2021). Kanıta dayalı tedavilere rağmen, tüm depresyon hastalarının yaklaşık %20'si tipik olarak 2 yıl veya daha uzun süre depresif belirtiler dönemi olarak tanımlanan kronik bir seyir geliştirir (Cladder-Micus ve diğerleri,2018). Takip çalışmaları, depresyonun önemli morbidite ve mortalite ve kronikleşme eğilimi ile ilişkili uzun vadeli, tekrarlayan bir durum olduğunu göstermektedir. Hastaların dörtte üçü birden fazla depresyon epizodu yaşar ve ilk epizod daha genç yaşta ortaya çıkarsa ve ailede depresyon öyküsü varsa tekrarlama riski daha yüksektir (Hollon ve diğerleri,2006). Her yeni atakla tekrarlama riski artar ve depresif

atak sayısı arttıkça yaşam stresinin tekrarlama üzerindeki etkisi azalır(Kendler ve diğerleri,2000).

2.3.1. Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılı verilerine göre; dünyada 280 milyondan fazla insan depresyondan muzdariptir bu da depresyonu küresel olarak üçüncü en büyük hastalık yükü haline getirmektedir ve 2030 yılına kadar ilk sırada yer alması beklenmektedir (World Health Organization [WHO], 2019). 2020 yılında, COVID-19 pandemisinin bir sonucu olarak dünya çapında depresyon hastalarının yaklaşık %28 arttığı tahmin edilmektedir (Herrman ve diğerleri, 2022 ; Xiong ve diğerleri, 2020). Bu bulgular, depresif bozuklukların halk sağlığı açısından güncel bir sorun olduğunu ve politika yapımcılar için gelecekte de zorluk teşkil edeceğini vurgulamaktadır.

İnsanların yaklaşık %17'sinin yaşamları boyunca en az bir kez depresyon yaşadığı bildirilmiştir (Andrade ve diğerleri, 2003). Her yeni dönemin ardından, depresyon dönemleri daha da kötüleşir ve tekrarlama riski artar (Kendler ve diğerleri,2000; Zhang ve diğerleri,2018). Araştırmacılar, bir major depresyon atağı yaşadıkten sonra tekrarlama riskinin %50, ikiden sonra %80 ve üçten sonra %90'a kadar çıkabileceğini bildirmişlerdir (Katon ve diğerleri,2001; Kessing ve diğerleri,2004; Monroe ve Harkness, 2022). Bu tekrarlamalar, birey, aile ve toplum için oldukça yüksek maliyetlerle ilişkilidir ve sağlık hizmetleri sistemlerine önemli maliyetler getirir. Greenberg ve diğerleri (2015), major depresif bozukluğun ulusal ekonomik yükünün 2010 yılında tahmini 210,5 milyar dolar olduğunu bildirmiştir.

Kadınlar erkeklere oranla daha yüksek depresyon oranlarına sahiptir; ortalama olarak oran 2:1'dir (Andrade ve diğerleri, 2003; Faravelli ve diğerleri, 2013;Kuehner,2017; Salk ve diğerleri,2017).Ergenlik öncesi 11 ila 13 yaşlarında erkek çocukların depresyona girme olasılığı kızlardan daha fazla olduğu, 15 ila 19 yaşları arasında kızlarda depresyon yaygınlığı iki katına çıktığı (Cyranowski ve diğerleri, 2000, Bijl ve diğerleri, 2002), menopoza girilen ileri yaşlarda 35 ila 40 yıl boyunca devam ettiği bildirilmiştir (Cairney ve Wade, 2002; Kornstein ve diğerleri,2000). Erkeklerde depresyon oranlarının düşük olması ile yüksek intihar oranları bildirilmiştir (Olfiffe ve Phillips,2008; Swetlitz,2021). Literatürde yaygın olarak erkeklerin depresyon ve intihar eğilimi için yardım arama konusundaki

sessizliği, düşük ruh sağliğı okuryazarlığı (Oliffe ve diğerleri,2016), damgalanma (Oliffe ve diğerleri,2016) ve bir akıl hastalığı olduğu için zayıf olarak görülme korkusu, kendi kendini idare edememesi ve/veya hastalıklarını gizledikleri belirtilmektedir (Struszczyk ve diğerleri,2019).

2.3.2. Etiyolojisi

Son birkaç on yılda nörobilim araştırmalarındaki muazzam ilerlemeye rağmen hastalığın patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Araştırmalarda, değiştirilmiş serotonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemler, artmış inflamasyon, HPA eksenini anormallikleri, vasküler değişiklikler ve azalmış nörojenez ve nöroplastisite dahil olmak üzere çeşitli mekanizmaları kapsamaktadır. Ancak bu bulgular her hastada mevcut değildir ve doğrudan bu mekanizmaları hedef alan tedaviler sadece kısmen araştırılmıştır (Dean and Keshavan,2017).

Yapılan araştırmalar, depresyon için güçlü bir genetik yatkınlığın varlığını ve çevresel faktörlerin önemini ortaya koymaktadır. Depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon görülme riski %30-40 olarak bildirilmektedir (Geschwind ve Flint, 2015; Otte ve diğerleri,2016; Sullivan ve diğerleri,2000).Özellikle ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda depresif bozuklukların gelişiminde genetik faktörlerin önemli bir rolü olduğu saptanmıştır. Tek yumurta ikizlerinin eş zamanlı hastalanma oranı %37 olarak tespit edilmiştir. Tek yumurta ikizlerinin eş zamanlı hastalanma oranı, çift yumurta ikizlerinin oranından 2-4 kat daha fazladır (Kozy ve Varcarolis, 2010).

İnsan nörogörüntüleme çalışmaları ve hayvan modellerini kullanan araştırmalar, depresyonun çeşitli beyin bölgeleri arasındaki bağlantılardaki işlevsel bozukluklardan kaynaklandığını ve beyin yapılarının değişiminde rol oynadığını bildirmiştir (Bagot ve diğerleri,2015;Christoffel ve diğerleri,2015). Bu tür çalışmalar, depresyonun yapı ve fonksiyonel morfolojideki değişikliklerle ve ayrıca etkilenen beyin bölgelerindeki transkripsiyon faktörleri gibi hücrenel faktörlerin modülasyonu ile ilişkili olduğunu da bildirmiştir (Christoffel ve diğerleri,2015). Accumbens çekirdeği, depresyonda yer alan nöronal devrelerin ana düzenleme merkezi olarak kabul edilir.Accumbens çekirdeği, prefrontal korteks, ventral hipokampus ve amigdala bölgeden gelen limbik ve kortikal bilgileri bütünleştirir.Depresyonla ilişkili beyin bölgeleri aynı zamanda dorsal ve medial

prefrontal korteksleri, insular lobu, orbitofrontal korteksi, amigdalayı, hipokampusu ve singulat korteksi içerir. Beynin bu bölgelerindeki metabolizmadaki azalmalar, depresyonun başlamasını teşvik eder ve ilerlemesini büyük ölçüde hızlandırdığı bildirilmiştir(Song ve Kim,2021).

Endokrin sistem ile beyin kimyası arasındaki ilişki yıllardır araştırılmaktadır (Brambilla, 2000). Depresyon genellikle hiperkortizolemi ve glukokortikoid direnci ile ilişkilidir (Raison ve Miller, 2003). Özellikle yaşamın erken dönemindeki stres, intrauterin dönemdeki anne stresi de dahil olmak üzere, epigenetik mekanizmalar yoluyla glukokortikoid duyarlılığını etkiler ve bağışıklık sisteminin kortizole duyarlılığını azaltır (Wadhwa ve diğerleri, 2011). HPA eksenini ve bağışıklık sistemi arasındaki iletişimdeki bu değişiklikler, enflamatuar ve metabolik hastalıkların yanı sıra depresyon oluşumuna yol açar (Heim ve diğerleri, 2008; Lima-Ojeda ve diğerleri,2018;Moulton ve diğerleri, 2015).

Depresyon hastalarında yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında depresyonda toplam beyin hacminde (Lima-Ojeda ve diğerleri,2018), amigdalada serotonin taşıyıcısında (5-HTT),amigdala hacminde, glial hücre yoğunluğunda bir kayıp ve nöronal boyutta bir önemli azalma olduğubelirtilmektedir (Campbell ve diğerleri,2004; Cole ve diğerleri, 2011; Koolschijn ve diğerleri,2009; Videbech ve Ravnkilde,2004).Çalışmalarda, depresif beyinde büyüme faktörlerinde ve enflamatuar proteinlerde ve stresle ilişkili enzimlerde ve protein etkileşim sisteminde değişiklikler olduğu öne sürülmüştür (Hacımusalar ve Esel,2018; Miller ve diğerleri,2009).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, depresyon hastalarında mikrobiyom değişikliklerinin varlığımaışaret edilmektedir (Rogers ve diğerleri, 2016).Depresyon hastaları, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında Firmicutes, Actinobacteria ve Bacteroidetes'in göreceli bolluğunda önemli değişiklikler gösterir (Cheung ve diğerleri, 2019; Zheng ve diğerleri, 2016). Yakın zamanda yapılan bir kohort çalışmasında, depresyonu olan hastaların çeşitli bağırsak bakteri türlerinde (Coprococcus ve Dialister) eksiklik olduğu bildirilmiştir. Özellikle Coprococcus, depresyon hastalarında etkilenen ve ayrıca bir antiinflammatuar olan bütiratın üretimine yol açan dopamin yolunun aktivitesi ile ilişkilendirilmiştir (Valles-Colomer ve diğerleri, 2019).

Depresyonun ortaya çıkışını açıklamaya çalışan hipotezlerden biri Diyatez-Stres Modelidir. Bu modele göre, depresyona tek bir biyolojik veya psikolojik faktör neden

olmaz. Bunun yerine, strese karşı olumsuz bir tepkiye yatkın olan savunmasız bir hastada, tekrarlanan stres etkenleri, önceden var olan savunmasızlığın kendini göstermesine neden olabilir(Colodro-Conde ve diğerleri,2018;Dean and Keshavan,2017).

Çok erken, erken ve/veya geç çevresel stresörlerdepresyonla ilişkilendirilmiştir (Lopizzo ve diğerleri,2015; Rice ve Barone,2000). Bozulmuş bir fetal dönem, bir sonraki depresif dönem geliştirme riski ile ilişkilendirilmiştir (Thompson ve diğerleri, 2001). Doğum öncesi dönemde, anne enfeksiyonları, annenin stresi ve annenin yetersiz beslenmesi (Bale ve diğerleri, 2010), doğum öncesi alkol kullanımı (O'Connor ve Paley, 2006), düşük doğum ağırlığı, çocukluk ve/veya ergenlik döneminde ebeveyn kaybı ve gergin ebeveyn ortamı (Thompson ve diğerleri, 2001;Yap ve diğerleri, 2014), çocukluk çağı travmaları, çocuklukta kötü muamele, cinsel istismar, şiddet gibi olumsuz çocukluk çağı deneyimlerine maruz kalma (Baumeister ve diğerleri, 2016; Coelho ve diğerleri, 2014; Grosse ve diğerleri, 2016;Rubino ve diğerleri, 2009; Rasmussen ve diğerleri, 2020) ergenlik dönemindeki ağır psikososyal olaylar, işsizlik, sosyal izolasyon, ilişki stresörleri gibi farklı olumsuz yaşam stresörlerinin depresyon oluşumuna öncüllük ettiği bilinmektedir (Beurel ve diğerleri,2020; Mendoza,2019; Mullins ve diğerleri,2016; Read ve diğerleri,2017).

2.3.3. Tanı ve Sınıflandırma

Majör depresif bozukluğun psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında kullanılan son güncel basım olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)'e göre:

Aynı 2 haftalık süre içinde, önceki işlevsellikte bir değişikliği temsil eden ve belirtilerden en az birinin ya depresif ruh hali ya da günlük yaşam etkinliklerine karşı ilgi ya da zevk kaybı olduğu aşağıdaki belirtilerden beş ya da daha fazlasının olması (belirtiler açıkça başka bir tıbbi duruma atfedilebilir olanlar dahil değildir).

1. Hemen hemen her gün, günün büyük bir bölümünde, ya öznel bildirimle (örneğin, üzgün, boş ya da umutsuz hissetme) ya da başkaları tarafından yapılan gözlemlerle (örneğin, ağlamaklı görünme) belirtildiği gibi depresif ruh hali (Çocuklarda ve ergenlerde, depresif bir ruh hali sinirli bir ruh hali olabilir).

2. Günün büyük bölümünde, hemen hemen her gün, etkinliklerin hepsine ya da neredeyse tümüne karşı ilgi ve zevkte belirgin azalma (öznel açıklama ya da gözlemlerle belirtildiği üzere).

3. Diyet yapmadığınız halde önemli kilo kaybı veya kilo alımı (örneğin, bir ayda vücut ağırlığının >%5'i kadar değişiklik) veya hemen hemen her gün iştahta azalma veya artış. (Çocuklarda beklenen kilonun alınmaması dikkate alınmalıdır.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk veya çok uyuma.

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama (başkaları tarafından gözlemlenebilir, yalnızca huzursuzluk veya yavaşlama duyguları değil).

6. Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı.

7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olmaktan dolayı kendini suçlama ya da suçluluk duyma değil).

8. Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık (ya öznel olarak ya da başkaları tarafından gözlemlendiği gibi).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri veya bir intihar girişimi ya da intihar etmek için özel bir plan(Park ve Zarate,2019).

Depresyonun Şiddeti

Hafif depresyon: Teşhis için gerekli olan belirtilerin çok azı varsa bile vardır, belirtilerin yoğunluğu rahatsız edicidir, ancak yönetilebilir ve belirtiler sosyal veya mesleki işlevsellikte hafif bozulma ile sonuçlanır.

Orta derecede depresyon: Belirtilerin sayısı, belirtilerin yoğunluğu, fonksiyonel bozulma veya tüm bu değişkenler “hafif” ve “şiddetli” olarak belirtilenler arasındadır.

Şiddetli depresyon:Belirtilerin sayısı tanı koymak için gerekenden önemli ölçüde fazladır, belirtilerin yoğunluğu ciddi şekilde rahatsız edicidir ve kontrol edilemezdir ve belirtiler sosyal ve mesleki işlevselliğe belirgin şekilde müdahale eder.

Kapsamlı bir depresyon değerlendirmesi, yalnızca bir semptom sayımına dayanmamalı, işlevsel bozukluğun, sakatlığın veya her ikisinin derecesini de dikkate almalıdır (Park ve Zarate,2019).

2.3.4. Tedavisi

Hastalığın tedavisinde antidepresanlar ve antidepresanların etkisini artıran diğer ilaçlar, bilişsel davranışçı terapi ve kişiler arası psikoterapi gibi kanıta dayalı psikoterapiler, elektrokonvülsif terapi, transkraniyal manyetik stimülasyon ve vagus sinir stimülasyonu, egzersiz dahil olmak üzere farmakolojik olmayan tedaviler uygulanmaktadır(Beurel ve diğerleri,2020; Nemeroff,2020; Qaseem ve diğerleri,2016).

Depresyon tedavisinde antidepresanlar birinci basamak tedavidir (Ijaz ve diğerleri,2018). 1950'lerin sonlarında ve 1960'larda MAO (monoamin oksidaz inhibitörleri) inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar ile başlayan, ardından 1987'de ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanan fluoksetin, bir dizi başka seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) (sertralin, paroksetin, sitalopram, essitalopram, fluvoksamin), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI)'ler (duloksetin ve venlafaksin dahil) ve son olarak bir dizi başka (bupropion, nefazodon, trazodon, mirtazapin, vortiooksetin, reboksetin, agomelatin) ilaçlar kullanılmaktadır (Nemeroff,2020; Qaseem ve diğerleri,2016).

Antidepresanların etkileri, kullanıma başladıktan 1 ila 3 hafta sonra başlar. Hasta hüzünlü, kederli düşüncelerden uzaklaşmaya ve kendini daha enerjik hissetmeye başlar. Bu dönemde hastanın intihar riski özellikle yükselir. İlaçların etkisini tam olarak göstermesi 4-6 hafta sonunda gerçekleşir. Eğer hastanın durumunda bir iyileşme gözlemlenmezse 4.haftada ilacın dozu artırılır yada başka bir antidepresan ilaca geçilir. Kısmi bir yanıt alınmışsa antipsikotikler de tedaviye eklenebilir (Çam ve Engin, 2014).

Hastalığın tedavisinde, depresif belirtilerin tamamen ortadan kaldırılması, sosyal işlevin tamamen iyileşmesi ve hastalığın tekrarlamasının önlenmesi temel amaçtır. Bununla birlikte, hastaların büyük bir kısmı ilk tedaviden sonra iyileşme dönemi yaşamaz ve daha uzun tedavi döneminde daha da düşük iyileşme oranları vardır(Chen ve Hu,2019). Yeterli ilaç ve psikoterapi denemelerine rağmen hastaların yaklaşık %20-30'u yaygın depresif belirtiler yaşamaya devam ettikleri bildirilmiştir (Rush ve diğerleri, 2006). Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) kılavuzu, antidepresanlara yanıt vermeyenler için 'bir sonraki adım'ın antidepresan ilacın dozunda veya türünde bir değişikliği, başka bir ilacın eklenmesini veya psikoterapiye başlanmasını içerebileceğini önermektedir (Ijaz ve diğerleri,2018). Tedaviye dirençli hastalarda tedavi seçenekleri sınırlıdır ve genellikle kombinasyon, güçlendirme veya ilaçların değiştirilmesi, elektrokonvülsif tedavinin

başlatılması veya diğer nörostimülasyon stratejilerinin denenmesi dahil olmak üzere aynı yöntemlerin devamlı kullanımını içerir (Akil ve diğerleri,2018).

Literatürde ilaç tedavisi ve psikoterapinin birlikte kullanımının tek başına psikoterapi veya ilaç tedavisinden daha etkili olduğu belirtilmektedir (Amick ve diğerleri, 2015; Cuijpers ve diğerleri, 2009; Cuijpers ve diğerleri, 2013; De Maat ve diğerleri, 2007).Majör depresyon tedavisinde 350'den fazla randomize çalışma (Cuijpers ve diğerleri, 2008), bilişsel davranışçı terapi (Churchill ve diğerleri, 2001, Cuijpers ve diğerleri, 2013),davranışsal aktivasyon terapisi (Ekers ve diğerleri, 2008), kişilerarası psikoterapi (Cuijpers ve diğerleri, 2011), problem çözme terapisi (Malouff ve diğerleri, 2007) danışmanlık (Cuijpers ve diğerleri, 2012) ve psikodinamik terapiler (Leichsenring and Rabung, 2008, Driessen ve diğerleri, 2015), parlak ışık tedavisi(Mendoza,2019)dahil olmak üzere çeşitli psikoterapilerin ve elektrokonvulsif tedavinin (Hermida ve diğerleri, 2018)etkili olduğunu göstermiştir.

EKT(Elektrokonvulsif Tedavi); Elektrokonvulsif Tedavi(EKT) belli psikiyatrik rahatsızlıklar için güvenli ve etkili bir tıbbi tedavidir. EKT, nörotransmitterlerin değişimine yol açarak depresif duygudurumunu ortadan kaldırmaktadır. EKT kullanımı antidepresanların keşfedilmesiyle azalmıştır (Çam ve Engin, 2014).

Psikoterapiler depresif bozukluklarda sıklıkla kullanılırlar. Psikoterapi, geleneksel anlamda psikolojik sıkıntıları olan kişilerin, sıkıntılarının ne olduğunu anlamaları, sıkıntılarının kökenleri hakkında bir iç görü kazanmaları ve bunlara uygun çözüm yolları bulmaları için öneriler getiren her türlü yöntem olarak tanımlanabilir (Çam ve Engin, 2014). Depresyonun tedavisinde 1960'lı yıllara kadar ağırlıklı olarak ilaçlar ve klasik psikanliz terapimodeli kullanılmaktayken günümüzde ise özellikle bilişsel ve davranışçı terapiler, kişilerarası ilişkiler terapi yaklaşımları, grup terapileri ve psikodinamik terapiler klinik alanda sıkça tercih edilmektedir. Hasta psikoterapi sürecini tamamladığında süreç başarılı olduysa, belli bir iç görü kazanmış olurve yaşamla başa çıkarken belli yaklaşımların onu depresyona götürebileceğinin farkına varabilir. Ayrıca hasta depresyona yatkınlığı olduğunu bildiği için, terapiden sonra bir daha depresyona girme eşiğine geldiğinde bu durumun daha hızlı farkına varabilir (Örsel, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.4. İyileşme Kavramı

Geçmişte, ruh sağlığı alanındaki uygulamalara, ciddi akıl hastalığı olan bireylerin iyileşmediği inancı rehberlik ediyordu. Hastalıklarının seyri ya kötümser, kötüleştirici ya da iyimser olarak bir idame süreci olarak görülüyordu. Son otuz ila kırk yılda yapılan araştırmalarda, birçok kişi için bir iyileşme vizyonunun elde edilebileceğini göstermektedir. Ruh sağlığı hizmetleri ciddi akıl hastalığı olan kişiler için iyileşmeyi teşvik eden hizmetlerin geliştirilmesini savunmuşlardır. Bugün, özellikle iyileşme sonuçlarına ulaşmak için hizmetlerin ve sistemlerin dönüştürülmesine yönelik çok çaba sarf edilmektedir (Farkas,2007).

Son otuz yılda ruhsal hastalıkla kişisel bir yaşam süreci olarak tanımlanan iyileşme, ruh sağlığı bakımında öne çıkan bir kavram haline gelmiştir(Whitley ve Drake, 2010). İyileşme, Dünya Sağlık Örgütü'nün kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020'nin (WHO, 2013) ayrılmaz bir unsuru olarak yer alarak, dünya çapında ruh sağlığının en çok tartışılan yönlerinden biri olmaya devam etmektedir (WHO, 2013). Kavram olarak, siyah güç aktivizmi, kadın özgürlüğü, gey, lezbiyen ve fiziksel engelli eşitlik hareketlerinin yanı sıra 1960'larda Sivil Haklar Hareketi'nden (Roberts ve Wolfson,2004) doğan hizmet kullanıcı hareketinin temel felsefesi olarak ortaya çıkmıştır (Adame ve Knudson, 2007).

Literatürde iyileşme kavramına yönelik iyileşmenin değişik yönlerine dikkat çeken çeşitli tanımlamaların olduğu görülmektedir. Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre iyileşme, 'iyileşmek işi' anlamında tanımlanmaktadır(Türk Dil Kurumu [TDK], 2022).Anthony, iyileşmeyi, hastalık deneyimine rağmen yeni anlamlar ve amaçlar geliştirmek ve böylece anlamlı bir hayata ulaşmak amacıyla her kişiye özgü bir süreç olarak tanımlamıştır (Anthony,1993). Boardman ve Shepherd(2012), iyileşmeyi, insanların semptomlar olsun ya da olmasın anlamlı bir yaşam kurma haklarına ilişkin bir dizi değer olarak tanımlamıştır. Birçok yönden iyileşme bireysel bir süreçtir. Smith-Merry ve diğerleri (2011), iyileşmeyi, bireyin “akıl hastalığıyla başa çıkma ve akıl sağlığına yönelik çalışma konusunda kendi bilgi ve deneyimlerini” kullandığı “son derece bireysel bir süreç” olarak tanımlamıştır.

İyileşme kavramı, klinik iyileşme ve kişisel iyileşme olmak üzere iki ana kategoriye göre tanımlanmıştır (Frost ve diğerleri,2017; Gopal ve Henderson, 2015; Slade ve Longden, 2015; Yıldız,2015). Kişisel bakış açısı, iyileşmeyi bir yolculuk veya süreç olarak görürken, klinik bakış açısı bunu bir sonuç olarak kabul eder (Drake ve Whitley, 2014; Frost ve

diğerleri, 2017). Kişisel iyileşme, kişisel büyüme ve gelişmeyi, semptomların iyileşmesini, kontrolü yeniden kazanmayı ve kişisel olarak tatmin edici ve anlamlı bir yaşam kurmayı içeren sürekli bir süreçtir ve sağlıklı bir duruma geri dönmeyi içerir (Gopal ve Henderson,2015; Drake ve Whitley,2014; Yıldız,2015). Aynı zamanda artan bir faillik ve özerklik duygusunu da kapsamaktadır (Drake ve Whitley,2014). Bazı araştırmalar, kişisel iyileşmeyi, kişinin kişisel umutlarının, özlemlerinin, kişisel yeteneklerinin peşinden gitmesi ve kişisel olarak kabul edilebilir bir yaşam kalitesine ulaşması olarak tanımlamıştır (Boardman ve Shepherd, 2012; Davidson ve Roe,2007; Noordsy ve diğerleri,2002; Yıldız,2015).

Klinik iyileşmeyi kişisel iyileşmeden ayırt etmek önemlidir. Klinik iyileşme biyomedikal bir bakış açısıyla hastalığı iyileştirmeyi veya semptomları azaltmayı ifade eder. Kişisel iyileşme, kendi kaderini tayin etme, umudu sürdürme ve anlamlı bir hayat inşa etme ile yakından ilişkilidir. İyileşmenin uluslararası alanda kullanılan sayısız tanımı ve modeli arasında çok az fikir birliği olmasına rağmen (Andresen, Oades ve Caputi, 2011) bugüne kadarki en büyük ve en sistematik çaba bir model olarak sonuçlanmıştır. Model,kişisel iyileşmenin beş boyuttan oluşan bir süreç olarak kavramsallaştırılabileceğini önermektedir.Bunlar, ‘hayata bağlılık’, ‘geleceğe dair umut ve iyimserlik’, ‘hasta olmanın ötesinde ve damgalanma olmadan olumlu bir kimlik’, ‘yaşamı anlamlandırma’ ve ‘güçlendirme’ süreçlerine dayanan bir süreç olarak ifade edilmektedir(Leamy ve diğerleri,2011).

İyileşme, İngiltere, İrlanda, ABD, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda dahil olmak üzere birçok ülkede ruh sağlığı politikasını etkilemiştir ve iyileşme odaklı hizmet ve uygulamalara yön vermiştir (Boardman ve Shepherd, 2012). Bu değişim hareketi iyileşmeyi, kimlik duygusu gibi kişisel deneyimle ilgili değişkenlerin birçok yönünü içeren bir süreç olarak nitelendirilmesi ve iyileşmenin bireylerin hastalık belirtilerinin olmaması ve işlevlerinin tam olarak yerine getirilmesi olarak değil hastaların yaşamlarını anlamlı ve yaşanmaya değer bulmaları, hastalığın getirdiği sınırlamaları göz önüne alındığında yetenek ve yeterliliklerinin farkında olmaları ve bunları değerlendirmek ve hayata umutla tutunmak için girişimlerde bulunması vurgusu ruh sağlığı politikalarında benimsenmiş ve tedavi kılavuzlarında yerini almıştır (Avdibegovic ve Hasanovic,2017; Çam ve Yalçın, 2018; Leonhardt ve diğerleri, 2017; Oexle,2018; Van Weeghel,2019).

2.4.1. İyileşme Süreci ve Hemşirelik

Akıl hastalığından kurtulma, birçok alanda kişisel karar almayı içeren bir süreçtir (Camann, 2010). Hemşirelik, kişilerarası ilişkiler yoluyla bakım sürecine devam eden bir bağlılığa sahiptir (Barker ve Buchanan-Barker, 2011). Hemşireler, bireylerin kişisel sağlık durumlarını değerlendirmelerine ve sağlık davranışlarını iyileşme planlarına entegre etmelerine yardımcı olmak için benzersiz bir konumdadır. Değerlendirme araçlarının, motive edici görüşme tekniklerinin ve iyileşme planlamasının kullanılması, bireylerin sağlıkları hakkında kararlar almalarına, yeni davranışları denemelerine ve sağlıklı yaşam davranışlarını bir iyileşme planına ve faaliyetlerine entegre etmelerine yardımcı olabilir (Camann, 2010). Hemşireler, hastaların savunuculuğunun ve onların ihtiyaç ve ilgilerinin onurlu ve değerli kişiler olarak dikkate alınmasının, hemşirelik hizmetlerinin tasarımı ve yürütülmesinin doğasında bulunan birincil değerler olduğunu savunurlar (Barker ve Buchanan-Barker, 2011).

İyileşme yönelimi, akıl sağlığı sorunları yaşayan kişilerin ayrımcılık ve sosyal dışlanma ile karşı karşıya kaldığını, sosyal ve yapısal engellerin iyileşmeyi geciktirdiğini kabul eder (Morrow ve Weisser, 2012). Ruh sağlığında iyileşme yöneliminin yol gösterici ilkeleri arasında kendi kendini yönetme, akran desteği, güçlendirme, saygı, sorumluluk, umut, bütüncül, doğrusal olmayan, güçlü yönler dayalı, bireyselleştirilmiş ve kişi merkezli bir iyileşme anlayışı yer alır (Center for Substance Abuse Treatment, 2007).

Kişisel iyileşme, dünya çapında ruh sağlığı hizmetlerinde öne çıkan bir kavram haline gelmiştir. Kişisel iyileşmeyi destekleyen faktörler (Wood ve Alsawy, 2018) ve iyileşme odaklı uygulamanın temel ilkeleri netleştirilmiştir (Chester ve diğerleri, 2016; Cusack ve diğerleri, 2017) ancak iyileşme odaklı bakım sağlamanın kolay olmadığı belirtilmiştir (Cusack ve diğerleri, 2017; Holley ve diğerleri, 2016). Hemşirelik eğitiminde iyileşme modeli öğretilmekle birlikte, klinik iyileşmeyi amaçlayan biyomedikal modele dayalı hastane merkezli geleneksel ruh sağlığı bakım kültürünün etkisi klinik uygulamada kalıcılığını sürdürmektedir. Sadece davranışı değil değerleri de değiştiren iyileşme modeline doğru bir paradigma kayması esas olduğu belirtilmiştir (Klevan ve diğerleri, 2021; Prince-Robertson ve diğerleri, 2017; Ramon, 2018).

Ruh sağlığına bütüncül iyileşme odaklı bir yaklaşımın benimsenmesinde, klinik hemşirelik uygulamasında iyileşme odaklı politikayı benimsemek için sağlık uzmanlarına

becerilerin, yeterliliklerin ve desteklerin en iyi nasıl geliştirileceği konusunda rehberlik eden araştırmaya dayalı kanıtlara ihtiyaç vardır (Cusack ve diğerleri,2017).İyileşme odaklı bakım, bireylerin iyi bir hayat yaşamak için hayatlarının kontrolünü yeniden ele geçirmek amacıyla çıktıkları eşsiz yolculuğu kabul eder (McKenna ve diğerleri, 2014). İyileşme odaklı hizmetler dünya çapında giderek daha fazla talep görmektedir. Bu hizmetler, akıl hastalığından kurtulmayı yalnızca semptomların hafiflemesi olarak değil, aynı zamanda bireylerin kendilerini yeniden tanımlama ve kalıcı semptomlarla bile “iyi yaşama” yeteneği olarak değerlendirir (Kaewprom ve diğerleri,2011).

Literatürde iyileşme odaklı hemşirelik uygulamalarına bir örnek, bir grup formatının faydalarından yararlanırken bireysel iyileşme sürecine odaklanan İyileşmeye Doğru Adımlar Programıdır. Program ilk olarak İsveç'te kırsal bir hastane ortamında geliştirilmiştir (Folke ve diğerleri, 2015b) ve harekete geçirmeye dayanmaktadır (Folke ve diğerleri, 2015b; Salberg ve diğerleri, 2022). Harekete geçirme,aynı konu üzerinde düşünüp durma ve kaçınma davranışını azaltmayı ve olumlu pekiştirmeyi teşvik eden faaliyetlere hasta katılımını artırmayı amaçlayan psikolojik bir müdahaledir (Kanter ve diğerleri, 2010). İyileşmeye doğru adımlar uygulamasının odak noktası, yaşam ve sağlık üzerindeki kontrolü yeniden kazanmak için kullanılabilecek yeni stratejiler geliştirmektir. İyileşmenin merkezi bir yönü olan katılım (Barker, 2001) iyileşmeye doğru adımlar için başlangıçtır ve her hastanın imkanlarına ve ihtiyaçlarına bağlıdır. Deneysel çalışmalar, iyileşmeye yönelik hizmetleri harekete geçirmeye dayalı hemşirelik müdahalelerinin, psikiyatri bakımında hastalar için yaşam kalitesinin artması, yaşam tarzı değişiklikleri, daha yüksek aktivite seviyeleri ve azalmış depresif belirtiler gibi yararlı olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Banducci ve diğerleri, 2013; Clignet ve diğerleri, 2012; Folke ve diğerleri, 2015a; 2015b; Gollan ve diğerleri, 2014; Snarski ve diğerleri, 2011).

Ruhsal hastalığı olan kişilerin iyileşmesini artırmak için toplumda iyileşmeye yönelik hizmetler sağlanmalıdır. İyileşme odaklı hizmetler, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sağladığı süreç ve kaynaklar aracılığıyla istihdam, daha iyi kişisel yaşam yönetimi, kendi kaderini tayin etme ve sosyal ilişkiler biçimlerinde ruh sağlığının iyileşmesine katkıda bulunur (Winsper ve diğerleri, 2020). Toplum ruh sağlığı kurumları, ruhsal bozukluk tanısı konan kişilerin toplumla bütünleşmesini teşvik etmek için çeşitli hizmetler sunmaktadır. Ancak ulusal ruh sağlığı istatistikleri, ruhsal hastalığı olan kişilerin %22,2'sinin ruh sağlığı hizmetlerini kullandığını bildirmiştir (Ulusal Ruh Sağlığı Merkezi, 2020). Toplumda yaşayan ve ruhsal bozukluk tanısı almış kişilere yönelik toplum bütünleşmesini ve olumlu

düşünmeyi teşvik edebilecek hemşirelik müdahaleleri geliştirilmeli ve aktif olarak uygulanmalıdır. Örneğin, onlara gönüllü olarak topluluk katılımı, grup bazlı topluluk etkinlikleri ve akran destek programları gibi sosyal katılım fırsatlarının sağlanması önemli olabilir. Ayrıca müdahaleler hastalığa veya zayıflığa değil, pozitif düşünceye ve güce dayanmalıdır. Ayrıca toplumda yaşayan ruhsal bozukluk tanısı almış kişilerin toplum ruh sağlığı hizmetlerinden ve toplum kaynaklarından yararlanabilmeleri ve toplumsal faaliyetlere gönüllü olarak katılabilmeleri için hizmet bilgilerine kolay erişimi sağlayacak bir halkla ilişkiler planı oluşturulabilir.

2.5. Depresyon ve Aile Yüğü

Depresyon, topluma, ailelere ve bireylere büyük yük getiren, yüksek yaygınlığı, yüksek yetiyitimi ve yüksek ölümlle karakterize bir ruhsal bozukluktur (An ve diğlerleri, 2021;Zhao, ve diğlerleri, 2020).Depresyon, küresel hastalık yükünün %4,3'ü ile en yüksek orana sahiptir ve dünya çapında ruhsal hastalıkların en büyük tek nedeni arasındadır (Walke ve diğlerleri, 2018). Dünya çapında depresyon vakalarının sayısının 1990'dan 2017'ye kadar %49,86 arttığı bildirilmiştir. Araştırmalar, genetik ve psikolojik faktörlerin yanı sıra sigara ve alkol tüketimi gibi sağlıksız yaşam tarzlarının da depresyon riskini artırdığını ortaya konmuştur (Gravely-Witte ve diğlerleri, 2009 ; Pavkovic ve diğlerleri, 2018). Ayrıca uykusuzluğun depresyon riskini artırdığı bildirilmektedir (Li ve diğlerleri, 2016). Çok sayıda çalışma, bazı hastalıkların depresyon oluşumuyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Depresyon, inmenin en yaygın nöropsikiyatrik sonuçlarından biri olduğu (Hackett ve diğlerleri, 2005) ve kanser hastalarında (Sotelo ve diğlerleri, 2014), AIDS hastalarında (Elbadawi ve Mirghani, 2017) depresyon görülme oranının fazla olduğu ve kötü prognozla ilişkilendirildiği, enterovirüs enfeksiyonu olan çocuk ve ergenlerin depresyona duyarlı olduğu belirtilmiştir (Liao ve diğlerleri, 2017). Psikiyatri hastalarının kurumlardan ayrılması ve toplumdaki ruh sağlığı hizmetlerinin eşzamanlı olarak gelişmesiyle birlikte, hasta bakımının sorumluluğu büyük ölçüde ön saflarda bakıcı olarak hareket eden aile üyelerine devredilmiştir (Bloch ve diğlerleri, 1995) ve bu durum bakım verici yükünü istemeden artırabilmektedir (Ahmad ve diğlerleri, 2015). Kronik ruhsal hastalığı olan aile üyelerine veya arkadaşlara bakmak, bakım vericilerin yaşamları üzerinde artan psikolojik sıkıntı, azalan sosyal aktivite, düşük yaşam kalitesi, istihdam engeli ve sağlık hizmetlerinden daha

fazla yararlanma dahil olmak üzere büyük etkiler getirdiği, ailelerin stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları bildirilmiştir (Adelman ve diğerleri, 2014; Azman ve diğerleri, 2017; Cham ve diğerleri, 2022; Fan ve Chen, 2011; Neong ve Rashid, 2018; Saunders, 2003; Settineri ve diğerleri, 2014; Siddiqui ve Khalid, 2019). Bu nedenle akıl hastalığının, sadece hasta üzerinde değil, aynı zamanda onlara bakım veren kişiler üzerinde de bir etkiye sahip olduğu açıktır (Azman ve diğerleri, 2017).

Aile üyeleri kendi zorluklarını ve bakım verici yükünün varlığını açıklama konusunda açık sözlü olmayabilir. Yetersiz bakım verici olarak görülmekten korkabilir veya dikkati kendilerine çekerek hastaya olan ilgiyi azaltabileceklerinden endişe duyabilirler. Bununla birlikte, tespit edilemeyen bakım verici sıkıntısı, bakıcı yükünün artmasına ve bunalmışlık hissine neden olur. Bu durum hem hasta hem de aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik güvenliğini ve esenliğini tehlikeye atabilir (Kent ve diğerleri, 2016). Bakım verici, ruhsal hastalığı olan bir yakınına bakımı sırasında psikolojik sıkıntı ve yüke maruz kalması, bakım vericinin yaşam kalitesini ve sağlığını etkilemekle kalmaz aynı zamanda bir birey olarak üretkenliğini ve hastaya kaliteli bakım verme becerisini de etkileyerek bakım vericinin sağlığını kötüleştirir ve iyileşme olasılığını azaltır (Maeng ve diğerleri, 2016; Udoh ve diğerleri, 2016).

Treudley, ilk kez 1946 yılında bakım vermenin, bakım vericinin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu belirterek bu kavramı ortaya atmıştır (Chadda, 2014). Literatürde “Aile Yüğü” kavramı, ruhsal hastalığı olan bir kişinin bakımını üstlenen kişilerin yaşadıkları psikolojik, duygusal, mali, sosyal ve fiziksel zorlukları ifade etmektedir (Souza ve diğerleri, 2017; Ünsar ve diğerleri, 2021; Zarit ve diğerleri, 1986). Bazı yazarlara göre aile yüğü kavramı nesnel ve öznel yük olarak kategorize edilmiştir. Hastanın sosyo-demografik özellikleri, hastalığın belirtileri, iş faaliyetlerindeki zorluklar, evlilik rollerindeki problemler, iş, ekonomik durum, aile veya sosyal ilişkiler, sosyal izolasyon, fiziksel sağlık gibi bakım süreci ile ilgili zorluklar nesnel yük olarak tanımlanırken, hasta yakınlarında hastalığın bir sonucu olarak yaşanan suçluluk, hayal kırıklığı, kayıp duyguları, üzüntü, depresyon, uykusuzluk ve kaygı gibi psikolojik sıkıntılar öznel yük olarak belirtilmektedir (Adelman ve diğerleri, 2014; Ostman ve Hansson, 2004; Priestley ve McPherson, 2016).

Bakım verici yüğü tüm dünyada yaygın olarak görülen bir durumdur ve bakım vericilerin yaklaşık %80'i bu yüğü yaşamaktadır (Chadda, 2014). Bakım vericiler bakım verme sorumluluklarını yerine getirmek için fiziksel, zihinsel, sosyal ve mali kaynaklarını

harcarlar (Hsiao ve diğerleri,2020). Hastanın zellikleri (rn. kadın cinsiyet, daha düşük eğitim düzeyi), bakım vericilerin nitelikleri, hasta ve bakım verici arasındaki ilişki (rn. Bakım verici ile birlikte yaşama) gibi faktörler, hastayla geçirilen zaman, hastalığın doğası ve ciddiyeti, bakım verici yükünü etkilediği bildirilmiştir (Adelman ve diğerleri, 2014; Souza Alves ve diğerleri,2019).

Her hasta ve aile sisteminin kronik hastalıklarla yaşamanın zorluklarına verdikleri tepkileri ve uyumları kökleri kişisel geçmişe, psikososyal ve kültürel bağlama dayanmaktadır (Bilgen ve diğerleri, 2020; amlı ve Yılmaz, 2020; Strada, 2019). Kronik psikiyatrik hastalıkla başa çıkmanın genel stresi (Singh ve diğerleri, 2022) ve kronik psikiyatrik hastalığı olan bir eşe sahip olmanın getirdiği keder, hastaların hastalığı nasıl anlamlandırdıkları, tıbbi kararları nasıl aldıkları, sıkıntıyı nasıl anladıkları ve bunlarla nasıl başa çıktıkları, hastalığın gidişatı boyunca değerli ilişkileri ve bağlantıları nasıl korudukları ve kişisel haysiyet duygularını nasıl etkilediği gibi birçok değişkeninin(Bilgen ve diğerleri, 2020; amlı ve Yılmaz, 2020; Strada, 2019), bakım vericilerde depresyonla önemli lde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Berg-Weger ve diğerleri, 2000; Magana ve diğerleri, 2007; Perlick ve diğerleri, 2007; Strada,2019).

Bir dizi çalışma, kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin bakım vericilerinde stres veya yük ile depresyon arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir (Chen ve Lukens, 2011; Hsiao ve Riper,2009;Ivan Vun ve diğerleri,2019; Perlick ve diğerleri,2007). Ruhsal hastalığı olan bir akrabaya bakmanın getirdiği yüklerin bakım vericilerde depresyon riski görülme olasılığı ne sürülse de yk ve depresyon arasındaki ilişki, artan ailesel ve/veya travma veya kayıp öyküsü gibi diğer risk faktörleri nedeniyle yüksek düzeyde yk yaşadıkları bildirilmiştir (Aschbrenner ve diğerleri,2009; Papastavrou ve diğerleri,2012; Zhang ve diğerleri,2008). Ruhsal hastalığı olan kişilerin bakım vericilerinde depresyon riski yüksek olmasına ve bakım vericilerin depresyonla ilişkili işsiz günlerinin maliyeti de dahil olmak üzere birçok maliyetle bağlantılı olmasına rağmen bakım vericilerde depresyona katkıda bulunan faktörlerin anlaşılmasına nispeten az ilgi gösterilmiştir (Chen ve Lukens, 2011; Pirkis ve diğerleri, 2010).

2.6. Depresyon ve Duygu Dışavurumu

Expressed Emotion (EE), duygu dışavurumu kavramı, aile üyelerinin ruhsal bozukluğu olan bir kişiye yönelik tutumlarını, duygularını ve davranışlarını kapsayan ailedeki duygusal atmosferi yansıtan bir kavram olarak tanımlanmıştır (Butzlaff ve Hooley, 1998; Barrowclough ve Hooley, 2003; Cherry ve diğerleri, 2017; Dominguez-Martinez ve diğerleri, 2017; Koutra ve diğerleri, 2015; Mazza ve diğerleri, 2022; Romero-Gonzalez ve diğerleri, 2018; Zanetti ve diğerleri, 2018).

Ailenin ruhsal hastalığın seyrindeki rolü, George Brown'un şizofreni hastalarının aileleri üzerine çığır açıcı çalışmalarından bu yana kapsamlı bir şekilde incelenmiştir (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012; Cechnicki ve diğerleri, 2013; Katsuki ve diğerleri, 2022). Duygu dışavurumu düzeyiyle ölçülen aile üyelerinin hastaya karşı tutumları araştırmalarda ilgi odağı olmuştur (Koutra ve diğerleri, 2015; Nuechterlein ve diğerleri, 2006). Araştırmalar, EE'un en önemli psikososyal stres etkenlerinden biri olduğunu ve hastalığın tekrarlaması ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Brown ve Rutter, 1966; Kazarian, 1992; Bebbington ve Kuipers, 1994; Leff, 2000).

Literatürde duygu dışavurumu kavramına ilişkin çok sayıda tanımlar yapıldığı görülmektedir. Vaughn (1988) aile ortamındaki duygusal sıcaklığı, sevgi eksikliği veya aşırı müdahaleci aile üyesinin duygusal tepkisinin yoğunluğunun bir göstergesi olarak tanımlamıştır. Bertrando (1997) 'genel olarak yalnızca ruhsal bozukluklar sırasında olmadığını çeşitli patolojiler, bozukluklar veya sorunlar seyrinde ailenin duygusal ortamının belirli özelliklerinin ölçülmesi' olarak tanımlamıştır. Peters, Calam ve Harrington (2005), ailevi ilişkiler içinde bir dizi davranış, tutum ve duygudan oluşan bir "şemsiye" olarak tanımlamıştır. Duygu dışavurumu kavramı aile üyelerinin tepkilerini ifade etme biçimi olarak tasvir edilmektedir.

Duygu Dışavurum kavramı George Brown tarafından 'eleştiri, düşmanlık, duygusal katılım, olumlu ifadeler ve sıcaklık olmak üzere beş bileşenden oluşturulmuştur (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012; Wearden ve Tarrier ve diğerleri, 2000).

- Eleştiri, hastanın davranışından hoşlanmama veya davranışını onaylamama olarak tanımlanmaktadır (Koutra ve diğerleri, 2015). (Örneğin, Aile üyesi, hastanın kendisini sınırlendirdiğini, kasıtlı olarak sorun çıkardığını, aile üyelerinin hastanın yükünü hissettiğini, onunla yaşamının zorlaştığını, hastanın tavsiyeleri dikkate almadığını

- veya uymadığını yüksek bir ses tonu ile ifade edebilir) (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012).
- Düşmanlık, hastaya karşı daha genel eleştiriler ve hastayı reddeden tutumlarla ifade edilir (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012; Wearden ve diğerleri, 2000).(Örneğin, Bakım vericiler, hastanın kendisine sorun çıkardığını, hastadan uzak yaşamak istediğini, hastaya bağırdığını, çabuk sinirlenip huzursuz oldukları, hastaya hakaret ettiğini belirtmektedir. (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012; Goldstein, 1992).
 - Duygusal katılım, abartılı duygusal tepki, aşırı fedakarlık, aşırı hoşgörülü davranış, hastanın hastalığıyla aşırı meşgul olma, aşırı özdeşleşme, aşırı korumacı davranış, hastayı kontrol etmeye yönelik aşırı girişimler olarak sunulmaktadır (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012; Koutra ve diğerleri,2015; Zanetti ve diğerleri,2018; Wearden ve diğerleri, 2000). (Örneğin, Bakım vericiler her şey için kendilerini suçlarlar, her şeyin kendilerinin suçu olduğunu düşünürler, acıma göstermek, hastanın günlük işlerini yapmasına izin vermemek, kendini ihmal etmek, kişisel ihtiyaçlarını hastanın ihtiyaçlarından daha az önemserler) (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012).
 - Olumlu ifadeler, hastanın yeteneklerini, becerilerini, olumlu özelliklerini belirten ve hasta davranışlarını destekleyen ifadeleri içermektedir (Koutra ve diğerleri,2015; Zanetti ve diğerleri,2018; Wearden ve diğerleri, 2000). (Örneğin, aile, kendilerini hastaya çok yakın hissettiklerini, hastanın günlük işleyişindeki küçük çabalarını veya girişimlerini takdir ettiklerini, hastayla baş edebildiklerini ve onunla birlikte olmaktan keyif aldıklarını belirtmektedir) (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012) .
 - Sıcaklık, bakım vericinin hasta hakkında konuşurken gösterdiği nezaket, ilgi ve empatiye göre değerlendirilir. Çoğunlukla aile üyelerinin empatik tavrını ifade eden ortak bir eşlik olan gülümsemeyle büyük ölçüde ses niteliklerine bağlıdır. Bu, bir ailede düşük duygu dışavurumunun önemli bir özelliğidir (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012; Barrowclough, 1992; Koutra ve diğerleri,2015; Zanetti ve diğerleri,2018; Wearden ve diğerleri, 2000).(Örneğin, bakım verenler, hastanın herkesle iyi geçinmeye çalıştığını, çok anlayışlı olduğunu, kolay anlaşabildiğini, yanında bulunmasının iyi olduğunu, hastanın davranışlarının onun hastalık öncesi kişiliği ile uygun olduğunu belirtmektedir) (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012).

Araştırmalarda duygu dışavurumunu ölçmek amaçlı çeşitli yöntemler kullanılmış olmakla beraber, hasta yakınlarının sözel ya da sözel olmayan ifade ve tutumlarının düzeylerine göre yüksek duygu dışavurumu ve düşük duygu dışavurumu olmak üzere genel iki profiltanımlanmıştır (Miklowitz, 1994). Düşük duygu dışavurumu, aile üyelerinin karakteristik tarzı, toleranslı, müdahaleci olmayan ve hasta ihtiyaçlarına duyarlı olarak tanımlanırken; yüksek duygu dışavurumu aile üyelerinin, hastaların sorunlarına karşı tahammülsüz olmak, müdahaleci ve zorluklarla başa çıkmada uygunsuz ve esnek olmayan stratejilerin kullanımına eğilimli olmak olarak tanımlanmıştır (Barrowclough ve Hooley, 2003; Kavanagh, 1992; Vaughn ve Leff, 1976). Düşük duygu dışavurumunu gösteren aile üyeleri sorunları yönetmede daha kaderciler iken; yüksek duygu dışavurumunu gösteren aile üyelerinin daha eleştirel oldukları, hastalarla daha fazla fikir ayrılığına düştükleri ve daha düşük düzeyde kabul edici davranış sergiledikleri bulunmuştur (Heru, 2021).

Bakım vericilerde yüksek veya düşük duygu dışavurumu tutumlarının kesin nedeni henüz tam olarak çözülmemiş olsa da, duygu dışavurum kavramının bakım vericinin kişilik özelliklerini kısmen yansıtabileceği ileri sürülmüştür (Hooley ve Hiller, 2000). Yüksek duygu dışavurumu hem hastanın hem de ailesinin katıldığı olumsuz, belki zorlayıcı iletişim biçimlerini gösteren bir olgudur (Dominguez-Martinez ve diğerleri, 2017). Yüksek duygu dışavurumu hasta ve bakım vericileri arasındaki karşılıklı olumsuz etkileşimler, eleştiri, düşmanlık ve duygusal aşırı bağlılığın varlığı olarak tanımlanmıştır (Hooley, 1986). Aileler, altı veya daha fazla eleştirel yorumlarda bulunurlarsa veya düşmanlık belirtileri gösterirlerse veya belirgin aşırı duygusal bağlılık gösterirlerse, yüksek düzeyde duygu ifade eden aileler olarak sınıflandırılır (Bruckner ve diğerleri, 2008; Miklowitz ve Chung, 2016; Solomon ve diğerleri, 2010). Eğer hiçbir ebeveyn bu özelliklere sahip değilse, aile duygu dışavurumunu açısından düşük olarak sınıflandırılır (Miklowitz ve Chung, 2016).

Ailenin baş etme yönteminin ve duygu dışavurumunun değerlendirilerek hastanın aile ortamından nasıl etkilenebileceğinin belirlenmesi hastalığın tekrarının önlenmesi açısından önemlidir (Barrowclough ve Hooley, 2003; Breitborde ve diğerleri, 2007; Rosenfarb ve diğerleri, 2001; Stanhope ve Solomon, 2007). Ülkemizde depresyon hastalarının ailelerinde duygu dışavurumunu inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Alan yazında, nükslerin ailedeki yüksek duygu dışavurum düzeyleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Koutra ve diğerleri, 2015; Ma ve diğerleri, 2021; Mazza ve diğerleri, 2022; Van Humbeeck ve diğerleri, 2002; Zabihi Poursaadati ve diğerleri, 2023).

Lex ve arkadaşlarının çalışmasında, duygudurum bozukluğu olan 76 hasta ve yakınından oluşan bir örnekleme yüksek düzeyde algılanan eleştiri ve aile tutumlarının olduğu ailelerde yaşayan hastaların depresif belirtileri nüksetme olasılığını öngördüğü bildirilmiştir (Lex ve diğerleri, 2022). Koutra ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, ilk psikoz atağı geçiren hastalarda ve kronik psikoz hastalarında, iki yıllık takip süresi boyunca işlevsiz aile işlevlerinin hastalığın nüksetmesine katkıda bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. 100 hasta ve yakını aile işlevselliği, uyum ve esneklik, ifade edilen duygu, aile yükü ve bakım vericilerin psikolojik sıkıntısı açısından değerlendirilmiştir. Duygusal aşırı katılımdan ziyade öncelikli olarak yüksek düzeyde eleştirel tutumların, artan nüksetme riski ve nüksetmeye kadar geçen sürenin kısalması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Koutra ve diğerleri, 2015). Sharma ve diğerlerinin (2021) çalışmasında, bipolar bozukluğu olan hastaların algıladıkları duygu dışavurumu incelemiştir. Daha uzun hastalık süresi ve daha uzun tedavi süresinin algılanan eleştirinin önemli ölçüde daha düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bakım vericiler tarafından zorlama, kaçınma ve boyun eğme gibi başa çıkma mekanizmalarının daha yüksek kullanımı, daha yüksek duygu dışavurumu algısıyla ilişkilendirilirken, bilgi arama, iletişim ve sosyal katılım gibi başa çıkma mekanizmalarının bakım vericiler tarafından kullanılması, hastalar arasında daha düşük duygu dışavurumu algısı ile ilişkilendirilmiştir. Luciano ve diğerlerinin (2012) çalışmasında, depresyon hastalarının bakım verici yükünün sosyal ve boş zaman aktivitelerindeki kısıtlamaları, aile gelirindeki düşüşü ve evlilik ilişkilerinde önemli bir gerilimi içerdiğini bildirmiştir. Depresyon hastalarının yakınları, hastaların bazı davranışlarına tahammül etmekte zorlanmışlar ve yakınları, genellikle sorunlara neden olan sefalet, geri çekilme ve endişe gibi olumsuz sonuçları belirtmişlerdir; ancak çok az hasta yakını hastaların zor davranışlarıyla nasıl başa çıkacaklarını bildirmişlerdir.

2.7. Bakım Verici Psikoeğitimi ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Literatür incelendiğinde, bugüne kadar, çok az çalışma, depresyon hastalarının aile ve arkadaşları arasındaki bakım verme güçlüklerini ve bunlarla ilişkili sağlık ve ruh sağlığı risklerini incelemiştir (Sanford ve diğerleri, 2006; Henken ve diğerleri, 2007; Lemmens ve diğerleri, 2009; Katsuki ve diğerleri, 2011; Shimazu ve diğerleri, 2011; Katsuki ve diğerleri,

2018). Ülkemizde, depresyon hastaları ve yakınları için psikoeğitimin etkinliğini inceleyen randomize çalışmalar şimdiye kadar eksiktir.

Sanford ve diğerlerinin (2006) çalışmasında, ergen depresyon hastalarında bakım verici psikoeğitiminin uygulanabilirliği ve etkinliği araştırılmıştır. Çalışmaya 24 ay boyunca, majör depresif bozukluk kriterlerini karşılayan 13 ila 18 yaşları arasındaki 41 ergen çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar standart tedavi ile bakım verici psikoeğitime rastgele atanmıştır. Sonuç ölçümleri 2 hafta, müdahale ortasında, müdahale sonrası ve 3 aylık takipte değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna göre deney grubundaki katılımcılar sosyal işlevsellikte ve ergen-ebeveyn ilişkilerinde daha fazla gelişme gösterdiği ve ebeveynleri tedaviden daha fazla memnuniyet bildirmişlerdir. Henken ve diğerlerinin(2007) çalışmasında, psikoeğitim içeren davranışsal müdahale, psikodinamik müdahale ve depresyon hastaların ailelerine psikososyal müdahale gibi aile psikoeğitim müdahalelerinin, hiç tedavi görmemekten veya bekleme listesine alınmaktan daha etkili görüldüğünü bildirilmiştir.

Lemmens ve diğerleri (2009), majör depresyon nedeniyle hastanede yatan hastaların tedavisinde bakım verici psikoeğitimin ruh hali üzerine etkilerini araştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada; bakım verici psikoeğitimin değerini değerlendirmişlerdir. Çalışmaya 83 hasta rastgele olarak atanmış olup, 23 hasta standart tedavi, 25 hasta tek aile psikoeğitimi ile birlikte standart tedavi, 35 hasta çok aileli psikoeğitim ile birlikte standart tedavi almışlardır. Takip değerlendirmeleri 3. ay ve 15. ayda yapılmıştır. Çalışmada bakım verici psikoeğitim alan hastaların standart tedavi alan hastalara göre önemli ölçüde daha yüksek tedaviye yanıt oranları ve önemli ölçüde daha düşük relaps oranları bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada aile tedavilerine katılan eşlerin, hastanın duygusal sağlığındaki gelişmeleri erkenden fark etme olasılıkları önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Katsuki ve diğerleri (2011), kronik majör depresyonu olan 32 hasta yakınına kısa süreli bakım verici psikoeğitim müdahalesi gerçekleştirmiştir. Müdahale 6 hafta boyunca 4 seanstan oluşmuştur. Müdahaleden sonra ailelerin ruh sağlığının önemli ölçüde iyileştiği, aile yaşamının zorluğunu hafiflettiğini, bakım yükünün önemli ölçüde iyileştiği, duygu dışavurumlarının azaldığı, depresif belirtileri azalttığı ve aile işlevselliği üzerinde etkisi olduğunu bildirmişlerdir.

Shimazu ve diğerleri (2011) tarafından yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, depresyon hastalarının taburcu olduktan sonra hastalığın tekrarlama oranıyla ilgili olarak, yakınları için kısa süreli bakım verici psikoeğitim grup müdahalesinin etkinliği

araştırılmıştır. Müdahale grubunda, ('hastalığın epidemiyolojisi ve nedenleri', 'semptomları', 'tedavi ve süreci ve 'hastalığıyla başa çıkma' konularını içeren dört grup oturumundan oluşan) iki haftada bir yaklaşık 90 ila 120 dakikalık dört grup oturumundan ve problem çözme grup tartışmalarından oluşan psikoeğitim verilmiştir. Kontrol grubuna katılan hasta yakınlarına herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Deney grubunda hastalığın tekrarlama oranı taburcu olduktan sonraki dokuz ay içinde yaklaşık %8, kontrol grubunda ise %50 olduğu bildirilmiştir.

Katsuki ve diğerlerinin (2018) yürüttükleri kısa çok aileli psikoeğitimin kronik major depresyon hastalarının aile üyelerinin ruh sağlığı durumunu iyileştirmedeki etkinliğini değerlendirdiği randomize kontrollü çalışmada; 49 depresyon hastası ve aile üyeleri dahil edilmiştir. Her aile rastgele olarak kısa çok aileli psikoeğitim müdahale grubuna veya kontrol grubuna atanmıştır. Deney grubuna sekiz hafta boyunca kısa çok aileli psikoeğitim uygulanırken, kontrol grubu standart tedavi almıştır. Katılımcıların tüm sonuçları, ilk psikoeğitim oturumundan 16 hafta sonra aile üyeleri için Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanı ve hem aile üyelerinin hem de hastaların birçok zaman noktasındaki depresif belirtileri ve hastalar tarafından değerlendirilen aile işlevleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda psikoeğitim müdahalesinin aile üyelerinin ruh sağlığı durumu üzerinde anlamlı bir faydası bulunmamıştır. Mevcut çalışmada, kontrol grubuna göre müdahale grubunda hasta tarafından değerlendirilen aile işlevleri ölçeği (Roller, Duygusal Tepki Verme, Davranış Kontrolü) ile ölçülen bazı aile işlevlerinde iyileşme gösterdiği saptanmıştır. Çalışmalar birlikte ele alındığında, bakım verici psikoeğitiminin aile yükünü azaltma ve hatta hasta sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

2.8. Bakım Verici Psikoeğitiminde Hemşirenin Rolü

Ruhsal bozukluklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde endişe vericidir ve hiçbir ulus veya ırk bu tür bozukluklara karşı bağışık değildir. Akıl hastalarının bakım ve rehabilitasyon süreçlerine ailelerin katılımının, tedavi planının başarısında çok önemli bir faktör olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde hasta ailelerine sunulan hizmetlerin sağlanması ve iyileştirilmesi için destekleyici sistemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Bakım vericiler, bakım verme rolünün yerine getirildiği hasta bakım sürecinde farklı deneyimler ve zorluklar yaşamaktadır. Majör depresif bozukluk (MDB) yaygın ve sıklıkla kronik bir sorundur. Depresyon hastaları genellikle ailelerinin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir (Katsuki ve diğerleri,2018).

Aile üyelerinden birinin ruhsal bir rahatsızlığı varsa, aile bundan etkilenir ve bu da aile hayatında kaosa neden olabilir. Kronik ruhsal hastalığın varlığı hasta birey için yaşadığı zorluklara ek olarak, bu tür bir hastalığı yaşayan bir kişiye bakmanın aile üyeleri için önemli ihtiyaçlar içerdiği bildirilmiştir (Hazel ve diğerleri, 2004,Pickett-Schenk ve diğerleri, 2000). Yaşanan stres, bakım vericilerin fiziksel, sosyal ve duygusal refahını etkiler ve genellikle uzun vadede aile üyeleri için zihinsel veya fiziksel sağlık sorunlarına katkıda bulunur.Psikiyatrik bir hastaya bakmanın zihinsel yükü, bakımın kalitesini düşürebileceği gibi, ailelerin ruhsal ve fiziksel sağlığını da tehlikeye atarak çalkantılı aile yaşamına neden olabilir. Sorunu çözmek için aileleri hastalara nasıl davranacakları konusunda eğitmek ve onlara bazı mali ve duygusal destek sağlamak yardımcı olabilir. Hemşireler, duygusal ve psikiyatrik bakım sağlamak için bir öğretmen, takip etme aracı rolünü üstlenerek aile üyelerine yardımcı olmak için en iyi konumdadır. Aile üyelerini eğitim yoluyla güçlendirmek, onların hastalıkla ilgili tutumlarını değiştirmelerine ve ayrıca psikolojik streslerinin şiddetini kontrol etmelerine yardımcı olur. Bu nedenle hasta bakımının kalitesi, bakım vericilerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumları iyileştirilmektedir. Hemşireler, psikososyal müdahaleleri klinik uygulama ortamlarına entegre etmede ve ruh sağlığı hizmetlerinde psikososyal müdahalelerin klinik etkinliğinin pragmatik denemelerine liderlik etmek için iyi bir konumdadır (Crowe ve diğerleri,2010).

Yatan hasta ortamında, özlü ve kapsamlı psikoeğitim sağlanması arasında bir denge olması gerekir. Hastanede kalma sürelerinin kısa olması ve yeni bir psikiyatrik tanıya uyum sağlaması hastaların bilgiyi almalarını ve temel unsurları akıllarında tutmalarını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, ilgili bilgileri aile üyeleriyle akut bağlamda paylaşmak, onları desteklemek ve aile üyelerine yardım etmeleri için onları desteklemek önemlidir (Petraakis ve Laxton, 2017). Aileye ve bakım vericilere psikoeğitim ve destek sağlanması literatürde açık bir öneridir (Gerson ve diğerleri,2009) ve uluslararası ve yerel klinik kılavuzlarda yer almaktadır (International Early Psychosis Association Writing Group,2005).

Hemşirelerin ruhsal hastalıklarda bakım yükünü araştıran çalışmalar yapması, bakım vericilerinin yaşam kalitelerini iyileştirmek için etkili stratejiler benimsemelerine yardımcı olur. Hemşireler, eğitim ve öğretim yoluyla depresyon belirti ve uygunsuz düşüncelerini

bakım vericilerinin depresyon hakkındaki tutumlarını değiştirebilir. Bu bağlamda hemşireler, depresyonun aile dinamiklerini ve rollerini nasıl etkilediği konusunda ailelerin deneyimlerinden haberdar olmalıdır. Aynı zamanda aile bireylerinde depresif dönemlerle baş etmede aileleri desteklemek, ailedeki krizle baş etmeyi kolaylaştırmak ve hastalığın aile üzerindeki fiziksel ve ruhsal yükünü azaltmak için kullanılabilir (Radfar ve diğerleri, 2014).

Psikososyal yaklaşımlardan biri olarak, psikoeğitimin, hastalarda ilaç uyumunu artırdığı (Xia ve diğerleri,2011; von Maffei ve diğerleri,2015), ilaç tedavisi tanınmayışı (Hayama ve diğerleri,2002; Matsuda ve diğerleri,2016) ve yaşam kalitelerini iyileştirdiği (QOL) (Guo ve diğerleri,2010; von Maffei ve diğerleri,2015), nüksetme ve yeniden hastaneye yatış oranlarını azaltmada (Pekkala ve Merinder,2002)etkili olduğu bildirilmiştir. Kanıta dayalı bir müdahale olarak psikoeğitim, iletişim, problem çözme ve başa çıkma becerilerini geliştirmek amacıyla, insanları kendilerinin veya aile üyelerinin ruh sağlığı sorunlarının bakım ve tedavisine yönelik müdahaleler ve özyönetim yaklaşımı hakkında bilgilendirmeyi amaçlar. Psikoeğitim ayrıca ailelerin izolasyonu azaltmalarına ve ilgili bilgi ve desteği almalarına yardımcı olur(Higgins ve diğerleri,2020).

Bakım verici psikoeğitim programlarının gözden geçirilmesi, hastalığa ilişkin bilginin ve yük, aile işleyişi, duygusal tepki vb. gibi diğer sonuçların müdahalenin belirli hedeflerini yansıtacak şekilde sistematik olarak değerlendirilmesi durumunda ailelerde etkili olma ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lobban ve diğerleri, 2013). Önerilere ve önemli sonuçlara rağmen genellikle ailelerin ilgisizliği, sağlık çalışanının sınırlı olması veya bu müdahalelerde eğitimli profesyonellerin bulunmaması gibi sınırlamalardan dolayı bakım verici psikoeğitimi ruh sağlığı hizmetlerinde yaygın olarak erişilebilir hizmet olmadığı belirtilmiştir (Casacchia ve Roncone,2018; Harvey, 2018; Harvey ve O'Hanlon, 2013). Çalışmada, bakım verici psikoeğitim programının (3 haftalık bir süre boyunca altı oturumdan oluşan) depresyon hastalarında depresif belirtileri iyileştireceğini, iyileşme düzeylerini artıracaklarını, bakım verenin yükünü azaltacaklarını, ailede duygu dışavurum düzeylerinin azalacağını varsaydık. Kısa süresi dikkate alındığında bu programın günlük psikiyatri kliniği uygulamalarına ve toplum ruh sağlığı merkezi uygulamalarına eklenmesi, kolaylıkla uygulanabilir olması açısından rutin hemşirelik bakımına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman

Araştırmanın veri toplama süreci Mart 2022 –Aralık2024 tarihleri arasındatamamlanmıştır. Araştırma konusunun belirlenmesinden tez raporunun hazırlanması vesunumuna kadar olan süreç Ekim 2021- Şubat 2024 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın İli merkezinde yer almakta olan Üniversite Hastanesi'nin psikiyatri servisinde yürütülmüştür. 1992 yılında kurulmuş olan bu hastane Araştırma ve Uygulama Hastanesi olarak Aydın ilinde 1996 yılında hizmete açılmıştır. Psikiyatri Anabilim Dalı 1997 yılında ayaktan ruh sağlığı hizmetleri (poliklinik), 2000 yılında yataklı ruh sağlığı hizmetleri (servis) vermeye başlamıştır. 1 katlı olan servis de 10 oda, 1 tecrit odası olup 24 hastanın tedavisi yürütülmektedir. Serviste gözlem ve tedavi alanı odası, doktor odası, hemşire odası, oturma ve tv salonu, yemek ve oyun masaları, etkinlik ve uğraşı salonu, seminer salonu, 1 bahçe bulunmaktadır. Servise anksiyete, duygudurum ve psikoz birimlerinden hastalar yatmakta, poliklinikte de aynı birimden hastalar takip edilmektedir. Servis ve poliklinikte 2 profesör,1 doçent, 3 doktor öğretim üyesi, 14 araştırma görevlisi, 8 hemşire, 1 psikolog görev yapmaktadır. Serviste hastalara ve ailelerine yönelik psikoeğitim ve izlem yapılmamakta ve ailelere yönelik herhangi bir program bulunmamaktadır.

3.4.Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Aydın İl Merkezi'nde bulunan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Servisinde F32 [ICD 10 koduna göre Depresif Bozukluk(Nöbet)] ile F33 [ICD 10 koduna göre Yineleyici Depresif Bozukluk(Nöbet)] tanılarıyla takip edilen hastalar ve yakınları oluşturmuştur. Bu araştırmaya bire bir benzer bir araştırma bulunmadığından, örneklem büyüklüğü araştırmaya yakın yapılan 2 çalışma (Polat, 2020; Tel ve Ertekin Pınar, 2013) temel alınarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabında G-Power programı kullanılmış olup power analiz sonucuna göre; deney grubuna 46 ve kontrol grubuna ise 46 hasta ve bakım vericisi olmak üzere 92 birey alınmıştır. Verilerin toplanmasından sonra, araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin yapılan güç değerlendirmesinde (power analiz) tüm sonuçlarda etki büyüklüğü 0.80, alfa değeri 0.05, gücü 0.80 olarak bulunmuş ve deney (n=46) ve kontrol (n=46) grubuna alınan örneklemin yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Çalışmanın örnekleme bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisi ile sınırlıdır. Çalışmada hasta ve bakım vericilerle görüşmeler servis temelli sürdürülebilmiştir. Halk sağlığı hemşireliği uygulamaları açısından toplum ruh sağlığı hizmetleri ya da birinci basamak sağlık kuruluşları ile çalışmaların sürdürülmesi düşünülmüş ancak uygulama koşulları elverişli olamamıştır. Bunun nedeni hastaların geniş bir coğrafik alanda ikamet etmesidir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma için örnekleme alınan hasta seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üstü olmak
- F32 (Depresif Bozukluk) ya da F33 (Yineleyici Depresif Bozukluk) tanısıyla yatarak tedavi görmek
- Gelişimsel bir bozukluğu olmamak
- Psikotik özelliği olmamak
- İletişim sorununa sahip olmamak

- En az ilkokul mezunu olmak

Araştırma için örnekleme alınan bakım verici seçim kriterleri;

- 18 yaş ve üstü olmak
- Hastanın primer bakım vericisi olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

3.6. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

Araştırma için örneklemeden dışlanma hasta seçim kriterleri;

- DSM-V Eksen I komorbiditesi

Araştırma için örneklemeden dışlanma bakım verici seçim kriterleri;

- Zeka geriliği veya psikotik bozukluğu olan
- Konuşma ve işitme bozuklukları olan
- Deliryum, demans, amnestik sendrom gibi bir kognitif bozukluk tanılarında birine sahip olma olarak oluşturulmuştur.

3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Veri toplama formlarını doldurmama,
- Veri toplama formlarını eksik doldurma,
- Araştırmanın eğitim oturumlarından herhangi birine katılmama,
- İletişim numarasını vermeyi kabul etmemeduruşları yer almaktadır.

3.8. Veri Toplama Formları

Araştırma verileri hastalara; Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği, bakım vericilere; Bakım Verici Tanıtıcı Özellikleri Formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği ve Zarit Aile Yüğü Ölçeği ile toplanmıştır.

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda hazırlanan formda, hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu) içeren 5 soru ve hastalık öyküsüne ilişkin bilgileri (hastalık süresi, hastalanma sayısı, intihar düşüncesi, ailede depresyon öyküsü) içeren 4 soru yer almaktadır (Çam ve Yalçınar, 2018; Faravelli ve diğerleri, 2013; Katsuki ve diğerleri, 2022; Tel ve Ertekin Pınar, 2013). Bu form eğitim öncesi uygulanmıştır.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (Hisli, 1989). Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri içeren ölçek, depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçek, her biri 0-3 arasında puanlanan, 21 maddeden oluşmaktadır. Bu puanların toplanmasıyla toplam depresyon puanı saptanmaktadır. Öleekten alınabilecek en yüksek puan 63 ve kesme puanı 17'dir. Bu puanın üzeri puanların bireyde depresyonu gösterdiği ve öleekten elde edilen puan arttıkça depresyon şiddetinin de arttığı belirtilmektedir.

Depresif belirtilerin düzeyini belirlemede kullanılan puan dağılımı şöyledir:

- 1-Hafif düzeyde depresyon (11-17 puan);
- 2- Orta düzeyde depresyon (18-29 puan);
- 3- Ciddi düzeyde depresyon (30-63 puan).

Öleecin Cronbach alfa katsayısı .80'dir. Bu araştırmada öleecin Cronbach Alfa değeri 0,73 olarak bulunmuştur.

İYİLEŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İDÖ)

Giffort ve arkadaşları (1995) tarafından 41 madde olarak geliştirilmiş olup Corrigan ve arkadaşları (2004) tarafından toplamda 24 madde olarak revize edilmiştir (Güler, 2017).

Ölçek “1=Kesinlikle Katılmıyorum”, “2=Katılmıyorum”, “3=Emin Değilim”, “4=Katılıyorum”, “5=Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde 5’li Likert tipi bir ölçektir. Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin bakış açısından iyileşmenin çeşitli alt boyutlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan sorular tek tek puanlanarak değerlendirilebildiği gibi toplam puan üzerinden de değerlendirme yapılabilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması iyileşmenin yüksek olduğunu göstermektedir (Corrigan ve diğerleri, 1999; Corrigan, 2012). Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin öznel iyileşme süreçlerini değerlendirmek amacı ile Corrigan ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin (Recovery Assessment Scale) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini Güler (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .0,90 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur.

Bakım Verici Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda hazırlanan formda, bakım vericilerinin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu) içeren 6 soru ve bakıma yönelik (ne kadar süredir bakım verdiği, hasta ile olan ilişkisi, birlikte yaşama durumu), bakım yükü ve baş etme durumu (bakım vericinin kronik hastalık durumu, bakımda yeterli hissetme) içeren 13 soru yer almaktadır (Azman ve diğerleri, 2017; Balkaran ve diğerleri, 2021; Bilgen ve diğerleri, 2020; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013; Katsuki ve diğerleri, 2022). Bu form eğitim öncesi uygulanmıştır.

DUYGU DIŞAVURUMU ÖLÇEĞİ (DDÖ)

Berksun (1993) tarafından geliştirilen, hasta yakınlarının duygu dışavurum biçimini ve düzeyini belirleyen, 41 maddeden oluşan bir ölçektir (Berksun, 1993). Maddeler hazırlanırken, kendi toplumsal ve kültürel özelliklerimizin dikkate alınmış olması ölçeğin güçlü yanlarından. 29 madde eleştirel/düşmancıl oluşu (ED), 12 madde aşırı ilgi-koruyucu kollayıcı/müdahaleci olmayı (AİKK) göstermektedir. “Doğru (1)-Yanlış (0)” şeklinde cevaplandırılan ve 0-1 arası derecelendirilen ölçekte puanlar yükseldikçe duygu dışavurum düzeyi yükselmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bakım vericinin duygu dışavurumunu olumsuz biçimde yansıtmaya düzeyinin yüksek, düşük puanların ise bakım vericinin duygu dışavurumunu olumsuz biçimde yansıtmaya düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Toplam puan 0-41 arasında, ED puanı 0-29, AİKK puanı 0-12 arasındadır. Kuder Richardson güvenilirlik katsayısı değeri ölçeğin tümü için 0.89’tur. AİKK alt ölçeği için Kuder Richardson güvenilirlik katsayısı 0,82; ED alt

ölçeği için 0,92'dir. Son yıllarda yapılan bir çalışmada ölçeğin AİKK alt ölçeği için Cronbach alfa değerleri 0,65; ED alt ölçeği için Cronbach alfa değerleri 0,75, ölçeğin tümü için Cronbach alfa değerleri 0,70 bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa değerleri 0,72 olarak bulunmuştur.

ZARİT AİLE YÜKÜ ÖLÇEĞİ

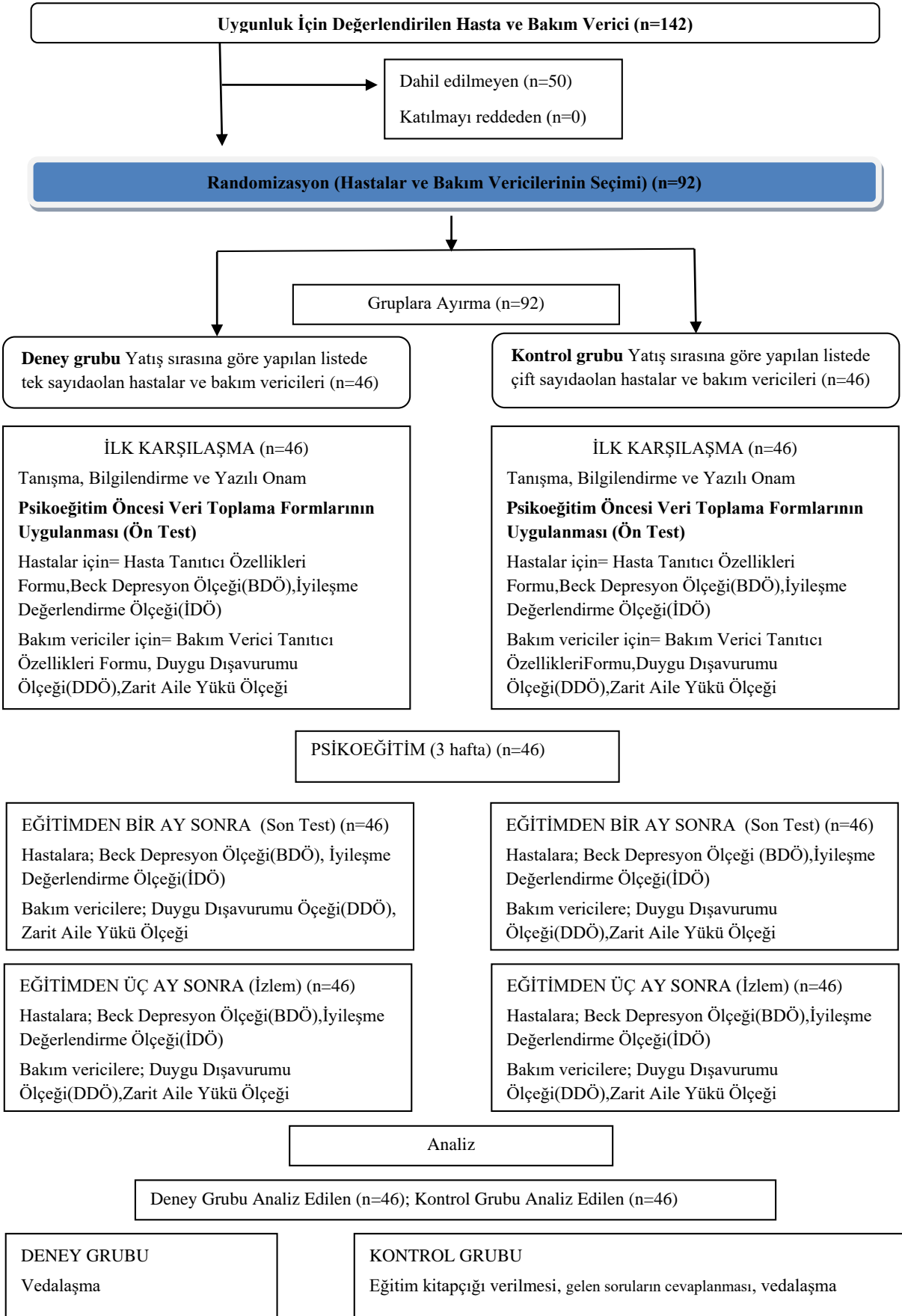
Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Özlü ve diğerleri, 2009). Özgün adı Zarit Caregiver Burden Scale'dır. Ölçek 22 ifadeden oluşmaktadır ve beşli likert tipi değerlendirme (1=asla, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık sık,5=hemen her zaman) sağlamaktadır. Ölçek, bakım vermenin fiziksel, ruh sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. Denekler ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, bakım vericinin yük düzeyinin yüksek, düşük puanların ise yük düzeyinin düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Toplam puan 22-110 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlar; 22-46 arası "hafif yük", 47-55 arası "orta derecede yük", 56-110 arası "şiddetli yük" şeklinde derecelendirilerek değerlendirilir. Madde toplam korelasyonu 0.33 ve 0.75 arasında değişmektedir. Ölçek Özlü ve diğerleri (2009) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirliği: Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa değerleri 0,83 olarak bulunmuştur.

3.9. Randomizasyon

Araştırmaya alınacak hasta ve bakım vericilerinin gruplara atanmasında randomizasyon tekniğinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda öncelikle F32 (ICD 10 koduna göre Depresif Bozukluk) ile F33 (ICD 10 koduna göre Yineleyici Depresif Bozukluk) tanısı alan hastalar ve bakım vericilerininin, randomizasyon yöntemi ile hangi grupta (deney veya kontrol) yer alacakları belirlenmiştir. Randomizasyonda, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalarve bakım vericiler arasından yatış sırasına göre yapılan listede tek sayıda olan hastalar ve bakım vericileri deney (n=46), çift sayıda olan hastalar ve bakım vericileri ise kontrol (n=46) grubunu oluşturmuştur. Araştırma öncesi araştırmacı tarafından tüm hasta ve yakınlarına araştırmanın süreci ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı red eden herhangi bir hasta ve yakını olmamıştır.

3.10. Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında araştırmanın yapılacağı psikiyatri servisinde yatan, araştırmaya katılım kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve bakım vericilerinin randomizasyon yöntemi ile hangi grupta (deney veya kontrol) yer alacakları belirlenmiştir. Araştırmanın yürütülmesi ve veri toplama süreci CONSORT akış planında gösterilmiştir (şekil 1)



Şekil 1. Consort akış planı.

3.10.1. Deney Grubu Uygulama Süreci

Birinci aşamada; araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastalar ve bakım vericileri ile ilk görüşme klinikte yapılmıştır. Araştırmanın amacı, nasıl yapılacağına ilişkin gerekli açıklamalar araştırmacı tarafından hastalar ve bakım vericilerine açıklanarak sözel ve yazılı onamları Depresyon Hastaları İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 4) ve Depresyon Hastalarının Bakım Vericileri İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 5) ile alınmıştır. Daha sonra, her iki gruba veri toplama formları ve ölçekler (hastalara BDÖ ve İDÖ; bakım vericilere DDÖ ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri) birebir ve yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur(Ön test). Deney grubunda bulunan hastalar ve bakım vericileriyle yapılan ilk görüşmede eğitim hakkında bilgi verilmiş, hasta hakkında bilgi alınmış ve eğitim günleri belirlenmiştir.

İkinci aşaması; Bu aşama çalışmanın birinci aşamasından 1 hafta sonra gerçekleştirilmiştir. Bakım verici psikoeğitim programı, literatür araştırmaları doğrultusunda ve APA'nın 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber" indeki önerilen eğitim çerçevesinde hazırlanmıştır (APA, 2010).Oturumlarda düz anlatım, soru cevap tekniği, tartışma, problem çözme yöntemlerinden bir ya da birkaç oturumun gündemine bağlı olarak kullanılmıştır. Oturumlar görsel eğitim materyallerinden yararlanılarak yürütülmüştür. Bu doğrultuda yazı tahtası, flip chart, bilgisayar, powerpoint, video oturumun gündemi doğrultusunda kullanılan eğitim araç-gereçleridir. Hastalar ve bakım vericilerine verilen eğitim, birebir yüz yüze görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir. Hastalara yönelik psikoeğitim, Depresyon Hastalarına Yönelik El Kitapçığı'na (Ek 13) göre 6 oturum şeklinde yapılmıştır. Her bir oturum ortalama 20-30 dakika sürmüştür (Tablo 1). Bakım vericilere yönelik psikoeğitim ise, Depresyon Hastaların Bakım Vericilerine Yönelik El Kitapçığı'na (Ek-8) göre 6 oturum şeklinde yapılmıştır. Bakım vericiye yönelik eğitim oturumları ortalama 20-35 dakika sürmüştür (Tablo 2). Hastalara verilen eğitimler, haftada 2 kez ve gün aşırı olarak, görüşme odası ve seminer odasında ve hastanın rahat edeceği bir ortam hazırlanarak birebir, yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Bakım vericilere verilen eğitimler, haftada 2 kez ve gün aşırı olarak, görüşme odası ve seminer odasında gerçekleştirilmiştir. Bu odada bakım vericilerin rahat etmesi sağlanarak birebir ve yüz yüze olarak eğitimler yapılmıştır. Bu aşamada kontrol grubu hastalar ve bakım vericilerine hiçbir müdahale yapılmamıştır.

Tablo 1. Depresyon hastalarına verilen psikoeğitim programının içeriği, oturum sayısı ve süreleri.

Konu Başlığı	Oturum/Süre
Hastanın eğitimden beklentisi	1. Oturum- ortalama 20 dakika-1.Hafta
1. Depresyon	
2. Depresyonun Görülme Yaygınlığı	2. Oturum- ortalama 25 dakika-1.Hafta
1. ve 2. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
3. Depresyon ve Kadın Cinsiyet	
4. Depresyon ve Erkek Cinsiyet	3. Oturum- ortalama 30 dakika-2.Hafta
3. ve 4. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
5. Depresyonun Nedenleri	
6. Depresyonun Belirti ve Bulguları	4. Oturum- ortalama 25 dakika-2.Hafta
5. ve 6. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
7. Ruhsal Bozukluk ve Hasta Hakları	5. Oturum- ortalama 25 Dakika-3.Hafta
8. Ruhsal Hastalık ve Evlilik	
9. Depresyon Hastalığında Kullanılan İlaçların Etki ve Yan Etkileri ve Yapılması Gerekenler	6. Oturum- ortalama 30 dakika-3.Hafta
11. Depresyon Hastalığının Tekrarlamasının Ön Görücü Belirtileri ve İzlemenin Önemi	
12. Psikoeğitim değerlendirilmesi, Özet ve kapanış	

Tablo 2. Depresyon hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim programının içeriği, oturum sayısı ve süreleri.

Konu Başlığı	Oturum/Süre
Bakım vericinin eğitimden beklentisi	1. Oturum- ortalama 20 dakika-1.Hafta
1. Depresyon	
2. Depresyonun Görülme Yaygınlığı	2. Oturum- ortalama 25 dakika-1.Hafta
1. ve 2. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
3. Depresyon ve Kadın Cinsiyet/ Depresyon ve Erkek Cinsiyet	
4. Depresyonun Nedenleri/ Depresyonun Belirti ve Bulguları	3. Oturum- ortalama 35 dakika-2.Hafta
3. ve 4. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
5. İntihar, Tanılama süreci	
6. Hastayla Etkili İletişim, Empati ve Tedavi Ortamı	4. Oturum- ortalama 35 dakika-2.Hafta
5. ve 6. konuların gözden geçirilmesi (özet)	
7. Depresyon Hastalığında Kullanılan İlaçların Etki ve Yan Etkileri ve Yapılması Gerekenler	5. Oturum- ortalama 35 Dakika-3.Hafta
8. Depresyon Hastalığının Tekrarlamasının Ön Görücü Belirtileri ve İzlemenin Önemi	
9. Bakım Vericilerin Duygularını İfade Etme Biçimleri/Hastanın Tedavisinde Aile Desteğinin Önemi	6. Oturum- ortalama 35 dakika-3.Hafta
11. Bakım Verici Yükü/ Bakım Vericiler İçin Baş Etme Yöntemleri	
12. Psikoeğitim değerlendirilmesi, Özet ve kapanış	

Üçüncü aşama; Deney grubundaki hastalar ve bakım vericilerine yönelik psiko eğitimden sonra aynı hafta içinde (psiko eğitimden bir ay sonra); deney ve kontrol grubundaki hastalara BDÖ ve İDÖ; bakım vericilere DDÖ ve Zarit Aile Yüğü ölçekleri uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastalar ve bakım vericilerine veri toplama araçlarının uygulanması eş zamanlı olarak yürütülmüştür. (Son test).

Dördüncü aşama; Psiko eğitimden 3 ay sonra deney ve kontrol grubundaki hastalar ve bakım vericilerinin kontrol amaçlı polikliniğe geldikleri randevu gününde poliklinikte deney ve kontrol grubundaki hastalara BDÖ ve İDÖ; bakım vericilere DDÖ ve Zarit Aile Yüğü Ölçekleri birebir yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır (İzlem). Deney grubu izlemeleri tamamlandıktan sonra kontrol grubuna da gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık yapılmış, eğitim kitapçıkları verilmiştir.

3.11. Depresyon Hastalarına Yönelik Psiko eğitim İçeriğinin Oluşturulması

Literatür araştırmaları doğrultusunda ve APA'nın 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber"indeki önerilen eğitim çerçevesinde hazırlanan depresyon hastaları için geliştirilen psiko eğitim kitapçığı, hastalığın belirti ve bulgularının erken teşhisi, tedavi süreci için ilaçlarla ilgili yanlış anlamaları düzeltme çabaları da dahil olmak üzere farklı tedavi türleri, risk faktörleri ve hastalığın tekrarlamasının ön görücü belirtileri oluşturmaktadır (Çam ve Bilge, 2014; Katsuki ve diğerleri, 2018; Polat, 2020; Sanford ve diğerleri, 2006; Shimazu ve diğerleri, 2011; Yıldız, 2011). Eğitim oturumlarına ait konu içeriği ve oturumları Tablo 1 ve Tablo 2'de yer almaktadır.

Daha sonra konu başlıklarına göre eğitim içerikleri geliştirilmiş ve alanında uzman öğretim üyelerinden (Prof. Dr. Filiz ADANA, Prof. Dr. Filiz ABACIGİL, Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ, Doç. Dr. Belgin YILDIRIM, Doç. Dr. Nükhet BALLIEL, Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA, Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN, Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN)'dan görüş alınarak, eğitim içeriğine son şekli verilmiştir.

3.12. Depresyon Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik Psikoeğitim İçeriğinin Oluşturulması

Literatür araştırmaları doğrultusunda ve APA'nın 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber"indeki önerilen eğitim çerçevesinde hazırlanan depresyon hastalarının bakım vericileri için geliştirilen psikoeğitim kitapçığı, hastaların bakım vericilerine hastalık ve hastalık yönetimi hakkında bilgi vererek ve ilaç uyumunu artırmada ailenin rolü, başa çıkma stratejileri, iletişim becerileri (rol oynamayı kullanarak), duygularını ifade etme ve problem çözme becerileri içermektedir (Abedi ve diğerleri, 2020; Azman ve diğerleri, 2017; Çam ve Bilge, 2014; Çam ve Yalçın, 2018; Katsuki ve diğerleri, 2018; Özcan ve Gürhan, 2016; Şenocak ve diğerleri, 2019). Eğitim oturumlarına ait konu içeriği ve oturumları Tablo 1 ve Tablo 2'de yer almaktadır.

Daha sonra konu başlıklarına göre eğitim içerikleri geliştirilmiş ve alanında uzman öğretim üyelerinden (Prof. Dr. Filiz ADANA, Prof. Dr. Filiz ABACIGİL, Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ, Doç. Dr. Belgin YILDIRIM, Doç. Dr. Nükhet BALLIEL, Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA, Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN, Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN)'dan görüş alınarak, eğitim içeriğine son şekli verilmiştir.

3.13. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Hasta ve bakım vericilere yönelik hazırlanan psikoeğitim, Hastaların 'Beck Depresyon Ölçeği ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği', bakım vericilerin, Zarit Aile Yüğü Ölçeği ve Duygu Dışavurumu Ölçeği'ne vermiş vermiş oldukları yanıtların toplam puanından oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Tanıtıcı Bilgi Formlarında yer alan sosyodemografik bilgiler, bakım vericilerde (ne kadar süredir bakım verdiği, hasta ile olan ilişkisi, birlikte yaşama durumu), bakım yükü ve baş etme durumu (bakım vericinin kronik hastalık durumu, bakımda yeterli hissetme) ilişkin özellikler.

3.14. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi ve veri toplama sürecinin yürütülebilmesi için etik kurul izni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Tarih:25.02.2022, Sayı: 2022/03) (Ek 1), kurum izni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği, Tarih: 01.04.2022, sayı: E-19504407-300-156690 (Ek 3) ve ilgili ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek 7). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve bakım vericilerinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Bu tez HF 23007 kodu ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Çalışmanın Clinical Trials sistemine kaydı yapılmıştır (NCT06263400).

Araştırmanın sürecine ilişkin olarak çalışmanın yapılacağı Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Servisi Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Levent SEVİNÇOK'a açıklama yapılmış ve izin alınmıştır (Ek 10).

3.15. İstatistiksel Yöntemler

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences Version 21 (PASW Inc, Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, yüzdeler), normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda Student t test, Paired Samples test, Pearson Chi-kare testi; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann Whitney U, Wilcoxon test; başlangıç analizleri olarak normal dağılım değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi; tekrarlı ölçümlerde Varyans analizi kullanılmıştır.

3.16. Araştırmanın Güçlükleri

Bakım verici psikoeğitim uygulaması hem hasta hem de bakım vericiler için bireysel formatta yürütüldüğü, çalışmanın izlemleri olduğu için uygulamanın yürütülmesi zaman ve emek gerektirmiştir.

3.17. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Psikoeğitim programı, literatür araştırmaları doğrultusunda ve APA'nın 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber" indeki önerilen eğitim çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.
- Araştırmada deney ve kontrol grupları yer almaktadır.
- Araştırmada randomizasyon yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, depresyon hastaları ve bakım vericilerine verilen psikoeğitimin hastaların depresif belirtileri ve iyileşme düzeylerine, bakım vericilerinin duygudışavurumu ve aile yükü düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak Aydın İl Merkezi'nde 92 (46 deney, 46 kontrol) hasta ve bakım vericisi ile gerçekleştirilen çalışmanın verilerinden elde edilen bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 3. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92).

Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri		Deney (n=46)		Kontrol (n=46)		Toplam		Test Değeri (χ^2)	Önemlilik p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	39	84,8	34	73,9	73	79,4	*1,658	0,198
	Erkek	7	15,2	12	26,1	19	20,6		
	Toplam	46	100	46	100	92	100		
Medeni durum	Evli	21	45,7	31	67,4	52	56,5	*8,603	0,072
	Eşi ölmüş	8	17,4	5	10,9	13	14,1		
	Ayrı	3	6,5	0	0	3	3,2		
	Boşanmış	4	8,7	5	10,9	9	9,7		
	Hiç evlenmemiş	10	21,7	5	10,9	15	16,5		
Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100			
Eğitim durumu	Yok	1	2,2	0	0	1	1,1	*1,955	0,744
	İlkokul	18	39,1	22	47,8	40	43,4		
	Ortaokul	4	8,7	5	10,9	9	9,7		
	Lise	13	28,3	10	21,7	23	25		
	Üniversite ve üstü	10	21,7	9	19,6	19	20,8		
Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100			
Çalışma Durumu	Çalışan	8	17,4	8	17,4	16	17,3	*2,362	0,670
	Ev hanımı	15	32,6	16	34,8	31	33,6		
	İşsiz	6	13,0	5	10,9	11	11,9		
	Emekli	13	28,3	16	34,8	29	31,5		
	Öğrenci	4	8,7	1	2,2	5	5,7		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100		
Hastane Yatış Sayısı	Bir kez	25	54,3	19	41,3	44	47,8	*2,704	0,262
	İki kez	10	21,7	17	37,0	27	29,3		
	Üç ve üzeri	11	23,9	10	21,7	21	22,8		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100		
İntihar Girişimi	Yok	20	43,5	18	39,1	38	41,3	*0,776	0,678
	Girişim var	15	32,6	19	41,3	34	36,9		
	Düşüncesi var	11	23,9	9	19,6	20	21,8		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100		
Ailede Ruhsal Hastalık Durumu	Yok	26	56,5	31	67,4	57	61,9	*1,153	0,283
	Var	20	43,5	15	32,6	35	38,1		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		

* Pearson ki-kare,**Likelihood ratio, p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Deney grubundaki hastaların %84,8'inin, kontrol grubundaki hastaların %73,9'unun kadın olduğu, deney grubundaki hastaların %45,7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %67,4'ünün evli olduğu, deney grubundaki hastaların %39,1'inin, kontrol grubundaki hastaların %47,8'inin ilkökul mezunu olduğu, deney grubundaki hastaların %32,6'sının, kontrol grubundaki hastaların %34,8'inin ev hanımı olduğu, deney grubundaki hastaların %54,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %41,3'ünün bir kez hastaneye yattığı, deney grubundaki kadınların %43,5'inin, kontrol grubundaki hastaların %39,1'inin intihar girişimi olmadığı, deney grubundaki hastaların %56,5'inin, kontrol grubundaki hastaların %67,4'ünün ailesinde ruhsal hastalık olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık öyküsüne ilişkin bilgiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92).

Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikler		Deney (n=46)		Kontrol (n=46)		Toplam		χ^2	p
		n	%	n	%	N	%		
Cinsiyet	Kadın	23	50,0	23	50,0	46	50,0	**0,000	1,000
	Erkek	23	50,0	23	50,0	46	50,0		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Eğitim durumu	İlkokul	14	30,4	12	26,1	26	28,3	*0,297	0,961
	Ortaokul	5	10,9	5	10,9	10	10,9		
	Lise	13	28,3	15	32,6	28	30,4		
	Üniversite ve üstü	14	30,4	14	30,4	28	30,4		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	27	58,7	21	45,7	48	52,1	*1,568	0,210
	Çalışıyor	19	41,3	25	54,3	44	47,9		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	18	39,1	20	43,5	38	42,4	*0,405	0,816
	Gelir gidere denk	23	50,0	20	43,5	43	46,7		
	Gelir giderden fazla	5	10,9	6	13,0	11	11,9		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastasıyla Yakınlık Durumu	Annesi	4	8,7	4	8,7	8	8,7	*4,056	0,773
	Babası	5	10,9	2	4,3	7	7,6		
	Kardeşi	4	8,7	2	4,3	6	6,5		
	Eşi	14	30,4	15	32,6	29	31,5		
	Oğlu	4	8,7	9	19,6	13	14,1		
	Ablası	1	2,2	1	2,2	2	2,2		
	Kızı	13	28,3	12	26,1	25	27,2		
	Abisi	1	2,2	1	2,2	2	2,2		
Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0			
Kronik Bir Hastalık Tanısı	Yok	26	56,5	30	65,2	56	60,9	*0,730	0,393
	Var	20	43,5	16	34,8	36	39,1		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastasının İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	Her zaman alıyor	33	71,7	27	58,7	60	65,2	*2,919	0,404
	Ara sıra aksatıyor	11	23,9	16	34,8	27	29,3		
	İlaç kullanımı yok	2	4,3	2	4,3	4	4,4		
	Hiç almıyor	0	0	1	2,2	1	1,1		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		

Tablo 4. Araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92) (Devamı).

Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikler		Deney (n=46)		Kontrol (n=46)		Toplam		χ^2	p
		n	%	n	%	N	%		
Bakım Vericinin Bakım İçin Destek Alması	Hayır	33	71,7	39	84,8	72	78,3	*2,300	0,129
	Evet	13	28,3	7	15,2	20	21,7		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastasının Kontrollere Düzenli Gelme Durumu	Hayır	2	4,3	0	0	2	2,2	*4,978	0,246
	Evet	36	78,3	36	78,3	72	78,3		
	Ara sıra aksatıyor	5	10,9	9	19,6	14	15,2		
	İlk tedavisi	3	6,5	1	2,2	4	4,3		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastasının Kontrollere Gelme Durumu	Tek başına geliyor	16	34,8	15	32,6	31	33,7	*0,049	0,825
	Bir refakatçi ile geliyor	30	65,2	31	67,4	61	66,3		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastasının İlaçları Alma Durumu	İlaçlarını düzenli olarak kendisi alıyor	32	69,6	28	60,9	60	65,3	*0,941	0,816
	İlaçlarını ben/evden birisi veriyor ve içiyor	12	26,1	15	32,6	27	29,3		
	İlaçlarını ben/evden birisi veriyor ve zorla içiyor	1	2,2	2	4,3	3	3,2		
	Tedavi yeni başladı	1	2,2	1	2,2	2	2,2		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastası ile Yaşamada Memnuniyet Durumu	Çok memnunum	7	15,2	6	13,0	13	14,1	*5,624	0,253
	Genellikle memnunum	12	26,1	7	15,2	19	20,7		
	Ne memnunum ne değilim	23	50,0	24	52,2	47	51,1		
	Genellikle memnun değilim	2	4,3	8	17,4	10	10,8		
	Hiç memnun değilim	2	4,3	1	2,2	3	3,3		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		
Hastası ile Baş Etme Durumu	Çok iyi baş ediyorum	6	13,0	4	8,7	10	10,8	*2,557	0,469
	İyi baş ediyorum	12	26,1	7	15,2	19	20,7		
	Biraz baş ediyorum	26	56,5	32	69,6	58	63,1		
	Hiç baş edemiyorum	2	4,3	3	6,5	5	5,4		
	Toplam	46	100,0	46	100,0	92	100,0		

* Pearson ki-kare,**Likelihood ratio, p≤0,05 istatistiksel olarak anlamlı

Deney ve kontrol gruplarındaki bakım vericilerin %50'sinin kadın %50'sinin erkek olduğu, deney grubundaki bakım vericilerin %30,4'ünün ilkokul mezunu, kontrol grubundaki bakım vericilerin %32,6'sının lise mezunu olduğu, deney grubundaki bakım vericilerin %58,7'sinin çalışmadığı, kontrol grubundaki bakım vericilerin %54,3'ünün çalıştığı, deney grubundaki bakım vericilerin %50'inin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %43,5'inin gelir gidere denk olduğu, deney grubundaki bakım vericilerin %30,4'ünün, kontrol grubundaki bakım vericilerin %32,6'sının eşi olduğu, deney grubundaki bakım vericilerin %56,5'inin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %65,2'sinin kronik hastalığı olmadığı, deney grubunda bakım vericilerin %71,7'sinin, kontrol grubunda bakım vericilerin %58,7'sinin hastasının ilaçlarını her zaman aldığı, deney grubundaki bakım vericilerin %71,7'sinin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %84,8'sinin bakım için destek almadığı, deney grubundaki bakım vericilerin %78,3'ünün, kontrol grubundaki bakım vericilerin %78,3'ünün bakmakla yükümlü olduğu hastasının kontrollere düzenli geldiği, deney grubundaki bakım vericilerin %65,2'sinin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %67,4'ünün bakmakla yükümlü olduğu hastasının kontrollere bir refakatli eşliğinde geldiğini, deney grubundaki bakım vericilerin %69,6'sının, kontrol grubundaki bakım vericilerin %60,9'unun bakmakla yükümlü olduğu hastasının ilaçlarını düzenli olarak kendisi aldığı, deney grubundaki bakım vericilerin %50'sinin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %52,2'sinin bakmakla yükümlü olduğu hastası ile yaşamadan ne memnunum ne değilim durumuna sahip olduğu, deney grubundaki bakım vericilerin %56,5'inin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %69,6'sının biraz baş ettiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre deney ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri ve bakıma yönelik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Araştırmaya katılan hasta ve bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (N=92).

Sosyo-Demografik Özellikler (Sürekli Veriler)	Deney (n=46)		Kontrol (n=46)		t	p
	$\bar{x}\pm SS$	(Min-Max)	$\bar{x}\pm SS$	(Min-Max)		
Hastanın Yaşı	49,13±16,89	18-79	50,56±14,63	22-77	0,435	0,664
Bakım Verici Yaşı	45,39±14,18	18-71	43,71±13,91	22-69	0,571	0,569
Hastalık Süresi (Yıl)	10,45±12,40	1-40	11,78±11,21	1-40	0,538	0,592
Bakım Vericinin Hastaya Bakım Süresi(Yıl)	10,64±11,31	1-42	8,39±9,56	1-43	1,026	0,307
Bakım Vericinin Bir Günde Hastaya Ayırdığı Zaman(Saat)	9,08±5,94	1-24	8,60±4,40	2-24	0,438	0,662
Bakım Vericinin Bir Günde Kendine Ayırdığı Zaman(Saat)	5,86±5,46	1-24	4,93±2,71	1-12	1,023	0,309

t:Student-t testi, $p\leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

Deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalamasının 49,13±16,89, bakım vericilerin yaş ortalamasının 45,39±14,18, hastalık süresinin 1 ila 40 yıl olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ortalamasının 50,56±14,63, bakım vericilerin yaş ortalamasının 43,71±13,91, hastalık süresinin 1 ila 40 yıl olduğu bulunmuştur. Deney grubunda yer alan bakım vericilerin hastalarına bakım süresi ortalama 10,64±11,31 yıldır. Kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin hastalarına bakma süresi ortalama 8,39±9,56 yıldır. Deney grubunda yer alan bakım vericilerin bir günde hastalarına ayırdıkları zamanın ortalaması 9,08±5,94 saat, kendilerine ayırdıkları zamanın ortalaması 5,86±5,46 saattir. Kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin bir günde hastalarına ayırdıkları zamanın ortalaması 8,60±4,40saat, kendilerine ayırdıkları zamanın ortalaması 4,93±2,71 saattir. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların ve bakım vericilerinin yaş, hastaların hastalık süreleri, bakım vericilerin hastalarına bakım süresi, bir günde hastalarına ve kendilerine ayırdıkları zaman açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılması (N=92).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Toplam Puanları	Deney (n=46)	Kontrol (n=46)	t	p*
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
Eğitim Öncesi Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	20,15±7,10	19,95±11,27	0,100	0,921
Eğitimden Bir Ay Sonra Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	13,31±5,29	17,21±8,23	2,686	0,009
Eğitimden 3 Ay Sonra Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	10,91±5,13	16,44±7,46	4,126	0,000
Fark	1>2>3	1>2; 1>3		
F	51,851	6,187		
p**	0,000	0,003		

t:Student t test, F:Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, $p\leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

*Deney ve kontrol grubu farklarına ilişkin p değeri

**Eğitim öncesi, eğitimden 1 ay sonra ve 3 ay sonraki ölçüm değerleri

Araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; eğitimden önce deney grubunun beck depresyon ölçeği puanı ortalaması 20,15±7,10, kontrol grubunun ise 19,95±11,27 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,921$). Deney grubuna verilen eğitimden bir ay sonraki ölçümlerde deney grubunun Beck Depresyon Ölçeği Puanı ortalaması 13,31±5,29, kontrol grubunun ise 17,21±8,23 bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,009$). Deney grubuna verilen eğitimden üç ay sonraki ölçümlerde deney grubunun Beck Depresyon Ölçeği Puanı ortalaması 10,91±5,13, kontrol grubunun ise 16,44±7,46 bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 7. Araştırmaya katılan hastaların İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılması (N=92).

İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Toplam Puanları	Deney (n=46)	Kontrol (n=46)	t	p*
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
Eğitim Öncesi İyileşme Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	80,31±17,32	81,69±17,24	0,378	0,706
Eğitimden Bir Ay Sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	94,81±13,18	80,91±15,81	4,521	0,000
Eğitimden 3 Ay Sonra İyileşme Değerlendirme Toplam Ölçeği Puanı	95,73±9,06	80,69±13,70	6,159	0,000
Fark	1<2; 1<3	-		
F	40,687	0,520		
p**	0,000	0,553		

t:Student t test, F:Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, $p\leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

*Deney ve kontrol grubu farklarına ilişkin p değeri

**Eğitim öncesi, eğitimden 1 ay sonra ve 3 ay sonraki ölçüm değerleri

Araştırmaya katılan hastaların iyileşme değerlendirme ölçeği (İDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; eğitimden önce deney grubunun İyileşme Değerlendirme Ölçeği Puanı ortalaması 80,31±17,32, kontrol grubunun ise 81,69±17,24 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,706$). Deney grubuna verilen eğitimden bir ay sonraki ölçümlerde deney grubunun İyileşme Değerlendirme Ölçeği Puanı ortalaması 94,81±13,18, kontrol grubunun ise 80,91±15,81 bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,000$). Deney grubuna verilen eğitimden üç ay sonraki ölçümlerde deney grubunun İyileşme Değerlendirme Ölçeği Puanı ortalaması 95,73±9,06, kontrol grubunun ise 80,69±13,70 bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,000$).

Tablo 8. Araştırmaya katılan bakım vericilerin Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) Toplam Puanlarının karşılaştırılması (N=92).

Duygu Dışavurumu Ölçeği(DDÖ)Toplam Puanları	Deney (n=46)	Kontrol (n=46)	t	P*
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
Eğitim Öncesi Duygu Dışavurumu Toplam Puanı	21,15±4,44	18,97±5,13	2,161	0,033
Eğitimden Bir Ay Sonra Duygu Dışavurumu Toplam Puanı	18,15±3,66	19,28±4,45	1,330	0,187
Eğitimden Üç Ay Sonra Duygu Dışavurumu Toplam Puanı	18,36±3,99	19,29±4,62	1,012	3,150
Fark	1>2, 1>3	-		
F	35,532	0,409		
p**	0,000	0,660		

t:Student t test, F:Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, $p\leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

*Deney ve kontrol grubu farklarına ilişkin p değeri

**Eğitim öncesi, eğitimden 1 ay sonra ve 3 ay sonraki ölçüm değerleri

Deney ve kontrol grubunda yer alan bakım vericilerin Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; eğitimden önce deney grubunun duygu dışavurumu ölçeği puanı ortalaması 21,15±4,44, kontrol grubunun ise 18,97±5,13 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,033$). Deney grubuna verilen eğitimden bir ay sonraki ölçümlerde deney grubunun Duygu Dışavurumu Ölçeği Puanı ortalaması 18,15±3,66, kontrol grubunun ise 19,28±4,45 bulunmuş olup aralarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p=0,187$). Deney grubuna verilen eğitimden üç ay sonraki ölçümlerde deney grubunun Duygu Dışavurumu Ölçeği Puanı ortalaması 18,36±3,99, kontrol grubunun ise 19,29±4,62 bulunmuş olup aralarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p=3,150$).

Tablo 9. Araştırmaya katılan bakım vericilerin Zarit Aile Yüğü Ölçeği toplam puanlarının gruplara göre karşılaştırılması (N=92).

Zarit Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puanları	Deney (n=46)	Kontrol (n=46)	t	P*
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
Eğitim Öncesi Zarit Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puanı	48,69±11,14	47,26±10,76	0,628	0,532
Eğitimden Bir Ay Sonra Zarit Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puanı	43,28±11,10	49,86±10,13	2,953	0,004
Eğitimden 3 Ay Sonra Zarit Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puanı	45,71±11,18	50,97±11,72	2,202	0,030
Fark	1>2, 1>3	1<2; 1<3		
F	33,081	8,716		
P**	0,000	0,003		

t:Student t test, F:Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, $p\leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı

*Deney ve kontrol grubu farklarına ilişkin p değeri

**Eğitim öncesi, eğitimden 1 ay sonra ve 3 ay sonraki ölçüm değerleri

Araştırmaya katılan bakım vericilerin Zarit Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; eğitimden önce deney grubunun zarit aile yüğü ölçeği puanı ortalaması 48,69±11,14, kontrol grubunun ise 47,26±10,76 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,532$). Deney grubuna verilen eğitimden bir ay sonraki ölçümlerde deney grubunun Zarit Aile Yüğü Ölçeği Puanı ortalaması 43,28±11,10, kontrol grubunun ise 49,86±10,13 bulunmuş olup aralarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$). Deney grubuna verilen eğitimden üç ay sonraki ölçümlerde deney grubunun Zarit Aile Yüğü Ölçeği Puanı ortalaması 45,71±11,18, kontrol grubunun ise 50,97±11,72 bulunmuş olup aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,030$).

5. TARTIŞMA

Çalışmada depresyon hastaları ve bakım vericilerine verilen psikoeğitimin hastaların depresif belirtileri ve iyileşme düzeylerine, bakım vericilerinin duygudışavurumu ve aile yükü düzeylerine etkisi incelenerek elde etmiş olduğumuz bulgular ilgili alan yazın ışığında tartışılmış ve literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılmıştır

Yapılan bu çalışmada, deney ve kontrol grubunda yer alan hastalar ve bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu hastası ile yaşamada memnuniyet durumları, baş etme durumları özellikleri açısından karşılaştırıldığında benzer özelliklerde olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Grupların benzer özelliklere sahip olması ise deney grubuna verilen eğitimin etkinliğinin kontrol grubu ile karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır.

Alanyazında dünya genelinde yapılan depresyon hastalarının cinsiyet ile ilişkili verileri incelendiğinde depresyon görülme oranının kadın cinsiyette erkek cinsiyete oranla daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Andrade ve diğerleri, 2003; Faravelli ve diğerleri, 2013; Kuehner, 2017; Li ve diğerleri, 2023; Salk ve diğerleri, 2017). Yapılan bu çalışmadaalanyazınla benzer şekilde deney grubundaki hastaların %84,8'inin, kontrol grubundaki hastaların %73,9'unun kadın olduğu saptanmıştır. Literatürde depresyon ve eğitim arasında birçok ilişki olduğu öne sürülmüştür. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde, daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişilere göre daha yüksek depresyon oranları bildirilmiştir(Bauldry, 2015). Buna bağlı olarak, çeşitli çalışmalar daha yüksek eğitim düzeyinin daha düşük depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Fletcher, 2010; Lorant ve diğerleri, 2003).Yapılan bu çalışmadaalan yazınla benzer şekilde deney grubundaki hastaların %39,1'inin, kontrol grubundaki hastaların %47,8'inin ilkokul mezunu olduğu olduğu belirlenmiştir.

Alan yazında birçok çalışmada, depresyon ve umutsuzluk, intihar düşünceleri ve girişimleri için en sık belirtilen risk faktörleri arasında olduğu bildirilmiştir (Harwood ve diğerleri, 2001; Klein ve diğerleri, 2000; Kuo ve diğerleri, 2005; Miranda ve diğerleri, 2012; O'coonor ve diğerleri, 2013; Ribeiro ve diğerleri, 2018; San Too ve diğerleri, 2019; Sareen ve diğerleri, 2005). Nock ve diğerleri (2010) çalışmasında, ölümcül olmayan intihar

girişimlerini duygudurum bozukluğunun varlığıyla ilişkilendirmiştir. Harwood ve diğerleri (2001) depresyonun intihar edenler arasında en sık görülen akıl hastalığı olduğunu bildirmiştir. Yapılan bu çalışmada alan yazınla benzer şekilde depresyon hastalarının %50'sinden fazlasında intihar düşünceleri ve girişimleri olduğu belirlenmiştir.

Alan yazında depresyon ve ailede bakım vericilerinin yaşamı üzerindeki etkisi hakkında bilgi sağlamak için birkaç çalışma mevcuttur. Radfar ve diğerleri (2014) çalışmasında, depresif bir aile üyesiyle birlikte yaşamak, ona bakım ve destek sağlamak, tüm aile için sürekli ve kronik bir stres kaynağı olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada, aile üyelerinin daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyon yaşadıkları ve daha düşük düzeyde öznel iyi oluş yaşadıkları bildirilmiştir. Istad ve diğerleri (2010) yapmış oldukları çalışmada, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların eşlerinde yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon olduğunu bildirmişlerdir. Navidian ve diğerleri (2001) çalışmasında, psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin çoğunluğunun (%73,6) orta ila şiddetli yorgunluk yaşadığını bildirmiştir. Balkaran ve diğerlerinin (2021) araştırmasında, Beş Batı Avrupa ülkesinden (Fransa, Almanya, İtalya, İspanya ve Birleşik Krallık), depresyon hastalarının bakım vericilerinin diğer kronik zihinsel veya fiziksel hastalıkları (örn. Alzheimer hastalığı, bipolar bozukluk, şizofreni, kanser veya kronik böbrek hastalığı) olan hastaların bakım vericilerinden daha fazla yük taşıdığı rapor edilmiştir. Çalışmada alan yazınla benzer şekilde depresyon hastalarının bakım vericilerinde yaşadığı güçlüklerle baş etme durumları deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu hastası ile yaşamadan memnuniyet durumları incelendiğinde; deney grubundaki bakım vericilerin %50'sinin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %52,2'sinin hastası ile yaşamadan ne memnunum ne değilim durumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin baş etme durumları incelendiğinde; deney grubundaki bakım vericilerin %56,5'inin, kontrol grubundaki bakım vericilerin %69,6'sının biraz baş ettiği belirlenmiştir.

Bu araştırmada psikoeğitim verilen deney grubu depresyon hastalarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre depresif belirtilerinin azaldığı, iyileşme düzeylerinde arttığı bulunmuştur. Bu sonuç bakım verici psikoeğitimin depresyon hastalarında iyileşme düzeyini arttırmada, depresif belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuç literatürde yer alan psikoeğitim müdahalesinin etkinliğinin incelendiği çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Christensen ve diğerleri, 2004; Fiorillo ve diğerleri, 2011; Jacob ve diğerleri, 2001; Sanford ve diğerleri, 2006; Shimazu ve diğerleri, 2011). Literatürde depresif bozukluk tanımlı hastalarda psikoeğitim müdahalesinin hastaların iyileşme

düzeylerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Sanford ve diğerleri (2006) tarafından yapılan randomize çalışmada; deney grubunda tedavinin ortasında, tedavi sonunda ve 3 aylık izlemde sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı, ergen-ebeveyn ilişkilerinde daha büyük iyileşmeler olduğu ve ebeveynleri daha fazla memnuniyet bildirmiştir. Shimazu ve diğerleri (2011) tarafından majör depresyonu olan bireylerde bakım verici psikoeğitim müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada; kontrol grubu standart tedavi alırken deney grubuna, ('hastalığın epidemiyolojisi ve nedenleri', 'semptomları', 'tedavi ve süreci' ve 'hastalığıyla başa çıkma' konularını içeren dört grup oturumundan oluşan) iki haftada bir yaklaşık 90 ila 120 dakikalık dört grup oturumundan ve problem çözme grup tartışmalarından oluşan psikoeğitim verilmiştir. Hastalar bu oturumlara katılmamıştır. Çalışmada bakım verici psikoeğitimin 9 aylık takibe kadar hastalığın tekrarlamasını önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir. Fiorillo ve diğerleri (2011) çalışmasında aile psikoeğitim müdahalesinin hastaların klinik durumu, sosyal işlevselliği ve yaşam tarzı ile bakım verici yükü ve sosyal etkileşimi üzerindeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada; deney grubunda hasta ve yakınları 6 ay boyunca bakım verici psikoeğitim uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastalar ise standart tedavi almıştır. Çalışmada deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında bakım verici psikoeğitimin hastaların iyileşme durumu ve yaşam tarzının yanı sıra ailenin nesnel yükü ve sosyal etkileşiminin önemli ölçüde iyileştiği, depresyonun neden olduğu kişisel ve ailevi zorlukların azaltılmasında ve hastaların yaşam tarzlarının iyileştirilmesinde faydalı olduğu bildirilmiştir. Christensen ve diğerleri (2004) depresyon tanılı hastalar için internet üzerinden sunulan psikoeğitim ve bilişsel davranış terapisi etkinliğini incelemeyi amaçladıkları randomize kontrollü çalışmasında 525 depresyon hastası rastgele olarak psikoeğitim grubuna (n=166), bilişsel davranış terapisi grubuna (n =182) ve kontrol grubuna (n=178) atanmıştır. Hasta ifadeleri internet üzerinden sunulan psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapi müdahalelerinin depresyon belirtilerini azalttığı belirtilmiştir. Jacob ve diğerleri (2002) yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmasında; birinci basamakta psikiyatrik hastalığı olan katılımcılara depresyonun doğası, nedenleri, yaygınlığı ve tedavisi hakkında bir psikoeğitim verilmiştir. Çalışmada psikoeğitimin 2 ay sonraki takipte deney grubundaki katılımcılarının iyileşme puanlarının kontrol grubundakilere göre önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir. Çalışma bulgularımızın aksine Katsuki ve diğerleri (2018) çalışmasında verilen psikoeğitimin kronik majör depresyon hastalarının aile üyelerinin ruh sağlığı ve iyileşmeye etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bu araştırma sonucu araştırma sonucumuzla farklılık göstermektedir. Katsuki

ve diğeri (2018) çalışmasında major depresyon hastalarında aile üyelerinin ruh sağlığı durumuna etkilerini araştırmak amacıyla yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada; deney grubuna 8 hafta boyunca iki haftada bir olmak üzere dört oturum kısa süreli çok aileli psikoeğitim programı grup formatında uygulanmıştır. Kontrol grubuna bir hemşire tarafından yönetilen bir danışma oturumu uygulanmıştır. Bu çalışmada deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kısa süreli çok aileli psikoeğitim programının 16 haftada aile üyelerinin ruh sağlığı durumu üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmayla çalışma sonucumuzun farklı olmasının sebebinin yürütülen eğitimlerin içeriği ve yöntemi, eğitim ortamı, oturum sayıları ve eğitimcilerin niteliği, birebir, yüz yüze eğitim ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada deney grubu bakım vericilerinin psikoeğitimden üç ay sonra duygu dışavurumu puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu, kontrol grubu bakım vericilerinde ise duygu dışavurumu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da artış olduğu görülmüştür. Bu sonuç bakım verici psikoeğitimin depresyon hastalarının bakım vericilerinde duygu dışavurum düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Duygu dışavurumu, aile üyelerinin hastaya yönelik ifade ettiği duyguların içeriği incelenerek değerlendirilir. Eleştirel, müdahaleci veya aşırı koruyucu olan aile duygu dışavurumu, olumsuz sağlık ve ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişki olduğu bildirilmiştir (Rosland ve diğeri, 2012). Duygu dışavurumu ile ilgili çalışmalar öncelikle şizofreni hastalarının aileleri üzerinde yapılmıştır (Budiono ve diğeri, 2021; Bulut ve diğeri, 2019; Zanetti ve diğeri, 2019). Depresif bozuklukla ilgili olarak ailenin duygu dışavurumu ile hastalığın seyri arasındaki ilişkiyi inceleyen daha az çalışma bulunmaktadır (Hooley, 1986; Hooley ve diğeri, 1986; Mino ve diğeri, 2001; Uehara ve diğeri, 1996). Hooley ve diğeri (1986), 39 depresyon hastası ile yürüttükleri çalışmada; eşlerin duygu dışavurumu ile hastalığın tekrarlaması arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamışlardır. 9 aylık bir takip sonrasında, eşleri yüksek duygu dışavurumu olan hastaların %59'unda hastalığı tekrarladığı, eşleri düşük duygu dışavurumu olan hiçbir hastada hastalığın tekrarlama durumu görülmediği bildirilmiştir. Uehara ve diğeri (1996), ayaktan tedavi gören 40 majör depresyon hastası ile yürüttükleri çalışmada hastaların duygu dışavurumu ile 6 aylık izlem sonuçları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çoklu lojistik regresyon analizi, ailedeki eleştirel düzeyin ve depresyon geçmişinin, olumsuz ruh sağlığı sonucun anlamlı belirleyicileri olduğunu ve depresif dönemleri uzatan bir faktör olabileceğini bildirmişlerdir. Hooley (1986) çalışmasında, 30 depresyon hastasının ve eşlerinin 10 dakikalık yüz yüze

etkileşim sırasındaki davranışları araştırılmıştır. Düşük duygu dışavurumu eşlerle karşılaştırıldığında, yüksek duygu dışavurumu eşlerin depresif bozukluğu olan eşlerine karşı hem sözlü hem de sözsüz olarak daha olumsuz, daha eleştirel açıklamalarda bulunduğu, hastalarla daha sık fikir ayrılığına düştüğü ve depresif bozukluğu olan eşlerinin kendilerine söylediklerini kabul etme olasılıkları daha düşük olduğu bildirilmiştir. Mino ve diğerleri (2001) çalışmasında, 32 duygudurum bozukluğu hastası ve 36 aile üyesi ile yürüttükleri kohort çalışmasında, Camberwell Aile Görüşmesi kullanılarak ailenin duygu dışavurumu ile duygudurum bozukluklarının seyri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmada 9 aylık takibe kadar %68,7 iyileşme durumunun devam ettiği, %31,3 hastalığın tekrarladığı, yüksek düzeyde eleştirel yorumların ve duygusal aşırı ilginin olduğu ailelerde yaşayan hastaların daha olumsuz ruh sağlığı sonuçlara sahip olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmada ailelere verilen psikoeğitimin bakım vericilerin yük algılarını ve yaşadıkları güçlükleri azalttığı bulunmuştur. Bu sonuç bakım verici psikoeğitimin depresyon hastalarının bakım vericilerinde aile yükü düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuç literatürde yer alan psikoeğitim müdahalesinin etkinliğinin incelendiği çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Ilgaz, 2020; Katsuki ve diğerleri, 2011; Luciano ve diğerleri, 2012) Katsuki ve diğerleri (2011) majör depresif bozukluğu olan 32 hasta yakını ile yürüttükleri çalışmada çok aileli kısa süreli psikoeğitimin etkinliğini incelemeyi amaçlamışlardır. 6 hafta süren bu eğitim sonrasında verilen çok aileli kısa süreli psikoeğitimin ailelerin ruh sağlığının önemli ölçüde iyileştiği, aile yaşamının zorluğunu hafiflettiğini, bakım yükünün önemli ölçüde iyileştiği, duygu dışavurumlarının azaldığı, aile işlevselliği üzerinde de anlamlı iyileşmeler olduğu bulunmuştur. Luciano ve diğerleri (2012) tarafından major depresyon hastalarında aile psikoeğitimin etkinliğini araştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada, deney grubuna hastalık hakkında bilgi sağlama, tedavileri, erken uyarı işaretleri hakkında bilgi sağlama, iletişim becerileri ve problem çözme stratejilerini öğretmeye odaklanan 12 seanslık aile psikoeğitimi programına dahil edilmiştir. Kontrol grubuna hastalık hakkında bilgi, tedavileri ve erken uyarı işaretleri hakkında bilgilendirici bir program uygulanmıştır. Toplam 44 majör depresyon hastası ve bakım vericileri deneysel müdahaleyi veya bilgilendirici programa rastgele atanmıştır. Araştırmada psikoeğitimsel aile müdahalesi, depresyonun neden olduğu kişisel ve ailevi zorlukların azaltılmasında ve hem hasta hem de hasta yakınları arasındaki sosyal ilişkilerin geliştirilmesinde yararlı olduğu bulunmuştur. Ilgaz (2020), meta analiz metodu kullanarak yapmış oldukları çalışmasında, 1990-2019 yılları arasında Türkiye'de

farklı kronik hastalıkları olan hastaların bakım vericilerine yönelik psikoeğitimin bakım verici yükü, depresyonu, iyi oluşu, sürekli ve durumluk kaygısı, duygu dışavurumu ve aile işlevselliği üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçları psikoeğitimin bakım vericilerin iyi oluş düzeyi ve yük düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmalar depresyon tedavisinde bakım verici psikoeğitimi müdahalelerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bugüne kadar, çok az çalışma, depresif bozukluğu olan hastaların aile üyeleri arasındaki bakım verme güçlüklerini ve depresif belirtiler üzerindeki etkisini incelemiştir (Henken ve diğerleri, 2007; Katsuki ve diğerleri, 2018; Lemmens ve diğerleri, 2009; Shimazu ve diğerleri, 2011; Zyto ve diğerleri, 2020). Depresyon hastalarının aile işlevlerinin belirlenmesi, ailenin ihtiyaç duyduğu konuların saptanabilmesi ve bunlara yönelik girişim ve yöntemlerin planlanabilmesi bakımından önem arz etmektedir. Ancak bakım verici psikoeğitimi, depresyon tanılı hasta ve aileleri için hala yaygın olarak mevcut değildir (Frank ve diğerleri, 2014; Katsuki ve diğerleri, 2022; Kronmüller ve diğerleri, 2006; Lucksted ve diğerleri, 2012; Shimazu ve diğerleri, 2011). Bu çalışmada hasta ve ailelerinin dahil edildiği bakım verici psikoeğitimin hastaların depresif belirtilerinin azalmasında, iyileşme düzeylerinin artmasında; bakım vericilerin yük algılarını ve duygu dışavurumlarını azaltmada etkili olduğunu gösteren ilk çalışmadır. Altı oturumdan oluşan ve özel olarak hazırlanmış eğitim kitapçıklarından oluşan bakım verici psikoeğitimimizin kısa ve yaygınlaştırılmasının kolay olduğunu da vurgulamak gerekir. Depresyondan etkilenen çok sayıda insan (hem hastalar hem de aileleri) göz önüne alındığında, çalışmamızın bu kişilerin ailelerinin değerlendirilmesi, bakım ve rehabilitasyon süreçlerine aile katılımının sağlanması, etkili bakımına yönelik tedavi planının başarısında büyük önem taşımaktadır. Etkinliğini doğrulamak ve mekanizmalarını açıklamak için daha büyük bir örnekleme benzer çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Depresyon hastaları ve ailelerinde bakım verici psikoeğitim müdahalelerinin etkisi yeterince çalışılmadığından, depresyon tedavisinde kullanılmış olan diğer psikolojik ve psikososyal yaklaşımlarla karşılaştırıldığında, müdahalenin gerçek etkisinin ne olduğunu tanımlamak son derece zordur. Depresif bozuklukta, tedaviler ve hastalığının tekrarlamasının ön görücü belirtileri ve izlemenin önemi ile ilgili bilgilerin sağlanmasının diğer ruhsal bozukluklarla aynı etkiye sahip olup olmadığı veya diğer destekleyici müdahalelerde olduğu gibi bakım vericilerin duygusal katılımına daha fazla vurgu yapıp yapılmayacağı henüz belirlenmemiştir. Depresyon hastalarının aileleri için kanıta dayalı bir psikososyal müdahale geliştirme

ihtiyacı, önümüzdeki birkaç yıl içinde ruh sağlığı alanında çalışanlar için klinik ve etik bir öncelik olmalıdır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu sınırlılıklar aşağıda sıralanmıştır:

1. Araştırma, Mart 2022-Ocak 2024 tarihinde, 'Aydın Adnan Menderes Üniversite Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde ICD 10 kodlarından F32 (Depresif Bozukluk) ve F33 (Yineleyici Depresif Bozukluk) tanısıyla yatan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ve yakınlarıyla gerçekleştirilmek üzere sınırlandırılmıştır.

2. Çalışmanın örnekleme bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisi ile sınırlıdır. Çalışmaya dahil edilme bakım vericilerle görüşmeler servis temelli sürdürülebilmiştir. Halk sağlığı hemşireliği uygulamaları açısından ev ziyaretleri ya da birinci basamak sağlık kuruluşları ile çalışmaların sürdürülmesi düşünülmüş ancak uygulama koşulları elverişli olamamıştır. Bunun nedeni hastaların geniş bir coğrafik alanda ikamet etmesidir.

3. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.

4. Araştırma sonuçları kullanılan istatistiksel yöntemlerin etkinliği ile sınırlıdır.

5. Araştırmanın nicel verileri öz bildirim ölçekleri yöntemiyle toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği araştırmaya katılanların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

6. Depresyon hastaları ve bakım vericilere araştırmaya başlamadan önce planlanan psikoeğitim 10 oturum ve 45-60 dakika şeklinde iken, hastaların ve bakım vericilerin bireysel özellikleri ve taburculuk planları nedeniyle psikoeğitim uygulamasının oturum sayısı ve süresinde farklılıklar oluşmuştur. Bu nedenle hastalara yönelik uygulanan psikoeğitim, Depresyon Hastalarına Yönelik Psikoeğitim Kitapçığı'na (Ek-9) göre 6 oturum şeklinde, hafta iki kez, gün aşırı olmak üzere eğitim oturumları 20-30 dakika sürmüştür (Tablo 1). Bakım vericilere yönelik psikoeğitim ise, Depresyon Hastalarının Bakım Vericilerine Yönelik Psikoeğitim Kitapçığı'na (Ek-10) göre 6 oturum şeklinde, haftada iki kez, gün aşırı olmak üzere eğitim oturumları 20-35 dakika sürmüştür (Tablo 2).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım verici psikoeğitiminin depresyon hastalarının iyileşme düzeyleri ile bakım vericilerin aile yükü ve duygu dışavurumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde 92(46 hasta ve bakım vericisi deney, 46 hasta ve bakım vericisi kontrol) ile gerçekleştirilen çalışmanın bulgularından elde edilen sonuç ve öneriler aşağıda verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Çalışmada, deney ve kontrol grubunda yer alan hastalar ve bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu hastası ile yaşamada memnuniyet durumları, baş etme durumları özellikleri açısından karşılaştırıldığında benzer özelliklerde olduğu,

Araştırmaya katılan hastaların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; deney grubunda eğitimden bir ay sonra ve eğitimden üç ay sonra Beck Depresyon Ölçeği Toplam puanlarının düştüğü, eğitimden bir ay sonra ve eğitimden üç ay sonra İyileşme Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının arttığı ve böylece uygulanan psikoeğitimin hastaların depresif belirtilerini azalttığı ve iyileşme düzeylerini artırdığı,

Araştırmaya katılan bakım vericilerin Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; deney grubunda psikoeğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra duygu dışavurumu puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu, bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerinin azaldığı,

Araştırmaya katılan bakım vericilerin Zarit Aile Yükü Ölçeği Toplam Puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasında; deney grubunda eğitimden bir ay sonra ve eğitimden üç ay sonra Zarit Aile Yükü Ölçeği Toplam puanlarının daha düşük olduğu, bakım vericilerin yük algılarının azaldığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Yatarak tedavi görmekte olan depresyon hastaları ve bakım vericilerine uygulanan bakım verici psikoeğitiminin depresyon hastalarının depresif belirtileri ve iyileşme düzeyleri ile bakım vericilerin duygu dışavurumu ve aile yükü üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda;

Bakım verici psikoeğitim uygulaması depresif bozukluk tanılı hastalarda, bakım vericilerin de dahil edildiği grup çalışmalarının da etkisini belirleyecek çalışmaların yapılması,

Bakım verici psikoeğitim uygulamasınınuzun vadede etkinliğini değerlendiren (altı ay ve bir yıl sonraki izlemlerin yapıldığı) çalışmaların yapılması,

Psikiyatri hemşirelerine yönelik olarak düzenlenen hizmet içi eğitim programlarına bakım verici psikoeğitim uygulamalarıdahil edilerek hemşirelerin bilgi ve becerilerinin artırılması ve geliştirilmesinin sağlanması,

Psikiyatri hemşirelerinin depresif bozukluk tanılı hasta ve ailelerine yönelik sağlık hizmeti sunumu sırasında ekte sunulan eğitim materyallerinden yararlanmaları,

Uygulaması kolay, ucuz ve etkili olan bakım verici psikoeğitim uygulamasının iyileşme deneyimine olumlu sonuçları göz önünde bulundurularak hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından sağlık kurumlarında sunulan rutin bakımın içerisine entegre edilmesi,

Hastane yöneticilerinin psikiyatri poliklinikleri bünyesinde psikiyatri hemşirelerinin depresif bozukluk tanılı hastalara yönelik hizmet verdiği destek ve danışmanlık birimlerinin oluşturulmasını sağlamaları,

Tüm ülkelerde hasta ailelerine sunulan hizmetlerin sağlanması ve iyileştirilmesi için destekleyici sistemlerin geliştirilmesi,

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda toplum ruh sağlığı hizmetleri açısından halk sağlığı hemşirelerinin ruhsal hastalıkların belirlenmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi için toplum sağlığı stratejilerinin uygulanması; psikoterapi eğitimlerine katılmasının sağlanmasıönerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adame, A.L. ve Knudson, R.M. (2007). Beyond the counter-narrative: exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement. *Narrative Inquiry*, 17(2), 157-178.
- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M.S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *The Journal Of The American Medical Association*,12;311(10):60-1052.
- Ahmad, N., MuhdYusoff, F., Ratnasingam, S., Mohamed, F., Nasir, N.H., MohdSallehuddin, S., ... Aris, T. (2015). Trends and Factors Associated with Mental Health Problems among Children and Adolescents in Malaysia. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8,125-136.
- Akil, H., Gordon, J., Hen, R., Javitch, J., Mayberg, H., McEwen, B., ... Nestler, E.J. (2018). Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach.*Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 84:272-288
- Alataş, G., Kurt, E., Tüzün Alataş, E., Bilgiç, V., Turan Karatepe, H. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*; 20(4):196-205.
- Amaresha, A.C. ve Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian Journal Psychological Medicine*, 34(1): 12-20.
- Amick, H.R., Gartlehner, G., Gaynes, B.N., Forneris, C., Asher, G.N., Morgan, L.C., ...Lohr, K.N. (2015). Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *Britsh Medical Journal*,351:h6019.
- An, X., Yao, X., Li, B., Yang, W., Cui, R., Zhao, G., Jin, Y. (2021).Role of BDNF-mTORC1 Signaling Pathway in Female Depression.*Neural Plasticity*,2021:6619515.

- Andrade L, Caraveo-Anduaga J.J., Berglund P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Volleergh, W., ... Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*,12(1): 3-21.
- Andresen, R., Oades, L. G., Caputi, P. (2011). Measures of individual recovery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10): 900.
- Angermeyer, M.C., de Zarate, D.R.J., Matschinger, H. (2000). Information and support needs of the family of psychiatric patients. *Gesundheitswesen*,62(10):6-483.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4):11-23.
- APA. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/md_d.pdf adresinden erişildi.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., Adana, F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Medeneres Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2):3-10
- Aschbrenner, K.A., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M. (2009). Parenting an adult child with bipolar disorder in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5): 298-304.
- Avdibegovic, E. ve Hasanovic, M. (2017).The Stigma of Mental Illness and Recovery.*Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 5):900-905.
- Azman, A., Jamir Singh, P.S., Sulaiman, J. (2017). The mentally ill and their impact on family caregivers: A qualitative case study. *International. Social. Work*, 62(1): 461-471.
- Bagot, R.C., Parise, E.M., Pena, C.J., Zhang, H.X., Maze, L., Chaudhury, D., ... Nestler, E.J. (2015). Ventral hippocampal afferents to the nucleus accumbens regulate susceptibility to depression. *Nature Communications* ,8(6):7062.
- Bale,T.L., Baram, T.Z., Brown, A.S., Goldstein, J.M., Insel ,T.R., McCarthy, M.M., ...

- Nestler, E.J. (2010). Early life programming and neurodevelopmental disorders. *Biological Psychiatry*, 68(4):9-314.
- Balkaran, B.L., Jaffe, D.H., Umuhire, D., Rive, B., Milz, R.U. (2021). Self-reported burden of caregiver of adults with depression: a cross-sectional study in five Western European countries. *BMC Psychiatry*, 21(1): 312.
- Banducci, A.N., Lejuez, C.W., Macpherson, L. (2013). Pilot of a behavioral activation-enhanced smoking cessation program for substance users with elevated depressive symptoms in residential treatment. *Addict Newsl Am Psychol Div*,50:16-20.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing and empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3):40-233.
- Barker, P., Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5):44- 337.
- Barrowclough, C., Hooley, J.M. (2003).Attributions and expressed emotion: a review.*Clinical Psychology Review*, 23(6):80-849.
- Barrowclough, C., TARRIER, N., Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients.*Schizophrenia Bulletin*, 22(4):691-702.
- Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, ... Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for depressed patients: a network meta-analysis. *Plos Med*, 10(5): e1001454.
- Bauldry S. (2015). Variation in the protective effect of higher education against depression. *Society and Mental Health*, 5(2), 145-161.
- Bebbington, P. ve Kuipers, E. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychology of Medicine*, 24(3):18-707.
- Berg-Weger, M., McGartland Rubio, D., Tebb, S. (2000). Depression as a Mediator: Viewing Caregiver Well-Being and Strain in a Different Light. *Families In Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 81(2):162-173.
- Berksun, O. E., Soykan, Ç. ve Soykan, A. (1993). Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (29), 10-15.

- Bertrando P. (1997). *Misurare La Famiglia: Il Metodo Dell'Emotività Espressa*. Bollati Boringhieri; Torino, Italy.
- Beurel, E., Toups, M., Nemeroff, C.B.(2020).The bidirectional relationship of depression and inflammation: Double trouble. *Neuron*,107(2):234-256.
- Bijl, R.V., De Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F., Vollebergh, W.A.M. (2002). Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (8);9-372.
- Bilgen, Ç., Erdal, A., Bilgili, N. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(Ek 1):298-311.
- Bischkopf, J., Wittmund, B., Angermeyer, M.C.(2002). Everyday life with the depression of one's spouse. *Psychotherapeut*,47:5-11.
- Bloch, S.,Szmukler, G.I., Herrman, H., Benson, A., Colussa, S. (1995). Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions, and caveats. *Family Process*,34(4):25-413.
- Boardman, J. ve Shepherd, G. (2012). Implementing recovery in mental health services. *International Psychiatry*, 9(1):6-8.
- Bonham, E. ve Kwasky, A. (2021). Caring for the mental health of youth and families: What is the role of the psychiatric mental health advanced practice nurse? *Clinical Nurse Specialist*, 35(5):246-252.
- Boumparis, N., Karyotaki, E., Kleiboer, A. Hofmann, S.G., Cuijpers, P. (2016). The effect of psychotherapeutic interventions on positive and negative affect in depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202:62-153.
- Brambilla, F. (2000). Psychoneuroendocrinology: a science of the past or a new pathway for the future? *European Journal of Pharmacology*, 405(1-3):9-341.
- Breitborde, N.J., Lopez, S.R., Wickens, T.D., Jenkins, J.H., Karno, M. (2007). Toward specifying the nature of the relationship between expressed emotion and schizophrenic relapse: the utility of curvilinear models. *International Journal of Methods Psychiatry Research*, 16(1):1-10.

- Brown, G.W. ve Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19,58-241.
- Bruckner, E., Peter, H., Rufer, M., Bandelow, B., Dahme, B., Hand, I. Mueller-Pfeiffer, C. (2008). Expressed Emotion in the partners of a non-clinical adult sample: A comparison with relatives of patients with schizophrenia and depression. *German Journal of Psychiatry*, 11:84-90.
- Budiono, W., Kantono, K., Kristianto, F.C., Avanti, C., Herawati, F. (2021). Psychoeducation improved illness perception and expressed emotion of family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal Environmental Research and PublicHealth*,18(14):7522.
- Bulut, M., Arslantaş, H, Dereboy, İ.F. (2019). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*,22:286-297.
- Butzlaff, R.L.ve Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6):52-547.
- Cairney, J. ve Wade, T.J. (2002). The influence of age on gender differences in depression: further population-based evidence on the relationship between menopause and the sex difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(9):8-401.
- Camann, M.A. (2010). The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing*,31(8):6-532.
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., MacQueen, G.M.(2004.) Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161(4):598-607.
- Cechnicki, A.,Bielanska, A., Hanuszkiewicz, I.,Daren, A. (2013). The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research*,47(2):14-208.

- Center for Substance Abuse Treatment. (2007). National summit on recovery: Conference report (DHHS Publication No. SMA 07-4276). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2007. <https://www.chestnut.org/resources/23303717-5f66-4013-8576-d6fb1f344ec7/SAMHSA-percent-20ONDCP-percent-202010-percent-20National-percent-20Recovery-percent-20Summit-percent-20Report.pdf> adresinden erişildi.
- Chadda, R.K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3):221-227.
- Chan, S.W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B.S, Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 67-76.
- Chen, J. ve Hu, S. (2019). Individualized treatment strategy for depressive disorder. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1180:219-232
- Chen, W.Y. ve Lukens, E. (2011). Well being, depressive symptoms, and burden among parent and sibling caregivers of persons with severe and persistent mental illness. *Social Work Mental Health*, 9(6): 397-416.
- Cherry, M.G., Taylor, P.J., Brown, S.L., Rigby, J.W., Sellwood, W., Rigby, J.W., Sellwood, W. (2017). Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. *Psychiatry Research*, 249:139-151.
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., Crompton, D. (2016). What is the work of Recovery oriented practices? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4):85-270.
- Cheung, S.G., Goldenthal, A.R., Uhlemann, A., John Mann, J., Miller, J.M., Sublette, M.E. (2019). Systematic review of gut microbiota and major depression. *Frontiers in Psychiatry*, 10:34.
- Chien W.T. ve Leung S.F. (2013). A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up. *International Journal of Nursing Practice*, 19 (suppl.1):3-13.
- Chien, W.T. ve Lee, I.Y. (2013). The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1;64(4):9-376.

- Christensen, H., Griffiths, K.M., Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: Randomised controlled trial. *BMJ*, 31;328(7434):265.
- Christoffel, D.J., Golden, S.A., Walsh, J.J., Guise, K.G., Heshmati, M., Friedman, A.K., ... Russo, S. (2015). Excitatory transmission at thalamo-striatal synapses mediates susceptibility to social stress. *Nature Neuroscience*, 18(7):4-962.
- Cladder-Micus, M.B., Speckens, A.E.M., Vrijzen, J.N., Donders, A.R.T., Becker, E.S., Spijker, J. (2018). Mindfulness based cognitive therapy for patients with chronic, treatment resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 35(10):914-924.
- Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Cuijpers, P. (2012). The systematic activation method as a nursing intervention in depressed elderly: A protocol for a multi-centre cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 12:144.
- Coelho, R., Viola, T.W., Walss-Bass, C., Brietzke, E. Grassi-Oliveira, R. (2014). Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3):92-180.
- Cole, J., Costafreda, S.G., McGuffin, P., Fu, C.H.Y. (2011). Hippocampal atrophy in first episode depression: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3):7-483.
- Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W.L., Byrne, E.M., Gordon, S., ... Martin, N.G. (2018). A direct test of the diathesis-stress model for depression. *Molecular Psychiatry*, 23(7):1590-1596.
- Corrigan, P.W. (2003). Recovery from Schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Review Neurotherapeutics*, 6(7):993-1004.
- Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder--a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal Nursing Studies*, 47(7):896-908.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7):85-376.

- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S.D., Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9):29-1219.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S.D., van Oppen, P., Barth, J., Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4):91-280.
- Cuijpers, P., Geraedts, A.S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C., van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy of depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6):92-581.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6):22-909.
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., Penninx, B.W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 171(4):62-453.
- Cusack, E., Killoury, F., Nugent, L.E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3):93-104.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., Shear, M.K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57(1):7-21.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2014). Psikiyatrik rehabilitasyon/iyileştirim ve evde bakım. Çam, O. Engin, E (Eds). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı içinde* (1049-1072). İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi.
- Çam, O. ve Yalçın, N. (2018). Mental illness and recovery. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1): 55-60.
- Çamlı, B. ve Yılmaz, S. (2020). Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerinin algıladığı bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1):9-17

- Çetinkaya Duman, Z., Kocaman, N., Üçok, A., Er, F., Kanık, T., Doğaner, M. (2006). Yatan hastalarda psikoëğitsel tedavi grubunun etkinliği. *Düşünen Adam*, 19(2): 64-71.
- Çetinkaya Duman, Z.ve Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir derleme . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1):78-94 .
- Davidson, L. ve Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4):459-470.
- de Maat, S.M., Dekker, J., Schoevers, R.A., De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*,22(1):1-8.
- Dean, J.ve Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view.*Asian Journal of Psychiatry*, 27:101-111.
- Delaney, K. (2012). Psychiatric mental health nurses: stigma Issue we fail to see. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 5-333.
- Dixon, L., Adams, C., Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1):5-20.
- Dominguez-Martinez, T., Medina-Pradas, C., Kwapil, T.R., Barrantes-Vidal, N. (2017). Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis.*Psychiatric Research*, 247:323-329.
- Drake, R.E. ve Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*,59(2):42-236.
- Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., Barber, J.P., Dekker, J.J.M., ... Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42:1-15.
- Ekers, D., Richards,D., Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioral treatment of depression.*PsychologicalMedicine*, 38(5):23-611.
- Elbadawi, A., Mirghani, H. (2017). Depression among HIV/AIDS Sudanese patients: a cross-sectional analytic study. *The Pan African Medical Journal*, 26: 43.

- Fallahi Khoshknab, M., Sheikhona, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M., Sodagari, F. (2014). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5):46-438.
- Faravelli, C., Scarpato, M.A., Castellini, G., Lo Sauro, C. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, 210(3): 3-1301.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Faulkner, G. ve Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6): 659-665.
- Fiorillo, A., Malangone, C., Del Vecchio, V., De Rosa, C., Luciano, M., Giacco, D., ... Maj, M. (2011). The effect of family psychoeducational interventions on patients with depression. *European Psychiatry*, 26(1):2011-2209.
- Fletcher, J.M. (2010). Adolescent depression and educational attainment: Results using sibling fixed effects. *Health Economics*, 19(7), 855-871.
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Ekselius, L., Kanter, J.W., ... Ekselius, L. (2015a). Behavioral activation between acute inpatient and outpatient psychiatry: Description of a protocol and pilot feasibility study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4):468-480.
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Kanter, J.W., Kuutmann, K., ... Ekselius, L. (2015b). Behavioral activation in acute inpatient psychiatry: A multiple baseline evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46:81-170.
- Frank, F., Rummel-Kluge, C., Berger, M., Bitzer, E. M., Hölzel, L. P. (2014). Provision of group psychoeducation for relatives of persons in inpatient depression treatment - a cross-sectional survey of acute care hospitals in Germany. *BMC Psychiatry*, 14(1):143.
- Frost, B.G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T.J., Sly, K.A., Conrad, A.M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: Evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, 17:22.

- Gabrielsson, S., Tuveesson, H., Gustin, L.W., Jormfeldt, H. (2020). Positioning psychiatric and mental health nursing as a transformative force in health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(11): 976-984.
- Gathright, E.C., Goldstein, C.M., Josephson, R.A., Hughes, J.W. (2017). Depression increases risk of death in patients with heart failure: a meta-analysis. *J Psychosom Res*, 94:82-89.
- Gerson, R., Davidson, L., Booty, A., Wong, C., McGlashan, T., Malespina, D., ...Corcoran, C. (2009). Families' experience with seeking treatment for recent-onset psychosis. *Psychiatric Services*, 60(6):6-812.
- Geschwind, D.H. ve Flint, J. (2015). Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*, 349(6255):94-1489.
- Gezgin, H., Olcay, Ç., Karademir, M. (2010). Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylere verilen psikoeğitimin tedavideki etkinliğinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*,13:65-76.
- Goldstein, M.J. (1992). "Expressed emotion in depressed patients and their partners". *Family Process*, 31(2):172-174.
- Gollan, J.K., Hoxha, D., Hanson, B., Perkins, E., Slade, M., Roberts, P. (2014). A comparison of milieu-based behaviour activation communication with treatment as usual for acute psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 10(2):100-109.
- Gopal, S. ve Henderson, A.R. (2015). Trans-cultural study of recovery from severe enduring mental illness in Chennai, India and Perth, Western Australia. *Journal of Psychosocial. Rehabilitation and Mental Health*, 2:51-57.
- Gravely-Witte, S., Donna, E., Stewart, D.E., Neville Suskin, N., Sherry, L, Grace, S.L. (2009). The Association Among Depressive Symptoms, Smoking Status and Antidepressant Use in Cardiac Outpatients. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(5): 478-490.
- Greenberg, P.E., Fournier, A.A., Sisitsky, T., , Pike, K.T., , Kessler, R.C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*,76(2):155-162.
- Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A., ... Corey-Lisle, P.K. (2003). The economic burden of depression in the United States:

how did it change between 1990 and 2000?. *Journal of Clinical Psychiatry*,64(12):75-1465.

Grosse, L., Ambree, O., Jörgens, S., Jawahar, M.C., Singhal, G., Stacey, D., ... Baune, B.T. (2016). Cytokine levels in major depression are related to childhood trauma but not to recent stressors. *Psychoneuroendocrinology*, 73:24-31.

Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., ... Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*,67(9):895-904.

Güler, C. *İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Hacımusalar, Y. ve Eşel, E. (2018). Suggested biomarkers for major depressive disorder. *Archives of Neuropsychiatry*,55(3):280-290.

Hackett, M.L., Yapa,C., Parag, V., Anderson, C.S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36 (6): 1330-1340.

Hao, Y., Ge, H., Sun, M., Gao, Y.(2019).Selecting an Appropriate Animal Model of Depression.*International Journal of Molecular Sciences*, 20(19):4827.

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., Mcallister, M., Davies, C. (2011). A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8): 11-706.

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., Jacoby., R. (2001). Psychiatricdisorderandpersonalityfactorsassociatedwithsuicide in older people: A descriptiveandcase-controlstudy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,16: 65-155.

Hayama, Y., Mizuno, E., Fujimura, N., Sato, M., Suzuki, T., Oomae, S. (2002). Effectiveness of patient psycho-education for treatment adherence on psychiatric acute care unit. *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 31(6):681-689.

Hazel, N.A., McDonell, M.G., Short, R.A., Berry, C.M., Voss, W.D., Rodgers, M.L., Dyck, D.G. (2004). Impact of Multiple-Family Groups for Outpatients With Schizophrenia

- on Caregivers' Distress and Resources. *Psychiatric Services*, 55,(1):35-41.
- Heim, C., Newport, D.J., Mletzko, T., Miller, A.H., Nemeroff, C.B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6): 693-710.
- Hellemans, S., De Mol, J, Eisler, I., Demyttenaere, K., Lemmens, G.M.D.(2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3):226-234.
- Henken, H.T.,Huibers, M.J.H., Churchill,R., Restifo,K..., Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3):CD006728.
- Hermida, A.P., Glass, O.M., Shafi, H., McDonald, W.M. (2018). Electroconvulsive Therapy in Depression: Current Practice and Future Direction.*Psychiatric Clinics of North America*, 41(3):341-353.
- Herman, B., Bruni, A., Zain, E., Dzulhadj A., Chan Oo, A.,Viwattanakulvanid. (2022). Post-COVID depression and its multiple factors, does Favipiravir have a protective effect? A longitudinal study of indonesia COVID-19 patients. *PLoS One*, 30;17(12):e0279184.
- Heru, A.M. (2021).Cultural research deconstructs the psychosocial construct 'expressed emotion'.*The British Journal of Psychiatry*, 219(4):565-568.
- Higgins, A., Murphy, R., Downes, C., Barry, J., Monahan, M., Hevey, D., ... Gibbons, P. (2020). Factors impacting the implementation of a psychoeducation intervention within the mental health system: a multisite study using the consolidation framework for implementation research.*BMC Health Services Research*, 20(1):1023.
- Hirschfeld, R.M.,Montgomery, S.A.,Keller, M.B., Kasper, S.,Schatzberg, A.F.,Möller, H.J., ...Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4):75-268.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.

- Holley, J., Chambers, M., Gillard, S. (2016). The impact of risk management practice upon the implementation of recovery-oriented care in community mental health services: A qualitative investigation. *Journal of Mental Health*, 25(4):315-322.
- Hollon, S.D., Shelton, R.C., Wisniewski, S., Warden, D., Biggs, M.M., Friedman, E.S., ... Rush, A.J. (2006). Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR*D clinical trial. *Journal of Psychiatry Research*, 40(1):59-69.
- Hooley, J.M. (1986). Expressed emotion and depression: interactions between patients and high- versus low-expressed-emotion spouses. *The Journal of Abnormal Psychology*, 95(3): 237-246.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 352-329.
- Hooley, J.M., Orley, J., Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148: 7-642.
- Hooley, J.M. ve Hiller, J.B. (2000). Personality and expressed emotion. *The Journal of Abnormal Psychology*, 109(1):4-40.
- Hsiao, C.Y. ve Riper, M.V. (2009). Individual and family adaptation in Taiwanese families of individuals with severe and persistent mental illness (SPMI). *Research in Nursing Health*, 32(3):20-307.
- Hsiao, C.Y., Lu, H.L., Tsai, Y.F. (2020). Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life among Primary Family Caregivers of Individuals with Schizophrenia: A Cross-Sectional Study. *Qual. Life Res. An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(10): 2745-2757.
- Ildstad, M., Ask, H., Tambs, K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord – Trondelag health study. *BMC Public Health*, 10, 516-522.
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C.J., Kessler, D., Lewis, G., Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5): CD010558
- Ilgaz, A. (2020). *Süreçten hastalığı olan aile üyesine bakım veren bireylere yönelik psikoeğitsel destek programlarının meta analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 48:4-120.
- Ivan Vun, J.S., Cheah, W.L., Helmy, H. (2019). Mental Health Status and Its Associated Factors Among Caregivers of Psychiatric Patients in Kuching, Sarawak. *Malaysian Family Physician*, 14(2);18-25.
- Jacob, K.S., Bhugra, D., Mann, A.H. (2002). A randomised controlled trial of an educational intervention for depression among Asian women in primary care in the United Kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2):48-139.
- Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer, M.C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3):34-126.
- Jungbauer, J., Angermeyer, M.C. (2002). Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry*, 65(2):23-110.
- Kaewprom, C., Curtis, J., Deane, F.P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(3) 7-323.
- Kanter, J.W., Manos, R.C., Bowe, W.M., Baruch, D.E., Busch, A.M., Rusch, L.C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6): 608-620.
- Katon, W., Rutter, C., Ludman, E.J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., ... Unützer, J. (2001). A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58(3):7-241.
- Katsuki, F., Takeuchi, H., Inagaki, T., Maeda, T., Kubota, Y., Shiraishi, N., ... Furukawa, T.A. (2018). Brief multifamily Psychoeducation for family members of patients with chronic major depression: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18:207.
- Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M., Sasaki, M., Murase, Y., Naito, A., ... Furukawa, T.A. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 11: 56.

- Katsuki, F., Takeuchi, H., Watanabe, N., Shiraishi, N., Maeda, T., Kubota, Y., ... Akechi, T. (2014). Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12;15:320.
- Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2;8(5):e148.
- Kavanagh, D.J. (1992). "Recent Developments In Expressed Emotion and Schizophrenia". *British Journal of Psychiatry*, 160:20-601.
- Kazarian, S.S. (1992). The measurement of expressed emotion: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 37(1):51-56.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., Gardner, C.O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the 'kindling' hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8):51-1243.
- Kent, E.E., Rowland, J.H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.S., Shelburne, N., ... Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13): 1987-1995.
- Kessing, L.V., Hansen, M.G., Andersen, P.K., Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders-a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5):44-339.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S., Leader, J.B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 157: 9-931.
- Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R., Kim, H.S. (2021). Part III: Recovery-oriented practices in community mental health and substance abuse services: A meta-synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24): 13180.
- Koolschijn, P.C., Van Haren, N.E., Lensvelt-Mulders, G.J., Hulshoff Pol, H.E., Kahn, R.S. (2009). Brain volume abnormalities in major depressive disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Human Brain Mapping*, 30(11): 35-3719.

- Kornstein, S.G., Schatzberg, A.F., Thase, M.E., Yonkers, K.A., McCullough, J.P., Keitner, G.I., ... Keller, M.B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60(1):1-11
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Simos, P., Lionis, C., Vgontzas A.N. (2015). Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: A two-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 62:1-12.
- Kozy, M. ve Varcarolis, M. (2010). Depressive disorders. (edit. EM Varcarolis, MJ.Halter) *Foundations of Psychiatric mental health nursing a clinical approach (6th Edition)* Saunders Elsevier: Canada, 246-278.
- Kronmüller, K.T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Sachenkenbach, C., Joest, K., ... Mundt, C. (2008). et al. Expressed emotion, perceived criticism and 10-year outcome of depression. *Psychiatry Research*, 30;159(1-2):5-50.
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*, 4(2):146-158.
- Kuo, C.J., Tsai, S.Y., Lo, C.H., Wang, Y.P., Chen, C.C. (2005). Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66:85-579.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6):52-445.
- Leff, J. (2000). Expressed emotion: Measuring relationships. In: Harris, T. (Editor). *Where inner and outer worlds meet: Psychosocial research in the tradition of George W Brown*. (pp.97-110). London: Routledge.
- Leichsenring, F. ve Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300(13):65-1551.
- Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E., Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. A 15-month follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2):98-105.

- Leonhardt, B.L., Huling, K., Hamm, J.A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H.J., Lysaker, P.H. (2017). Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review Neurotherapeutics*,17(11):1117-1130.
- Lex, C., Hautzinger, M., Meyer, T.D. (2022). Perceived Criticism and Family Attitudes as Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder.*Clinical Psychology in Europe*, 4(1):e4617.
- Li, L., Wu, C., Gan, Y., Qu, X., Lu, Z. (2016). Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*, 16 (1):375
- Li, S.,Zhang, X., Cai, Y., Zheng, L., Pang, H., Lou, L. (2019). Sexdifference in incidence of majordepressive disorder: An analysisfrom the Global Burden of DiseaseStudy 2019. *Annals of General Psychiatry*, 22:53
- Liao, Y.T., Hsieh, M.H., Yang, Y.H., Wang,Y.C., Tsai, C.S., Chen, V.C., Gossop, M. (2017). Association between depression and enterovirus infection: a nationwide population-based cohort study. *Medicine*, 96 (5): e5983.
- Lima-Ojeda, J.M.,Rupprecht, R., Baghai, T.C. (2018). Neurobiology of depression: A neurodevelopmental approach. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(5):349-359.
- Lopizzo, N., Bocchio Chiavetto, L., Cattane, N., Plazzotta, G., Tarazi, F.I., Pariante, ...Cattaneo, A. (2015). Gene-environment interaction in major depression: focus on experience-dependent biological systems.*Frontiers in Psychiatry*,8:6:68.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Nassau, M. (2003). Socioeconomicinequalities in depression: A meta-analysis. *AmericanJournal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Luciano, M., Del Vecchio, V., Giacco, D., De Rosa, C., Malangone, C., Fiorillo, A. (2012). A ‘family affair’? The impact of family psychoeducational interventions on depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(1): 83-91.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1): 21-101.

- Ma, C.F., Chan, S.K.W., Chung, Y.L., Ng, S.M., Hui, C.L.M., Suen, Y.N., Chen, E.Y.H. (2021). The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 51(3):365-375
- Maeng, S.R., Kim, W.H., Kim, J.H., Bae, J.N., Lee, J.S., Kim, C.E. (2016). Factors affecting quality of life and family burden among the families of patients with schizophrenia. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 19(2):78-88.
- Magana, S.M., Ramirez Garcia, J.I., Hernandez, M.G., Cortez, R. (2007). Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3): 84-378.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Schutte, N.S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(1):46-57.
- Marguerite, S., Laurent, B., Marine, A., Tanguy, L., Karine, B., Pascal, A., Xavier, Z. (2017). Actor-partner interdependence analysis in depressed patient-caregiver dyads: Influence of emotional intelligence and coping strategies on anxiety and depression. *Psychiatry Research*, 258: 396-401.
- Matsuda, M. ve Kohno, A. (2016). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5):6-581.
- Matsuoka, S. (2022). Development of a culturally sensitive recovery-oriented nursing care model in community psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 61(8):25-33.
- Mazza, C., Formica, F., Ferracuti, S., Ricci, E., Colasanti, M., Biondi, S., ... Roma, P. (2022). High expressed emotion (HEE), assessed using the five-minute speech sample (FMSS), as a predictor of psychiatric relapse in patients with schizophrenia and major depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21):6533.

- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M., Connally, F. (2014). Recovery-oriented care in a secure mental health setting: “striving for a good life”. *Journal of Forensic Nursing*, 10(2):9-63.
- Mendoza, J. (2019). Circadian insights into the biology of depression: Symptoms, treatments and animal models. *Behavioural Brain Research*, 30;376:112186.
- Menear, M., Dugas, M., Careau, E., Chouinard, M., Dogba M.J., Gagnon, M.P., ... Legare, F. (2020). Strategies for engaging patients and families in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263: 528-539
- Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Calgary, AB: National Library of Canada. https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/05/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf adresinden erişildi.
- Miklowitz, D.J. (1994). “Family Risk Indicators in Schizophrenia”. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1): 137-149.
- Miklowitz, D.J. ve Chung, B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family Process*, 55(3): 99-483.
- Miller, A.H., Maletic, V., Raison, C.L. (2009). Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biological Psychiatry*, 65(9):4-732.
- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., Tanaka, S., Kanazawa, S. (2001). Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 63: 9-43.
- Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., Marroquin, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and Anxiety*, 29: 6-180.
- Monroe, S.M. ve Harkness, K.L. (2022). Major depression and its recurrences: Life course matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9;18:329-357.
- Morrow, M. ve Weisser, J. (2012). Towards a social justice framework of mental health recovery. *Studies in Social Justice*, 6(1), 27-43.

- Moth, R. (2020). 'The business end': Neoliberal policy reforms and biomedical residualism in frontline community mental health practice in England. *Competition & Change*, 24(2), 133-153.
- Moulton, C.D., Pickup, J.C., Ismail, K. (2015). The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3(6):461-471.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(4):31-223.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2006). Multivariate prediction of relatives' stress outcome one year after first hospitalization of schizophrenic and depressed patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(2):30-122.
- Mullins, N., Power, R.A., Fisher, H.L., Hanscombe, K.B., Euesden, J., Iniesta, R., ... Lewis, C.M. (2016). Polygenic interactions with environmental adversity in the aetiology of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 46(4):70-759.
- Murray-Swank, A.B. ve Dixon, L. (2004). Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectrums*, 9(12): 12-905.
- National Center for Mental Health. (2020). https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=National%20mental%20health%20statistics%202019&publication_year=2020&author=National%20Center%20for%20Mental%20Health adresinden erişildi.
- Navidian, A., Salar, A.R., Hashemi Nia, A.A.K. (2001). Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Zahedan Psychiatric Hospital. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 3(12):3-38.
- Nemeroff, C.B. (2020). The state of our understanding of the pathophysiology and optimal treatment of depression: glass half full or half empty? *American Journal of Psychiatry*, 177(8):671-685.
- Neong, S.C., Rashid, A. (2018). Quality of Life of Caregivers of Patients with Psychiatric Illness in Penang. *Journal Clinical Psychiatry and Cognitive Psychology*, 2(1):12-18.

- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N.A., Kessler, R.C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15: 76-868.
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4):318-326.
- Nuechterlein, K.H., Miklowitz, D.J., Ventura, J., Gitlin, M.J., Stoddard, M., Lukoff, D. (2006). Classifying episodes in schizophrenia and bipolar disorder: Criteria for relapse and remission applied to recent-onset samples. *Psychiatry Research*, 144(2-3): 66-153.
- O'Donnell, K.J. ve Meaney, M.J. (2017). Fetal origins of mental health: the developmental origins of health and disease hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 174(4):319-328.
- O'Connor, M.J. ve Paley, B. (2006). The relationship of prenatal alcohol exposure and the postnatal environment to child depressive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1):50-64.
- O'Connor, R.C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., Williams, J.M.G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: A four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81: 43-1137.
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., ... Rüschi, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2):209-212.
- Olfson, M. ve Marcus, S.C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12): 63-1456.
- Oliffe, J. L. ve Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5(3): 194-202.
- Oliffe, J.L., Hannan-Leith, M.N., Ogrodniczuk, J.S., Black, N., Mackenzie, C.S., Lohan, M., et al. (2016). Men's depression and suicide literacy: A nationally representative Canadian survey. *Journal of Mental Health*, 25(6):520-526.
- Ostman, M. ve Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 19(7):7-402.

- Otte, C., Gold, S.M., Penninx, B.W., Pariante, C.M., Etkin, A., Fava, M., ... Schatzberg, A.F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 15(2):16065.
- Özcan, C. T. ve Gürhan, N. (2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: Kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Özlu, A., Yıldız, M. ve Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noropsikiyatri Arşivi*, 46, 38-42.
- Öztürk ve Uluşahin, M. O. ve Uluşahin, A. (2020). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pan, A., Sun, Q., Okereke, O.I., Rexrode, K.M., Hu, F.B. (2012). Depression and stroke morbidity and mortality risk: A meta-analysis and systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 306(11):9-1241.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H., Karayiannis, G. (2012). The burdensome and depressive experience of caregiving. *Cancer Nursing*, 35(3): 94-187.
- Park, L.T. ve Zarate, C.A (2019). Depression in the primary care setting. *The New England Journal of Medicine*, 380(6):559-568.
- Park, M., Katon, W.J., Wolf, F.M.(2013). Depression and risk of death in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gene Hospital Psychiatry*, 35(3): 25-217.
- Patrick, S., Robertson, S. (2016). Mental health and wellbeing: focus on men's health. *British Journal of Nursing*, 24;25(21):1163-1169.
- Pavkovic, B., Zaric, M., Markovic, M., Klacar, M., Huljic, A. (2018). Caricic Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Research*, 270: 483-489.
- Pekkala, E. ve Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2): CD002831.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Miklowitz, D.J. Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., ...Desai, R. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 9(3): 73-262.

- Peters, S., Calam, R., Harrington, R. (2005). Maternal attributions and expressed emotion as predictors of attendance at parent management training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4): 48-436.
- Petrakis, M. ve Laxton, S.(2017). Intervening early with family members during first-episode psychosis: An evaluation of mental health nursing psychoeducation within an inpatient unit.*Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1):48-54.
- Pickett-Schenk, S.A., Cook, J.A., Laris, A. (2000) Journey of hope program outcomes. *Community Mental Health Journal*, 36: 413-424.
- Pirkis, J., Burgess, P., Hardy, J., Harris, M., Slade, T., Johnston, A. (2010). Who cares? A profile of people who care for relatives with a mental disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10): 37-929.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*,27(1):73-92.
- Polat, D. (2020). *Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine verilen psikoeğitim workshop programının bakım yükü, ilaç uyumu değerlendirme ve problem çözme becerilerine etkisi*.Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Priestley,J. ve McPherson, S. (2016). Experiences of adults providing care to a partner or relative with depression: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 192:9-41.
- Prince-Robertson, R., Obradovic, A., Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108-120.
- Qaseem, A., Barry, M.J., Kansagara, D. (2016). Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: A clinical practice guideline from the american college of physicians.*Annals of Internal Medicine*,164(5): 9-350.
- Radfar, M., Ahmadi, F., Khoshknab, M.F. (2014).Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3): 56-249.

- Raison, C.L. ve Miller, A.H. (2003). When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(9):65-1554.
- Ramon, S. (2018). The place of social recovery in mental health and related services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23;15(6):1052.
- Rasmussen, L.J.H., Moffitt, T.E., Arseneault, L., Danese, A., Eugen-Olsen, J., Fisher, H.L., ... Caspi, A. (2020). Association of adverse experiences and exposure to violence in childhood and adolescence with inflammatory burden in young people. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 1;174(1):38-47.
- Read, J.R., Sharpe, L., Modini, M., Dear, B.F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15; 221:36-46.
- Ribeiro, J.D., Huang, X., Fox, K.R., Franklin, J.C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5):279-286.
- Rice, D. ve Barone, S. (2000). Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: evidence from humans and animal models. *Environmental Health Perspectives*, 108(Suppl 3):33-511.
- Roberts, G. ve Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10:37-49.
- Rogers, G.B., Keating, D.J., Young, R.L., Wong, M.L., Licinio, J., Wesselingh, S. (2016). From gut dysbiosis to altered brain function and mental illness: mechanisms and pathways. *Molecular Psychiatry*, 21(6):48-738.
- Romero-Gonzalez, M., Chandler, S., Simonoff, E. (2018). The relationship of parental expressed emotion to co-occurring psychopathology in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 72:152-165.
- Rosenfarb, I.S., Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Harmon, L., Nuechterlein, K.H., Rea, M.M. (2001). Family Transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 40(1):5-14.

- Rosland, A.M., Heisler, M., Piette, J.D. (2012). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2):221-239.
- Rubino, I.A., Nanni, R.C., Pozzi, D.M., Siracusano, A. (2009). Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(1):8-65.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Stewart, J.W., Nierenberg, A.A., Thase, M.E., ... Fava, M. (2006). Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *The New England Journal of Medicine*, 23;354(12):42-1231.
- Salberg, J., Ekselius, L., Hursti, T., Öster, C. (2022). Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3):731-742.
- Salk, R.H., Hyde, J.S., Abramson, L.Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8):783-822.
- San Too, L.S., Spittal, M.J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302-313.
- Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4):386-495.
- Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., de Graaf, R., Asmundson, G.J.G., ten Have, M., Stein, M.B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62: 57-1249.
- Saunders, J.C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2):98-175.
- Schmid, R., Spiessl, H., Cording, C. (2005). Between responsibility and delimitation: Emotional distress of caregivers. *Psychiatrische Praxis*, 32(6):80-272.

- Seedat, S., Margaret Scott, K., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Brugha, T.S., ... Williams, D. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7):95-785.
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30-39.
- Sharma, A., Nehra, R., Grover, S. (2021). Correlates of expressed emotions as perceived by patients with bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6):632-642.
- Shi, S., Liu, T., Liang, J., Hu, D., Yang, B. (2017). Depression and risk of sudden cardiac death and arrhythmia: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 79(2):153-161.
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., ... Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5):90-385.
- Siddiqui, S. ve Khalid, J. (2019). Determining the caregivers' burden in caregivers of patients with mental illness. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(5):1329-1333.
- Sin, J. (2013). Focus group study of siblings of individuals with psychosis: views on designing an online psychoeducational resource. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(6):28-36.
- Singh, V., Kumar, A., Gupta, S. (2022) Mental Health Prevention and Promotion-A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13:898009.
- Slade, M., Adams, N., O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(1): 1-4.
- Smith-Merry, J., Freeman, R., Sturdy, S. (2011). Implementing recovery: An analysis of the key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(11):1-12.
- Snarski, M., Scogin, F., Dinapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., Marcinek, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy*, 42(1):8-100.

- Solomon, P., Alexander, L., Uhl, S. (2010). The relationship of case managers expressed emotion to clients outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2):165-174.
- Sotelo, J.L., Musselman, D., Nemeroff, C. (2014). The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. *International Review of Psychiatry*, 26 (1) :16-30.
- Souza Alves, L.C., Monteiro, D.Q., Bento, S.R., Hayashi, V.D., Carvalho Pelegrini, L.N., Carvalho Vale, F.A. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. *DementNeuropsychol*,13(4): 415-421.
- Souza, A. L. R., Guimaraes, R. A., de Araujo Vilela, D., de Assis, R. M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M. R., ... Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 25;17(1):353.
- Stam, H. ve Cuijpers, P. (2001). Effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in the netherlands: A Pilot Study. *Community Mental Health Journal*, 37;2:87-179.
- Stanhope, V. ve Solomon, P. (2007). Bridging the gap: using microsociological theory to understand how expressed emotion predicts clinical outcomes. *Psychiatric Quarterly*, 78(2):28-117.
- Strada, E.A. (2019). Psychosocial issues and bereavement. *Primary Care*, 46(3):373-386.
- Struszczyk, S., Galdas, P.M., Tiffin, P.A. (2019). Men and suicide prevention: A scoping review. *The Journal of Mental Health*, 28(1):80-88.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C., Kendler, K.S.(2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*,157(10):62-1552.
- Swetlitz, N. (2021).Depression's Problem With Men.*American Medical Association Journal of Ethics*, 1;23(7):E586-589.
- Şenocak, S.Ü., Arslantaş, H., Yüksel, R. (2019). Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2) 83-97.

- Tel, H. ve Ertekin Pınar, Ş. (2013). Kronik ruhsal sorunu olan hastalara birincil bakım verenlerde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,4(3):145-152.
- Tel, H. ve Terakye, G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoëğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3):133-142.
- Thompson, C., Syddall, H., Rodin, I., Osmond, C., Barker, D.J. (2001). Birth weight and the risk of depressive disorder in late life. *The British Journal of Psychiatry*, 179:5-450.
- Tomruk N. ve Oral T. (2007). Elektrokonvülsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007;8: 302-9.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1):9-90.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2022). *Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük*, 2022. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Udoh, E.E., Omorere, D.E., Sunday, O., Osasu, O.S., Amoo, B.A. (2021). Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. *Plos One*, 6;16(5):e0250309.
- Uehara T, Yokoyama T, Goto M, Ihda S. (1996). Expressedemotionandshort-term treatment outcome of outpatientswithmajordepression. *Comprehensive Psychiatry*, 37: 299-304.
- Ünsar, S., Erol, O., Özdemir, O. (2021).Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers of patients with cancer.*European Journal of Oncology Nursing*, 50:101882.
- Valles-Colomer, M., Falony, G., Darzi, Y., Tigchelaar, E.F., Wang, J., Tito, R.Y., ... Raes, J. (2019). The neuroactive potential of the human gut microbiota in quality of life and depression. *Nature Microbiology*, 4(4):623-632.
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Pieters, G., Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review of assessment instruments.*Clinical Psychology Review*, 22(3):43-323.

- Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2):169-181.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A.H., Koeter, M.W.J. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3):22-211.
- Vaughn C. (1988). Introduction to the concept of expressed emotionality; proceedings of the international conference "schizophrenia and the family: Comparing models". *Notizie ARS*, 6-11.
- Vaughn, C. ve Leff, J.P. (1976). "The Measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients". *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2):65-157.
- Videbech, P. ve Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 161(11):66-1957.
- Von Maffei, C., Görges, F., Kissling, W., Schreiber, W., Rummel-Kluge, C. (2015). Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*, 15:93.
- Wadhwa, P.D., Entringer, S., Buss, C., Lu, M.C. (2011). The contribution of maternal stress to preterm birth: Issues and considerations. *Clinics in Perinatology*, 38(3):351-384.
- 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(2): 180-185.
- Walker, E.R., McGee, R.E., Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 72(4):41-334.
- Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R., Rahill, A.A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5):66-633.
- Whitley, R. ve Drake, R. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12):50-1248.

- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fentone, S.J., Singh, S.P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76:1-13.
- Wittmund, B., Bischkopf, J., Angermeyer, M.C. (2001). Educational needs among spouses of depressive patients and their illness models of depression. *Gesundheitswesen*, 63(8-9):41-536.
- Wood, L. ve Alsawy, S. (2018). Recovery in psychosis from a service user perspective: A systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 793-804.
- World Health Organization [WHO]. (2013) 66th World Health Assembly: Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organisation, Geneva, 2013. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1 adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2019). Global health estimates: Leading causes of DALYs, 2022. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2022). Mental disorders, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. 2016. Mental disorders: Fact sheet. 2016. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> adresinden erişildi.
- Wouters, E., Masquillier, C., Roux Booyesen, F. (2016). The importance of the family: a longitudinal study of the predictors of depression in hiv Patients in South Africa. *AIDS and Behavior*, 20(8):602-1591.
- Xia, J., Merinder, L.B, Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1):2-21.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L.M.W., Gill, H., Phan, L., ... McIntyre, R.S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 1;277: 55-64
- Xu, D., Wang, Y.L., Wang, K.T., Wang, Y., Dong, X.R., Tang, J., Cui, Y.L. (2021). A scientometrics analysis and visualization of depressive disorder. *Current Neuropharmacology*, 19(6):766-786.

- Yap, M.B., Pilkington, P.D., Ryan, S.M., Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156:8-23.
- Yıldız, M. (2015). Recovery as a process in severe mental illnesses. *Archives of Neuropsychiatry* 52(1): 1-3.
- Zabihi Poursaadati, M., Maarefvand, M., Bolhari, J., Hosseinzadeh, S., Songhori, N., Derakhshan, L., Khubchandani, J. (2023). Caregivers' experiences and perspectives of factors associated with relapse in Iranian people living with schizophrenia: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(1):86-100.
- Zanetti, A.C.G., Vedana, K.G.G., Gherardi-Donato, E.C.D.S., Galera, S.A.F., Martin, I.D.S., Tressoldi, L.S., Miasso, A.I (2018). Expressed emotion of family members and psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52:e03330.
- Zanetti, A.C.G., Vedana, K.G.G., Pereira, C.C.M., de Azevedo Marques, J.M., da Silva, A.H.S., Martin, I.D.S., ... Gherardi-Donato, E.C.D.S. (2019). Expressed emotion and socio-demographic and clinical factors in families of Brazilian patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(1):56-63.
- Zarit, S.H., Todd, P.A., Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26(3):6-260.
- Zhang ,B., Mitchell, S.L., Bambauer, K.Z., Jones, R., Prigerson, H.G.(2008). Depressive symptom trajectories and associated risks among bereaved Alzheimer's disease caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2):55-145.
- Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J., Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23;18:50.
- Zhao, J.L., Jiang, W.T., Wang, X., Cai, Z.D., Liu, Z.H., Liu, G.R. (2020). Exercise, brain plasticity, and depression. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 26(9):885-895
- Zheng, P., Zeng, B., Zhou, C., Liu, M., Fang, Z., Xu, X., ... Xie, P. (2016). Gut microbiome remodeling induces depressive-like behaviors through a pathway mediated by the host's metabolism. *Molecular Psychiatry*, 21(6):96-786.
- Zyto, S., Jabben, N., Schulte, P.F.J., Regeer, E.J., Goossens, P.J.J., Kupka, R.W. (2020). A

multi-center naturalistic study of a newly designed 12-sessions group psychoeducation program for patients with bipolar disorder and their caregivers. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1;8(1):26

EKLER

Ek 1. Etik kurul Onay İzni(Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu)



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-143345
Konu : 2022/010 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

Sayın Doç. Dr. Filiz ADANA
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.02.2022 tarihinde yapılan 03 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan III nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: III

Protokol No: 2022/010

Sorumlu Yürütücü: Doç. Dr. Filiz ADANA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz ADANA'nın "**Bakımverici Psikoğütiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri İle Bakımvericilerin Aile Yüğü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi**" başlıklı araştırması 25.02.2022 tarihli Etik Kurul toplantısında, 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; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, 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 Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Ek 2. Etik Kurul Sonuç Raporu (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-21347915-050.04-485522
Konu : 2022/010 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

29.01.2024

Sayın Prof. Dr. Filiz ADANA
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.01.2024 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan I nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: I
Protokol No: 2022/010
Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Filiz ADANA

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nca **25.02.2022** tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Filiz ADANA'nın "**Bakım Verici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri ile Bakım Vericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi**" konulu araştırmasının **19.01.2024** tarihli sonuç raporu hakkındaki dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Ek 3. Kurum İzni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği)



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-97594401-804.99-157595
Konu : Çalışma ile ilgili

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 01.04.2022 tarihli ve E-19504407-300-156690 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Şerife ÖZTABAN'ın Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz ADANA'nın danışmanlığında yürüttüğü "Bakım Verici Psiko eğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri ile Bakım Vericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışa Vurumuna Etkisi" isimli tezi ile ilgili Hastanemiz Psikiyatri Servis'inde Nisan 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında kişisel verileri korunması kanunu dikkate alınarak çalışmanın yapılması İdaremizde uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Gülnur TAŞÇI BOZBAŞ
Başhekim

Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Servisi Ana Bilim Dalı Başkanı İzni

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ ANABİLİM DALINA;

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Şerife ÖZTABAN'ın 'Bakım Verici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri İle Bakım Vericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi' konulu çalışmayı psikiyatri kliniğinde 01.03.2022-01.09.2022 tarihleri arasında yapılabilmesi için hastanenize izin-onam taahhütnamei verilmiştir.

Anabilim dalınıza uygunluğunuz açısından gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof. Dr. Serenat Serinç



uygunlar.

Ek 5. Veri Toplama Formu

BAKIM VERİCİ PSİKOEĞİTİMİNİN DEPRESYON HASTALARININ İYİLEŞME DÜZEYLERİ İLE BAKIM VERİCİLERİN AİLE YÜKÜ VE DUYGU DIŞAVURUMUNA ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı depresyon hastaların bakım verenlerine uygulanan psiko eğitimde depresyon hastalarında iyileşme düzeylerine ve bakım verenlerin yükü ve duygularını yansıtmaya biçimlerine etkisini belirlemektir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamengizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Anketin doldurulması için gerekli süre 30 dakikadır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Doç Dr. Filiz ADANA'ya 0505 317 09 94 numaralı telefonda veya filizadana@yahoo.com mail adresinden, Hemşire Şerife ÖZTABAN'a 05557130105 numaralı telefonda veya serifeoztaban@gmail.com, mail adresinden ulaşabilir, uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz." Katılımınız için teşekkür ederiz

I. TANITICI BİLGİ FORMU

BÖLÜM I

HASTAYA VERİLECEK ÖLÇEKLER

1- Hasta ile İlgili Kişisel Bilgiler

1. Cinsiyetiniz?

- a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız

3. Medeni durumunuz?

- a. Evli b. Eşi ölmüş c. Ayrı d. Boşanmış e. Hiç evlenmemiş

4. Eğitim durumunuz?

- a. Yok b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite ve üstü

5. Çalışma durumunuz?

- a. Çalışan b. Ev kadını c. İşsiz d. Emekli e. Öğrenci

6. Ne kadar süredir bu tanıyı aldınız.....

7. Mevcut rahatsızlığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yattınız?

- a. Bir b. İki c. Üç ve üzeri

8. İntihar girişiminde buldunuz mu?

- a. Yok b. Girişim var c. Düşüncesi var

9. Birinci derece akrabalar arasında depresif bozukluk ve başka sürekli ruhsal hastalık geçiren veya tedavi gören kişi var mı?.....

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve Eğitimden 3 Ay Sonra Ölçüm)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum

b) Kendimi üzgün hissediyorum

c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum

d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2. a) Gelecekte umutsuz değilim

b) Gelecek konusunda umutsuzum

c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok

d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek

3. a) Kendimi başarısız görmüyorum

b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır

c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum

d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
b) Arada bir suçlu hissettiğim oluyor
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
- b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
- c) Şimdilerde her an ağlıyorum
- d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11. a) Eskisine göre daha sınırlı veya tedirgin sayılmam
- b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
- c) Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim
- d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sınırlıyım
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
- b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
- c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
- d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
- b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
- c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
- d) Artık hiç karar veremiyorum
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
- b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
- c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
- d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum
- c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
- d) Hiç çalışamıyorum

16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum
- b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. a) Eskisine göre daha çok yorulduğumu sanmıyorum
- b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
- c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum
- d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum
18. a) İştahım eskisinden farklı değil
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil
- c) Şimdilerde iştahım epey kötü
- d) Artık hiç iştahım yok
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
- b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim
- c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim
- d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
- b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
- c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
- d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

İYİLEŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve Eğitimden 3 Ay Sonra Ölçüm)

Aşağıda 24 cümle ve her bir cümlenin yanında cevaplarını işaretlemeniz için 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 24 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin değilim	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	İyileşmek istiyorum	1	2	3	4	5
2.	Nasıl iyileşeceğim yada iyi kalacağım konusunda kendime ait fikirlerim var	1	2	3	4	5
3.	Hayatta ulaşmak istediğim hedeflerim var	1	2	3	4	5
4.	Hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
5.	Bir yaşam amacım var	1	2	3	4	5
6.	Kendimi önemsemediğim zamanlarda bile çevremdeki insanlar beni önemser	1	2	3	4	5
7.	Korkularım, hayatımı istediğim şekilde yaşamamı engellemez	1	2	3	4	5
8.	Hayatta başıma her ne gelirse gelsin üstesinden gelebilirim	1	2	3	4	5
9.	Kendimi seviyorum	1	2	3	4	5
10.	İnsanlar beni gerçekten tanısalar, severler	1	2	3	4	5
11.	İdealimdeki kişi olma yolunda kendime güveniyorum	1	2	3	4	5
12.	İyi şeylerin er yada geç gerçekleşeceğine inanırım	1	2	3	4	5
13.	Geleceğimden umutluyum	1	2	3	4	5
14.	Kendim için yeni uğraşlar (hobiler) edinirim	1	2	3	4	5
15.	Ruhsal hastalığının belirtileri ile baş etmek artık hayatımın en önemli konusu olmaktan çıktı	1	2	3	4	5
16.	Ruhsal hastalığının belirtileri yaşamamı giderek daha az etkiliyor	1	2	3	4	5
17.	Hastalık belirtilerimle daha iyi baş edebildiğim için hayatımda giderek daha az sorunla karşılaşıyorum	1	2	3	4	5
18.	Yardım isteyeceğim zamanları bilirim	1	2	3	4	5
19.	Yardım istemekten çekinmem	1	2	3	4	5
20.	İhtiyacım olduğunda yardım isterim	1	2	3	4	5
21.	Stresimle baş edebilirim	1	2	3	4	5
22.	Çevremde güvenebileceğim insanlar var	1	2	3	4	5
23.	İyileşeceğime inanmadığımda bile çevremdeki insanlar buna inanır	1	2	3	4	5
24.	Çevremde beni destekleyen insanların olması önemlidir (tanıdık, arkadaş, dost)	1	2	3	4	5

II. BAKIM VERİCİ TANITICI ÖZELLİKLERİ FORMU

BAKIM VERİCİ PSİKOEĞİTİMİNİN DEPRESYON HASTALARININ İYİLEŞME DÜZEYLERİ İLE BAKIM VERİCİLERİN AİLE YÜKÜ VE DUYGU DIŞAVURUMUNA ETKİSİ

Bu çalışmanın amacı depresyon hastaların bakım verenlerine uygulanan psiko eğitimde depresyon hastalarında iyileşme düzeylerine ve bakım verenlerin yükü ve duygularını yansıtmaya biçimlerine etkisini belirlemektir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Anketin doldurulması için gerekli süre 30 dakikadır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Doç. Dr. Filiz ADANA'ya 0505 317 09 94 numaralı telefondan veya filizadana@yahoo.com mail adresinden, Hemşire Şerife ÖZTABAN'a 05557130105 numaralı telefondan veya serifeoztaban@gmail.com, mail adresinden ulaşabilir, uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz." Katılımınız için teşekkür ederiz.

BÖLÜM II (BAKIM VERİCİLERE VERİLECEK ÖLÇEKLER)

1. Cinsiyetiniz

- a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız.....

3. Eğitim durumunuz

- a. Yok b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite ve üstü

4. Mesleğiniz (Belirtiniz.....)

5. Çalışma durumunuz

- a. Çalışmıyor b. Çalışıyor (İşi):.....

6. Gelir durumunuz

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

7. Hastaya yakınlık dereceniz

- a. Annesi b. Babası c. Kardeşi d. Eşi f. Diğer(Belirtiniz).....

8. Hastanıza kaç aydır/yıldır bakmaktasınız?.....ay.....yıl
9. Hastanıza bir günde ne kadar zaman ayırmaktasınız?.....saat
10. Kendinize bir günde ne kadar zaman ayırmaktasınız?.....saat
11. Sürekli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?
a. Hayır b) Evet (Belirtiniz).....
12. Hastanızın en son hastaneye yatış tarihi nedir?.....
13. Hastanız ilaçlarını düzenli olarak kullanıyor mu?
a. Her zaman alıyor b. Ara sıra aksatıyor c. Hiç almıyor d.Diğer (Belirtiniz).....
14. Hastanıza bakım için ailenizden/komşularınızdan/ arkadaşlarınızdan destek alıyor musunuz?
a. Hayır b) Evet (Zaman aralığı ve Süre belirtiniz).....
15. Hastanız kontrollerine düzenli olarak geliyor mu?
a. Hayır b. Evet c. Ara sıra aksatıyor d. Diğer (Belirtiniz).....
16. Hastanızın kontrollerine geliş şekli nasıldır?
a. Tek başına geliyor
b. Bir refakatçi ile geliyor
c. Diğer (Belirtiniz).....
17. Hastanızın ilaçlarını alma şekli nasıldır?
a. İlaçlarını düzenli olarak kendisi alıyor
b. İlaçlarını ben/evden birisi veriyor ve içiyor
c. İlaçlarını ben/evden birisi veriyor ve zorla içiyor
d. Diğer (Belirtiniz).....

18. Siz sürekli rahatsızlığı olan hasta bir bireyle yaşama konusunda ne düşünüyorsunuz?

- a. Çok memnunum
- b. Genellikle memnunum
- c. Ne memnunum, ne değilim
- d. Genellikle memnun değilim
- e. Hiç memnun değilim

19. Yakınınızın depresyon hastası olması nedeniyle, yaşadığımız güçlüklerle ne şekilde baş ettiğinizi düşünüyorsunuz?

- a. Çok iyi baş ediyorum
- b. İyi baş ediyorum
- c. Biraz baş ediyorum
- d. Hiç baş edemiyorum

DUYGU DIŞAVURUMU ÖLÇEĞİ (DDÖ) (Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve Eğitimden 3 Ay Sonra Ölçüm)

AÇIKLAMA: Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

DUYGU DIŞAVURUMU ÖLÇEĞİ		
1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyorum ve öfkeleniyorum	D	Y
2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum.	D	Y
3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.	D	Y
4. Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir.	D	Y
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum.	D	Y
6. Onun varlığı beni deli ediyor	D	Y
7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.	D	Y
8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.	D	Y
9. Ona sık sık öğüt veriyorum	D	Y
10. Onunla uyuşamıyoruz	D	Y
11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün.	D	Y
12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.	D	Y
13. Ona kırılıyor, güceniyorum.	D	Y
14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.	D	Y

DUYGU DIŞAVURUMU ÖLÇEĞİ		
15. Onun üstüne titrerim.	D	Y
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor.	D	Y
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.	D	Y
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor.	D	Y
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.	D	Y
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum.	D	Y
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.	D	Y
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.	D	Y
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum.	D	Y
24. “Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor.	D	Y
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.	D	Y
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum	D	Y
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum.	D	Y
28. Biz birbirimize benziyoruz.	D	Y
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.	D	Y
30. Onunla iyi anlaşıyoruz.	D	Y
31. Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum.	D	Y
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.	D	Y
33. Ondan uzak kalmak istiyorum.	D	Y
34. Başıma bir sürü dert açıyor.	D	Y
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek.	D	Y
36. Bir zorlukla karşılaşırsam başa çıkabiliyorum.	D	Y
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.	D	Y
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım.	D	Y
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım.	D	Y
40. Onun hastalığını abarttığımı düşünüyorum.	D	Y
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.	D	Y

ZARİT AİLE YÜKÜ ÖLÇEĞİ(Eğitim Öncesi, Eğitimden 1 Ay ve Eğitimden 3 Ay Sonra Ölçüm)

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar böyle hissettiğinizi belirtin. Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış yada doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1.Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2.Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3.Yakınınzı bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerin getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4.Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5.Yakınınzla birlikteyken kırgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6.Yakınınızın şuanda ailenin diğer üyeleri yada arkadaşınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7.Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
9.Yakınınzla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
10.Yakınınzla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11.Yakınınzı yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
12.Yakınınzı bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13.Yakınınzı nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14.Yakınınzı sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
15.Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınzı bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
16.Yakınınzı artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
17.Yakınınzı hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18.Yakınınzı bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19.Yakınınzı ile ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
20.Yakınınzı için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
21.Yakınınzı bakımını ile ilgili daha iyisini yapabilirim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
22.Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınzı bakımını ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu(Hastalar İçin)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Hastalar İçin)

Depresyon Hastaları İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın adı: Bakım Verici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri ile Bakım Vericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi

Çalışmanın amacı: Bu araştırma, depresyon hastaları ve bakım vericilerine klinikte verilen psikoeğitimin hastaların iyileşme düzeylerine, hastalığının semptomlarına ve ilaç uyumlarına; bakım vericilerin duygu dışa vurum ve aile yükü düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılacaktır. Bu çalışma sırasında hastalığınızın belirtileri, sosyal işlevselliğiniz ve ilaç uyum düzeyiniz size herhangi bir uygulama yapılmadan değerlendirilerek, diğer grupla karşılaştırılacaktır. Uygulamada hastalar ve bakım vericilerine psikoeğitim bireysel olarak, haftada iki kez, altı oturumdan oluşan ve er oturumu 40-50 dk sürecek şekilde eğitimler anlatılacaktır. Eğitim için görüşmelere klinik içinde özel görüşme odasında gerçekleştirilecektir. Oturumlar sırasında ailenin tedavide rolü, gelecekteki ataklara karşı savunmasızlık fikrinin vurgulanması, çatışmalara yol açabilecek inkar, eleştirel tutumlar veya aşırı müdahaleci tutumlardan kaçınarak hastalığı kabul edilmesi, stres, uyumsuzluk ve zararlı alışkanlıklar gibi etiyolojik ve tetikleyici faktörler, hastalığın belirti ve bulgularının erken teşhisi, tedavi süreci için ilaçlarla ilgili yanlış anlamaları düzeltme çabaları da dahil olmak üzere farklı tedavi türleri, düşük uyumla ilgili faktörler ve uyumu artırmada ailenin rolü, başa çıkma stratejileri, iletişim becerileri eğitimi (rol oynamayı kullanarak) ve problem çözme yoluyla aile stresinin önlenmesi ve yönetimi, kendine bakmanın önemi ve intihar düşünceleri, hastanaya yatış, hamilelik ve genetik risk gibi akrabaları endişelendiren diğer konular ve çözme yaklaşımlarından oluşan psikoeğitim verilmesi planlanmıştır. Bu değerlendirme eğitim öncesi, eğitim oturumları tamamlandıktan sonra aynı hafta içinde ve eğitim sonrası 3.ayda hemşire Şerife Öztaban tarafından

yapılacaktır.

Ben

.....yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen 'Aile Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarında İyileşme Düzeyleri ile Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi' isimli çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve

tartışma imkanı buldum. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin benim tedavimi bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle sürdürmeye devam edeceğini anladım. Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

İmza:

(Gerekli ise) Veli / Vasinin

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Prof. Dr. Filiz ADANA

Tarih:

Telefon Numarası:0505 317 09 94

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı

İmza:

Ek 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu(Bakım Vericiler İçin)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(DENEYSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN)

Bakım Verici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri ile Bakım Vericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi

Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

Bu araştırmada depresyon hastalarının bakım vericilerine uygulanacak psikoeğitimin hastanın iyileşme düzeyi ile bakım vericilerin aile yükü ve duygu dışavurumuna etkisinin incelenmesi amaçlamaktayız.

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaş ve üzeri, hastanızın depresif bozukluk için ilaç tedavisi alıyor olması, kliniğe yatışı yapılan ve taburculuğu planlanan, çalışma öncesi en az bir yıldır hastası ile birlikte yaşıyor olan hasta yakınları olması gerekmektedir. Hastaların kliniğe yatış sırasına göre listesi yapılacaktır. Yatış sırasına göre yapılan listede tek sayıda olan hastaların bakım vericileri çalışma grubuna, çift sayıda olan hastaların bakım vericileri ise kontrol grubuna alınması planlanmıştır. Araştırmamız için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda bakım vericilerin Bakım Verici Tanıtıcı Özellikleri Formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği ve Zarit Aile Yükü Ölçeği yer almaktadır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre ilk görüşme tarihinden itibaren 4-6 haftadır. Hastaneden taburcu olmadan önce size araştırmacı hemşire Şerife Öztaban ve Doç Dr. Filiz ADANA tarafından hazırlanmış olan psikoeğitim bireysel olarak, haftada iki kez, altı oturumdan oluşan ve her oturumu 40-50 dk sürecek şekilde eğitimler anlatılacaktır. Eğitim için görüşmeler klinik içinde özel görüşme odasında gerçekleştirilecektir. Oturumlar sırasında ailenin tedavide rolü, gelecekteki ataklara karşı savunmasızlık fikrinin vurgulanması, çatışmalara yol açabilecek inkar, eleştirel tutumlar veya aşırı müdahaleci tutumlardan kaçınarak hastalığı kabul edilmesi, stres, uyumsuzluk ve zararlı alışkanlıklar gibi etiyolojik ve tetikleyici faktörler, hastalığın belirti ve bulgularının erken teşhisi, tedavi süreci için ilaçlarla ilgili yanlış anlamaları düzeltme çabaları da dahil olmak üzere farklı tedavi türleri, düşük uyumla ilgili faktörler ve uyumu artırmada ailenin rolü, başa çıkma stratejileri, iletişim becerileri

eğitimi (rol oynamayı kullanarak) ve problem çözüme yoluyla aile stresinin önlenmesi ve yönetimi, kendine bakmanın önemi ve intihar düşünceleri, hastaneye yatış, hamilelik ve genetik risk gibi akrabaları endişelendiren diğer konular ve çözüme yaklaşımlarından oluşan psikoeğitim verilmesi planlanmıştır. Eğitim oturumları tamamlandıktan sonra aynı hafta içinde ve eğitim sonrası 3.ayda Duygu Dışavurumu Ölçeği ve Zarit Aile Yüğü Ölçeği formlarını doldurmanız gerekmektedir. İzlem ölçümü yapıldıktan sonra kontrol grubu hastalarının bakım vericilerine gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık yapılması, her iki gruba eğitim kitapçığı verilmesi planlanmıştır. Bu formları eksik bir şekilde doldurduğunuzda araştırma dışı bırakılacaksınız. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve formları doldurmanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Araştırmayı reddettiğinizde ya da ayrıldığınızda herhangi bir zararınız olmayacak rutin izlem ve bakımlarınız sürdürülecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa 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. Ancak bilgilerinize sonuçların yorumlanmasından sonra ulaşabilirsiniz. Araştırma için bir arada bulunduğumuz sürede size hastanızla ilgili danışmanlık yapabiliriz. Daha sonrada size verdiğimiz telefon numaralarından bize ulaşabilirsiniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder hastanıza ve size sağlıklı bir yaşam dileriz. Çalışmada kullanılacak testlerin ücretleri tarafınıza ve kurumunuza ödetilmeyecektir. Tüm çalışma boyunca tarafımızdan karşılanacaktır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Aşağıda imzası olan ben 'Bakım Verici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri ile Bakım Vericilerin Aile Yüğü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi' başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu çalışmayı yürüten Doç Dr. Filiz ADANA çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve/veya yazılı bilgi verdi. Araştırmacı Hemşire Şerife ÖZTABAN'a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını

buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.Araştırmacı Hemşire Şerife ÖZTABAN'a bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacı Hemşire Şerife ÖZTABAN ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum.Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon No:

İmza:

Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Doç. Dr. Filiz ADANA

Tarih:

Telefon Numarası: 0505 317 09 94

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı

İmza:

Ek 8. Ölçek Kullanım İzinleri

a) Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği

M Gmail Şerife Öztaban <serifeoztaban@gmail.com>

Hocam dışavurulan duygulanım ölçeği'ni tezimde kullanmam için izin verirsiniz çok sevinirim
2 ileti

Şerife Öztaban <serifeoztaban@gmail.com> 8 Şubat 2022 14:01
Alıcı: oeberksun@yahoo.com

Merhaba Hocam

Adnan Menderes Üniversitesi Halk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı Doç. Dr. Filiz ADANA hocamın danışmanlığında Doktora tez çalışması yürütmekteyim. 'Bakımverici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri İle Bakımvericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi' isimli bir araştırma yapmak istiyorum. Çalışmamızda sizin tarafınızdan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak geliştirilen 'Dışavurulan Duygulanım Ölçeği' ni kullanmak istiyorum.

Ölçeği kullanmam için izin verirsiniz çok sevinirim, iyi çalışmalar dilerim Hocam.

Oguz Berksun <oeberksun@yahoo.com> 8 Şubat 2022 20:17
Alıcı: Şerife Öztaban <serifeoztaban@gmail.com>

Kullanmanızdan memnun olurum. Başarılar dilerim.

Sent from Yahoo Mail for iPhone
(Ayrıntılı metin gizlendi)

b) İyileşme Değerlendirme Ölçeği

3.02.2023 05:32 Gmail - merhaba hocam. iyileşme değerlendirme ölçeği kullanmam izni için bana izin verirsiniz çok sevinirim

M Gmail Şerife Öztaban <serifeoztaban@gmail.com>

merhaba hocam. iyileşme değerlendirme ölçeği kullanmam izni için bana izin verirsiniz çok sevinirim
2 ileti

Şerife Öztaban <serifeoztaban@gmail.com> 8 Şubat 2022 14:13
Alıcı: janskynju@gmail.com

Merhaba Hocam

Adnan Menderes Üniversitesi Halk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı Doç. Dr. Filiz ADANA hocamın danışmanlığında Doktora tez çalışması yürütmekteyim. 'Bakımverici Psikoeğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri İle Bakımvericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi' isimli bir araştırma yapmak istiyorum. Çalışmamızda sizin tarafınızdan Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak geliştirilen 'İyileşme Değerlendirme Ölçeği' ni kullanmak istiyorum.

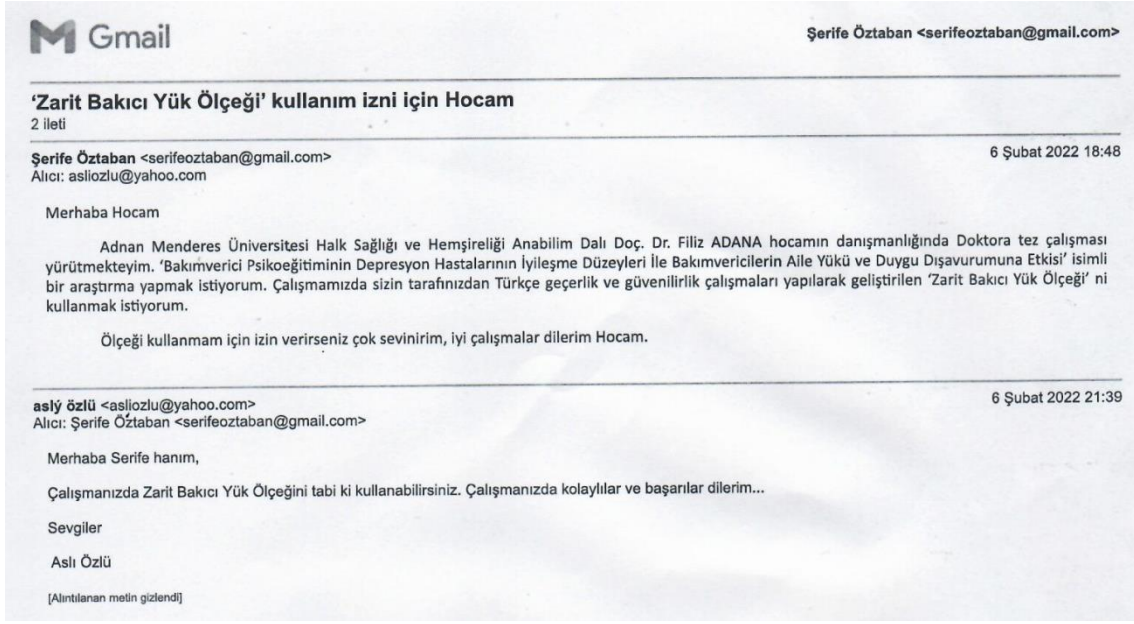
Ölçeği kullanmam için izin verirsiniz çok sevinirim, iyi çalışmalar dilerim Hocam.

Cansu Güler <janskynju@gmail.com> 8 Şubat 2022 16:12
Alıcı: Şerife Öztaban <serifeoztaban@gmail.com>

Merhaba Şerife Hanım,
Dr. Öğr. Üyesi Ayça Gürkan hocam ile birlikte geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürütmüş olduğumuz İyileşme Değerlendirme Ölçeği'ni araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili kaynakları ekte gönderiyorum. Aklınıza takılan olursa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Ar. Gör. Cansu Güler
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
35040 Bornova/İZMİR
Tel: 0232 3115640
Fax: 0232 3886374

c) Zarit Bakıcı Yük Ölçeği



d) Beck Depresyon Ölçeği Kaynağı

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.

Ek 9. Depresyon Hastalarına Yönelik Psikoeğitim Kitapçığı Eğitimi

DEPRESYON HASTALARINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM KİTAPÇIĞI

İçindekiler

- Depresyon
- Depresyonun Görülme Yaygınlığı
- Depresyon ve Kadın Cinsiyet
- Depresyon ve Erkek Cinsiyet
- Depresyon Hastalığında Risk Etmenleri
- Depresyonun Nedenleri
- Depresyonun Belirti ve Bulguları
- Ruhsal Bozukluk ve Hasta Hakları
- Ruhsal Hastalık ve Evlilik
- Depresyon Tedavisinin Amacı
- Depresyon Hastalığında Kullanılan İlaçların Etki ve Yan Etkileri ve Yapılması Gerekenler
- Depresyon Hastalığının Tekrarlamasının Ön Görücü Belirtileri ve İzlemenin Önemi

DEPRESYON

- ✚ Depresyon, düşünceleri, ruh halini ve fiziksel sağlığı etkileyebilen yaygın bir kronik tıbbi hastalıktır. Düşük ruh hali, enerji eksikliği, üzüntü, uykusuzluk ve hayattan zevk alamama ile karakterizedir.
- ✚ Depresyon klinik olarak önemli ve büyüyen bir kamu sağlığı sorunudur. Depresyon, intihar riski, başkalarına zarar verme riski, boşanma dahil aile sorunları, işsizlik, evsizlik gibi mesleki ve sosyal sorunlar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilebilir.
- ✚ Dünya çapında depresyonun yüksek yaygınlığı ve tedavi edilmeyen depresyonun köklü sonuçları göz önüne alındığında depresyonu etkin bir şekilde teşhis etme ve tedavi etme yeteneği kritik derecede önemlidir. Majör depresyonun birçok insanı etkilemesi, bireyler üzerinde büyük bir etkisi olması ve çok büyük bir ekonomik yük getirmesi, teşhisini ve yönetimini iyileştirmek için daha fazla çaba gösterilmesi gerektiği anlamına gelir. Bu

ihtiyaç, özellikle sağlık bakım kaynaklarının her düzeyde sınırlı olduğu düşük ve orta gelirli ülkeler için geçerlidir.

Depresyon, genel bir hastalıktır. Herhangi bir yaş, herhangi bir cinsiyet ya da ırk ayrımı yoktur. Depresyonu olan herhangi bir kişinin bir açıklama araması çok muhtemeldir: neden ben? Çok tatmin edici olmayabilir, ancak yapabileceğimiz en iyi tanım, genetik yatkınlık ve çevresel sıkıntıların bir karışımı olacaktır. Olağan zorluk, sıkıntılar olmadığında ve hastalar geniş mutlu bir ailede büyümüşlerse, genetik faktörlerin daha önemli olacağı tahmin edilebilir.

Ailede ciddi depresyon öyküsü, endişeli bir mizaç ve erken çocukluk çağı istismar ve/veya ihmali hastalığa zemin hazırlayan faktörlerdir. Aile öyküsü ve mizaç önemli ölçüde genler tarafından belirlenir. Hassas bir bireyde gerçek bir depresyon döneminin çöküşü, genellikle önemli bir kayıp, hayal kırıklığı veya aşağılanma ile karakterize edilen olumsuz bir yaşam olayını takip eder. Tehlikeli veya tehdit edici yaşam olaylarının kaygıyı tetikleme olasılığı daha yüksektir. Yaşam olaylarının bir depresif dönem riski üzerindeki etkisi birikimlidir ve çok güçlü bir şekilde kaygılı, kararsız kişilik özelliklerine bağlıdır.

Depresyonun Görülme Yaygınlığı

- ✚ Depresif bozukluğun, toplumda % 8 ile %12 arasında değişen yaşam boyu yaygınlığı ile en yaygın ruhsal bozukluk olduğu bildirilmektedir. Neredeyse her beş kişiden biri yaşamlarının bir noktasında bir depresif dönem yaşamaktadır. Özellikle, yüksek gelirli ülkeler (%5,5) ile düşük gelirli ve orta gelirli ülkeler (%5,9) karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluğun 12 aylık yaygınlığı benzerdir bu da majör depresif bozukluğun ne gelişmiş ülkelerdeki modern yaşam tarzının ne de yoksulluğun basit bir sonucu olmadığını göstermektedir.
- ✚ İlk majör depresyon döneminin başlangıcı için en olası dönem, ergenliğin ortasından 40'ların ortalarına kadar uzanır, ancak yaklaşık %40'ı ilk depresyon dönemini 20 yaşından önce yaşar ve ortalama başlangıç yaşı 20'lerin ortalarında.
- ✚ Yaşam süresi boyunca, depresyon kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha yaygındır.
- ✚ Tüm hastalıklar arasında 'engelleme geçen yaşam yılları ile ölçülen kronik hastalık yüküne en çok katkıda bulunan ikinci faktördür.

Depresyon ve Kadın Cinsiyet

Cinsiyet farkının bir kısmı, özellikle çocukluk çağı istismarı ve kadınlara ve kız çocuklarına yönelik diğer şiddet gibi ciddi sıkıntılara, hormonal değişikliklere, yaygın yaşam olayları, strese maruz kalma ve strese duyarlılık, toplumsal düzeyde ölçülen toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yüksek düzeyde maruz kalma ile açıklanabilir.

- ✚ Zayıf bir ebeveyn-çocuk ilişkisi ve çocuklukta cinsel istismar gibi bağlamsal olumsuzluklar, kızlarda erken olgunlaşmayı öngörür. Bununla birlikte, ergenlikte vücut değişikliklerine tepki olarak kızların olumsuz öz değerlendirmeleri ve çevresel olumsuzluklarla etkileşimli etkilerinin de dolaylı etkileri daha olasıdır.
- ✚ Kadınlar arasında stres tepkileri, doğum kontrol ilaçları kullanımına, hamileliğe ve menopoz durumuna bağlı olarak daha da değişir. Stres tepkileri aynı zamanda stres etkeninin doğasına göre değişir; erkekler başarı zorluklarına karşı daha büyük tepkiler gösterirken, kadınlar sosyal reddedilme ve çatışmaya karşı artan tepkiler gösterir.
- ✚ Kadınların ergenlik döneminde daha fazla sayıda kişilerarası stres etkeni vardır ve bu stresörlere erkeklerden daha duyarlıdırlar. Kadınlar arasında kişilerarası ilişkilerde algılanan başarısızlık, sosyal desteğin olmaması, günlük yaşam stresine maruz kalma cinsiyete dayalı depresif bozukluk riskine önemli ölçüde katkıda bulunuyor gibi görünmektedir.
- ✚ Kız çocuklarına ve kadınlara yönelik şiddet, dünya çapında ciddi bir halk sağlığı ve insan hakları sorunudur. Cinsiyete dayalı şiddetin zihinsel, fiziksel ve üreme sağlığı üzerinde ciddi etkileri ve büyük bir ekonomik etkisi vardır. Erken dönem olumsuzluk türlerinin çoğunun yaygınlığı kız ve erkeklerde benzerdir oysa kızlar erkeklere göre daha sık cinsel istismar kurbanıdır. Dünya çapında yaşam boyu yaygınlığı cinsel istismarın kızlarda yaklaşık %18 ve erkeklerde %8 olarak bildirilmiştir.
- ✚ Kadın şiddet mağdurları, etkilenmeyen kadınlara göre iki kat daha fazla depresyon geliştirme olasılığına sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü dünya çapında kadınların %30'unun fiziksel ve cinsel eş şiddetinin kurbanı olduğunu ve %7'sinin eş dışı cinsel şiddete maruz kaldığını tahmin ediyor. Eş şiddeti depresyon bağlamında özellikle önemlidir.

Depresyon ve Erkek Cinsiyet

Yaklaşık olarak dokuz erkekten biri yaşamları boyunca majör depresif bozukluk tanısı almaktadır. Kadınların depresyon tanısı alma olasılığı yaklaşık iki kat daha fazla olmasına

rağmen, erkeklerin intihardan ölme olasılığı dört kat daha fazladır, bu da birçok erkeğin teşhis edilmemiş ruhsal sağlık sorunlarına sahip olduğunu düşündürür.

Erkeklerde depresyon belirtileri arasında saldırganlık, sinirlilik, şiddet, madde kötüye kullanımı, riskli davranışlar veya bedensel şikayetler yer alabilir. Bunların hiçbiri *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında* major depresif bozukluk için tanı kriterlerinde yer almaz. Erkeklerle özgü birçok depresyon belirtisi dışsallaştırıldığından, sadece depresif erkeklerin iyiliğini değil, aynı zamanda yaşamlarındaki bireyleri de etkiler. Şiddet veya öfkeli sözlü tepkiler gibi tepkiler, aile üyelerinde olumsuz duygulara ve travmatik tepkilere neden olabilir. Depresif erkeklerin aynı zamanda besleme, sıcaklık, duyarlılık ve katılım gibi olumlu ebeveyn davranışları sergileme olasılıkları daha düşüktür ve daha çok içine kapanık, olumsuz ve mesafeli olma olasılıkları daha yüksektir.

Depresyondaki erkekler, üzüntülerini doğrudan ifade etmek yerine, olumsuz duygularını bağırma, şiddet ve madde bağımlılığı gibi dışsallaştırılmış davranışlara kanalize edebilirler. Benzer şekilde, birçok erkek davranışlarının depresyonla ilişkili olduğunun farkında olmayabilir. Genel olarak, bu faktörler erkeklerde yardım aramanın azalmasına ve geleneksel depresif belirtilerle tanımlanan bir majör depresyon dönemi geliştirme olasılığının azalmasına katkıda bulunabilir.

Depresyon Hastalığında Risk Etmenleri

Depresyon dünya çapında toplumlar için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Birçok sosyal ve çevresel faktör major depresif bozukluğun riski ve sonucu ile ilişkilidir.

- ❖ Demografik faktörler (örneğin yaş, cinsiyet ve etnik köken),
- ❖ Sosyoekonomik durum (örneğin yoksulluk, işsizlik, gelir eşitsizliği ve düşük eğitim düzeyi),
- ❖ Kişilerarası ilişki faktörleri (örneğin, yetersiz konut, aşırı kalabalık mahalle şiddeti ve güvenlik),
- ❖ Sosyo çevresel faktörler (örneğin, doğal afetler, savaş, çatışma, göç, ayrımcılık, işte zorluklar, düşük sosyal destek, travma ve olumsuz yaşam olayları)
- ❖ Yaşam tarzı faktörleri (örneğin, alkol kullanımı, sigara içme davranışı, yüksek yağlı veya yüksek şekerli diyet ve fiziksel hareketsizlik) olarak sınıflandırılabilir.

Depresyonun Nedenleri

Depresyonun sebebi olarak tek bir etken öne sürülemez. Depresif bozukluğun oluşmasında rol oynayan başlıca risk faktörleri 5 başlık altında incelenebilir.

1. Biyolojik Risk Faktörleri
2. Çevresel Faktörler
3. Bilişsel Risk Faktörleri
4. Maternal Depresyon Risk Faktörü
5. Ebeveyn Sorunları ve Aile İşlevleri Risk Faktörleri

1. Biyolojik Risk Faktörleri

Depresyon hastalarının birinci derece akrabaları üç kat artmış depresif bozukluk riski göstermektedir ve bu bozukluk için genetik oranı yaklaşık % 35 olarak belirlenmiştir. Hipokampal hacmin görüntüleme çalışmaları özellikle ilgi çekicidir. Bir araştırmada, hipokampal volümün depresyon hastalarında kontrollere göre tutarlı ve anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır.

Depresyon hastalarında tutarlı bir bulgu, stres hormonu kortizolünün yüksek seviyesidir. Bir çalışmada, hem önceki şiddetli enfeksiyonların hem de otoimmün hastalıkların, daha sonra depresyon geliştirme riskini artırdığını göstermiştir. Ek olarak, hepatit virüsü enfeksiyonu veya kanser tedavilerinin bir parçası olarak sitokin tedavileri alan hastalar sıklıkla depresif semptomlar geliştirir.

2. Çevresel Faktörler

Yaşam olayları ve zorluklar, depresyonun gelişmesi için tetikleyiciler olarak işlev görür. Sevilen birinin ölümü veya kaybı, sosyal desteğin olmaması veya azalması, bakıcı yükü, mali sorunlar, kişilerarası zorluklar ve çatışmalar gibi travmatik olaylar, depresyonu tetikleyebilecek stresör örnekleridir. Bununla birlikte çocukluk çağındaki yaşantılara maruz kalmaya odaklanmıştır. Bu durumlar arasında fiziksel ve cinsel istismar, psikolojik ihmal, aile içi şiddete maruz kalma veya ölüm veya ayrılma sonucunda ebeveynlerden erken ayrılma, olumsuz yaşam olaylarının sayısı ve ciddiyeti ile risk, major depresif bozukluğun riski, ciddiyeti ve kronikliği arasındaki net bilgiler açıktır.

Olumsuz çocukluk yaşantıları, çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, duygusal ve fiziksel ihmal ve 18 yaşından önce aile işlevlerinde bozulma (evde

madde kullanımı, ruhsal hastalığı ve suç davranışı, ebeveynler arası şiddet, ebeveynlerin ayrılması veya boşanması) gibi etkenlerle ilişkilidir.

3. Bilişsel Risk Faktörleri

Psikolojide depresyon araştırmalarının modern tarihindeki en saygın konulardan biri, büyük ölçüde Aaron Beck'in görüşleridir. Çoğu birey olumsuzluklara önemli bir aldırış olmadan tepki verirken, Beck bazı bireylerin, özellikle kayıp ve tükenme temaları etrafında tercihli olarak olumsuza odaklanmaya ve abartmaya eğilimli olduklarını gözlemledi. Beck, depresyonun, kendine, dünyaya ve geleceğe aşırı derecede olumsuz bir şekilde bakmaktan kaynaklanan, duygusal, bilişsel, davranışsal ve biyolojik belirtilerle birlikte, ruh halinin yanı sıra önyargılı düşünme bozukluğu olduğunu varsaydı.

Bireylerin farkında olmadan katı ve aşırı genellenmiş ifadeleri içeren şemalar, belirli bir stres içeren durumla karşılaşıldığında aktif hale gelir ve doğrudan kişinin nasıl tepki vereceğini etkiler. Erken dönem uyumsuz şemaların, özellikle soğuk, reddedici ve aşırı kontrolcü ana-baba algılamalarının, depresyon, kaygı ve yeme bozukluğu gibi psikolojik belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir.

4. Maternal Depresyon Risk Faktörü

Depresif bir ebeveynin, özellikle depresif bir annenin çocuğu olmak, depresyon için güçlü bir risk faktörüdür. Goodman ve arkadaşları (2011) depresyonlu annelerin 20 yaşına kadar olan çocukları üzerinde yapılan çalışmanın sonuçları ve depresif annelerin çocuklarının yaklaşık %68'inin içselleştirme sorunları açısından ortalama olarak depresyonda olmayan bir annenin çocuğuna göre daha kötü olduğu sonucuna varmıştır. Araştırmalar ayrıca depresif ebeveynlerin çocuklarının sosyal, kişilerarası, akademik ve sağlık sorunları olduğunu göstermiştir.

5. Ebeveyn Sorunları ve Aile İşlevleri Risk Faktörleri

Anne gebelik depresyonun çocuklarda güvensiz bağlanma üzerindeki etkilerine dair önemli bilgiler, ebeveyn işlev bozukluğunun çocukların olumsuz sonuçlarının anahtar bir mekanizması olduğunu düşündürmektedir. Çocuklarda, anne depresyonu ile güvensiz bağlanma arasındaki bu ilişki, depresif belirtilerin, ebeveyn duyarlı ve tutarlı beslenmenin bozulması üzerindeki etkilerinin altını çizmektedir. Ebeveynlerin altında yatan duygusal, bilişsel ve sosyal güvenlik açıklarının yanı sıra bu tür belirtiler, çocukların iyi olma halini ve etkililiğini baltalayan ebeveyn sıcaklığını, duyarlılığını, izlemesini ve disiplini engeller. Daha da önemlisi, depresif bir anne tipik olarak stresli bir annedir ve dikkatini,

motivasyonunu ve organizasyonunu daha da etkiler. Özellikle bebekler ve küçük çocuklar için çevresel stres anneden geçer ve annenin bakımının kalitesi çocuğun gelişimi üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir.

Evlilik sorunları ebeveyn depresyonu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve aile işlevlerinin bozulmasına ve çocukların rahatsızlıklarına katkıda bulunur. Hammen ve arkadaşları (2004) depresif bir annenin olduğu ailelerde yüksek düzeyde evlilik ve çocuk ebeveyn çatışması bulmuştur; özellikle bu koşullar altında gençlerin depresyonu olası olduğu, ancak çatışma düşükse, o zaman gençlerin depresyona girme olasılığı, depresyonu olmayan annelerin çocuklarına göre daha fazla olmadığını bulmuşlardır.

Depresyonun Belirti ve Bulguları

Bir kişi, hemen hemen her gün aynı 2 haftalık süre boyunca mevcut olması gereken ve önceki işlevlerinden bir değişikliği temsil etmesi gereken aşağıdaki semptomlardan beşini (veya daha fazlasını) gösterecektir:

- Depresif ruh hali *
- Faaliyetlerin hepsine veya hemen hemen tümüne yönelik ilgi veya zevkin belirgin şekilde azalması *
- Diyet yapmadığınızda önemli ölçüde kilo kaybı, kilo alma veya iştahta azalma veya artış
- Uykusuzluk veya aşırı uyku
- Hareketlerde, düşüncelerde ve karar vermede yavaşlama
- Yorgunluk veya enerji kaybı
- Değersizlik duyguları veya aşırı veya uygunsuz suçluluk; yani sadece kendini suçlama veya hasta olmakla ilgili suçluluk değil
- Dikkatini toplamada güçlük çekme, odaklanamama, karasızlık
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölme korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi; kişi intihar girişiminde bulunmuşsa veya intihar etmek için belirli bir plan yapmışsa

Ruhsal bozukluk ve Hasta Hakları

İnsan hakları, akıl sağlığı sistemlerinin gelişme derecesi ile ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır. Dünya Sağlık Örgütü, ruhsal bozukluğu olan tüm insanların, duyarlı sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlanan yüksek kaliteli tedavi ve bakım alma hakkına sahip

olduğunu, her türlü insanlık dışı muamele ve ayrımcılığa karşı korunması gerektiğini, zihinsel durumları karar verme kapasitelerini etkilediğinde ve istekleri dışında hastaneye yatırılmaları gerektiğinde akıl hastası kişilerin korunmasının gerekliliğini vurgulamıştır.

- ✓ Psikiyatri hastalarının “mevcut en az kısıtlayıcı uygun ortamda uygun tedaviyi alma hakkı vardır.
- ✓ Aşırı veya gereksiz ilaç almamak ve insancıl bir tedavi ortamı sağlanması önemli bir hasta hakkıdır.
- ✓ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesinde, araştırmaya katılma ve aydınlatılmış onam konusunu ele almakta ve 'Tıbbi gereklilik ve yasal zorunluluk dışında, kişinin vücudunun hiçbir yerine dokunulamaz ve hastalar, onayları olmadan bilimsel veya tıbbi deneylere tabi tutulamaz yer almaktadır.
- ✓ Ayrıca “Türk Tabipler Birliği Kanunu” ve “Tıp Etiği İlkeleri” gibi hekimlerin uygulamalarını düzenleyen kanunlar da bulunmaktadır. Tıp etiği ilkelerinin 41. maddesine göre; araştırmacının araştırma konularını, araştırma amacı, yöntemleri, beklenen faydaları ve olası yan etkileri hakkında katılımcının anlayabileceği terimlerle bilgilendirmesi gerekmektedir. Ayrıca, yazılı bilgilendirilmiş onamın, katılımcının özgür iradesini koruyacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini belirtir.
- ✓ Tüm hastalar, tıbbi değerlendirme ve/veya tedavi almadan önce bilgilendirilmiş onam verme hakkına sahiptir.
- ✓ Bir hasta deneysel tedavilere ve/veya tıbbi araştırmalara katılacağı zaman da bilgilendirilmiş onam gereklidir. Araştırma projeleri için onay formları uzun ve okunması ve anlaşılması zor olabilir ve ek hastalığı olan psikiyatri hastaları için özel bir zorluk teşkil edebilir. Bir araştırma onamının tasarlanması düşünüldüğünde, hastanın onam vermeye yasal olarak yetkili olup olmadığı sorusunun değerlendirilmesi özellikle önemlidir.
- ✓ Bir hasta aydınlatılmış onam vermeye yetkili olmadığına veya hastanın tıbbi durumu, hastanın bilgilendirilmiş onam tartışmasına katılmayacak durumdaysa, sağlık hizmeti sağlayıcıları gerekli tedaviler veya prosedürler için mahkeme tarafından atanan bir vasiden veya hastanın ailesinden almak gerekir. Atanmış bir vasi yoksa ve hastanın sağlığıyla ilgili karar verme yetkisine sahip değilse, sağlık hizmeti sağlayıcıları hastanın durumunun gerektirdiği bakımı sağlayabilmesi için bir vasi atamak için mahkemeye başvurması gerekebilir.

- ✓ Acil bir durumda, kendisine veya başkalarına zarar verme tehlikesiyle karşı karşıya olan hastaya, bilgilendirilmiş onam alınması gerekmeden ilaç verilebilir veya kısıtlanabilir veya tecrit edilebilir.
- ✓ Aynı zamanda, bakımının mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamda verilmesi de hastanın hakkıdır. En az kısıtlayıcı ortamlar, hastaneye yatış yerine topluluk kaynakları, kilitli birimler yerine açık birimler veya yatarak tedavi yerine ayakta tedavi veya evde bakım olabilir.
- ✓ Gizlilik, özellikle psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin bakımında önemlidir. Hastaların, tanıları, belirtileri, davranışları ve her türlü muayene ve tedavi uygulamasının hastaya özel gizli bilgi olarak tutulması gerekir.

-Türk Ceza Yasası

Türk Ceza Hukuku'nda ruhsal bozukluk ceza sorumluluğunu azaltan veya kaldıran nedenlerden biridir. Suç işleme yeteneğini etkileyen akıl hastalığının durumunda kişi işlemiş bulunduğu fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamamakta veya işlediği fiille ilgili olarak irade yeteneği önemli ölçüde etkilenmektedir. Kişi bu durumda kusurlu sayılmadığı için hakkında cezaya başvurulmayacaktır. Ancak fiili hukuka aykırı olması durumunda, hakkında ruhsal hastalığına yönelik güvenlik tedbirlerine başvurulur.

Akıl hastalığı Türk Ceza Kanunu 32. Maddede şu şekilde belirtilmiştir:

Madde 32

(1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkum olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

2022 Sayılı Yasa "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" dur.

Madde 1/4: 65 yaşını doldurmadığı halde başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde malül olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanlara bu kanun hükümlerine göre aynı ölçüde aylık bağlanır. 2022 sayılı Kanun gereğince aylık bağlanabilmesi için Türk vatandaşı olmak, 65 yaşının üzerinde veya engelli olmak, kimsesiz ve muhtaç olmak şartları, ikametgâh adresinin bulunduğu sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca değerlendirme sürecine tabi tutulmaktadır.

Ruhsal Hastalık ve Evlilik

Evliliğin zihinsel sağlık yararları sağladığı yaygın olarak düşünülür, ancak bu ilişkinin yaşam boyunca nasıl değişebileceği hakkında çok az şey bilinmektedir. Bazıları için evlilik akıl sağlığıyla ilgisiz veya hatta ona zararlı olabilir. Evlilik zamanlaması, evlilik ve ruh sağlığı ilişkisinin önemli bir olasılığı olabilir. Özellikle, erken yaşta evlilik kültürel olarak daha uygun bir yaşta evlilik kadar faydalı olmayabilir.

Evlilik kavramları ve bu tür bir bağlılıktan beklentiler kültürler ve toplumlar arasında farklılık gösterse bile, bir kişinin evlenme hakkının gerçekleştirilmesi bir kişisel özgürlük uygulamasıdır. Evlendikten sonra, bir kişi akıl hastalığına yakalanırsa, hukuk sistemi genellikle bireye karşı ayrımcılık yapmaya başlar. Hiç şüphe yok ki her bireyin evlenme veya evli kalma hakkı, bulunduğu ülkenin aile kanunları, medeni kanunlar, evlilik kanunları veya boşanma kanunları tarafından düzenlenmektedir. Tarihsel olarak bir eşin veya müstakbel eşin ruh sağlığı durumu, boşanmayı kolaylaştırmaktan akıl hastalığı olan bireye yardım etmeye kadar birçok yönden kanun koyucuların ilgisini çekmiştir. Akıl sağlığı sorunları olan kişilerin rıza gösterme kapasitelerinin olmadığı ve bu nedenle kendi özgür iradeleriyle evlilik sözleşmesi yapamazlar. Bu varsayımlar hem uygulamada hem de hukukta ayrımcılığa yol açmaktadır. Ayrıca, akıl hastalığının genetik olarak bulaşma ve çocuklara geçme olasılığı, ayrımcılığın bir başka boyutudur. Bu nedenle sistem, ruh sağlığı sorunları olan kişilerin bir aileye ve çocuklara bakma, onları besleme ve destekleme becerileri hakkında da sorular ortaya çıkarabilir.

Uluslararası olarak, evlenme hakkı, evli kalma hakkı ve evliliğin sona ermesi hakları çeşitli insan hakları belgelerinde yer almıştır. Bir çalışmada kanunların evlilikle ilgili akıl hastalığı olan kişilerin haklarını etkileyip etkilemediğini araştırmak için 193 ülkede yerel kanunlar incelenmiştir. Ülkelerin %37'sinin zihinsel sağlık sorunları olan kişilerin evlenmesini açıkça yasakladığı tespit edilmiştir.

-Türk medeni kanunu

Madde 133: Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunup bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler. Bu durumda akıl hastalığının evlenmeye engel oluşturması durumunda kesinlikle evlenemez anlamına gelmez. İleride akıl hastalığı tedavi ile düzelir ise alacağı akıl sağlığı raporu ile evlenebilir.

Madde 145/3: Eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması evliliği geçersiz kılar.

Madde 165: Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hale gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir. Bu maddeye göre; akıl hastalığı, özel ve mutlak boşanma sebepleri arasında yer alır. Uygulamada bütün akıl hastalıkları boşanma sebebi olarak kabul edilmemekle birlikte ancak hastanın iyileşmesinin olanaksız olduğu şizofreni, paranoya ve benzeri hastalıklar bu kapsamda değerlendirilebilir. Akıl hastalığının iyileşmesinin mümkün olmadığının resmi sağlık kurumu raporuna dayanılarak ispatlanması zorunluluk teşkil eder.

Depresyon Tedavisinin Amacı

Depresyonun tedavisinde hem ilaçların hem de psikoterapilerin depresyon üzerinde olumlu etkileri mevcuttur. Psikoterapilerde hastalara stresli durumlarla başa çıkmanın yeni yolları öğretilir, hastaya çevresiyle olumlu etkileşimlerini artırması için teşvik edilir. Tedavi yanıtını güçlendirmek ve depresif belirtilerin tekrarlamasını ve depresyon atağını önlemek için ilaca uyum esastır. İlaça bağlı yan etkiler ilaca ilk başladığı günlerde görülebilir sonraki günlerde yan etkiler azalmaktadır.

İlaç uyumu tedavi sonuçları ile ilişkilidir. Son zamanlarda ilaç tedavisinde uyumda iki önemli bileşene ayrıldığı öne sürülmüştür:

- 1. Kalıcılık (yani, hastaların tedaviye devam edip etmeyeceği)*
- 2. Uyum (yani, hastaların dozları talimatlara göre alıp almadığı)*

Bu iki bileşen, hasta davranışlarının farklı yönlerini temsil eder. Dolayısıyla hastaların hekimleri ve ekiple arasında çok daha yakın bir ilişkiye duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Depresyon Hastalığında Kullanılan İlaçların Etki ve Yan Etkileri ve Yapılması Gerekenler

Depresif bozukluğun tedavisi için çeşitli sınıflarda ilaçlar mevcuttur. İlaç tedavisi, hastalığın belirtileri ve tekrarlama risklerini azaltırken iyileşmeye ulaşmayı amaçlar. İlaçların kullanımıyla, depresif hastaların %65-75'inde klinik olarak anlamlı iyileşme ve hastaların %40-50'sinde tam iyileşme sağlanmıştır. Depresif hastaların önemli bir bölümünün uzun süreli ilaç tedavisi alma ihtiyacı ve tedavi erken kesildiğinde depresyon atağı ve tekrarlama olasılığı göz önüne alındığında, ilaç tedavisine uyum önemli bir sorun haline gelir.

İlaçların yan etkileri ve yapılması gerekenler

Gastrointestinal belirtiler (bulantı, ishal, mide kanaması): Tüm hastaların yaklaşık yarısı, esas olarak tedavi başlangıcından sonraki ilk birkaç gün bulantı hissi, kusma gibi yan etkileri yaşar. İlaç yemeklerden sonra alınmalı, mide asidini arttıracak yiyeceklerden uzak durulmalı (baharatlı, turşu gibi tuzlu yiyecekler).

Kilo Alma ve Metabolik Bozukluklar: ilaç tedavisi sırasında kiloda değişiklik meydana gelebilir. Egzersiz ve spor yapmak, diyeti kontrol etmek, yağlı ve tatlı yiyeceklerden kaçınmak, sebze yiyeceklerine yönelmek, aşırı yemeyi azaltmak ve özellikle gece yemeklerini kaldırmak gerekir. Aşırı kilo alımında mutlaka doktora başvurulmalıdır.

Ortostatik hipotansiyon: Oturur ve yatar pozisyondan yavaş bir biçimde kalkmak, uzanıp dinlenmek, tutunarak yürümek, baş dönmesinin sıklık ve süresini kaydetmek. Yine de rahatsız ederse doktora bildirmek gerekir.

İdrar inkontinansı, cinsel işlev bozukluğu: İlaçların idrar kaçırma ve cinsel işlevi birçok yönden farklı şekilde etkileyebileceğini göstermektedir.

Uyku bozuklukları: Çoğunlukla tedavinin ilk günleri/haftaları ile ilişkilidir ve 8 haftalık tedaviden sonra iyileşebilir.

Duygulanım bozuklukları: Birçok hasta, donuklaşma yaşadığını bildirmiştir. Duygularını sıklıkla 'körelmiş' veya 'kısılmış' olarak tanımlarken, bazı hastalar daha önce kendileri için önemli olan sorunları 'belirsizlik' ve sadece 'umursamama' duygusundan bahsederler.

Osteoporoz ve Kırıklar: araştırma bulgularında kemik mineral yoğunluğunda bir azalma ve tutarlı bir şekilde daha yüksek kırık riski ile ilişkilendirilmiştir.

Kanama Riski: Tüm serotonerjik ilaçlar, artan kanama riski ile ilişkilendirilmiştir.

İntihar eğilimi: Depresif bozukluğu olan hastalar yüksek intihar riski altındadır ve reçeteli ilaçların aşırı dozda alınması intihar girişiminde kullanılan yaygın bir yöntemdir. Bu nedenle, tedavi boyunca intihar eğiliminin ortaya çıkmasıyla ilgili klinik izleme gerekli bir adımdır.

Yoksunluk sendromu: Tedavinin kesilmesi ve/veya kesilmesi üzerine değişen şiddet derecelerinde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasıdır. Bu belirtiler arasında grip benzeri belirtiler, titreme, çarpıntı, şok benzeri duyumlar, uyuşma, karıncalanma, kas ağrısı, kulak çınlaması, baş dönmesi, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, canlı rüyalar, bulantı kusma, ishal, kötüleşen kaygı ve duygudurum dengesizliği yer alır. Belirtiler hafif olabilirler ve 1-3 hafta içinde kendiliğinden düzelebilirler.

Ağız/boğaz kuruluğu: Su alımını artırmak, sık sık su ile ağızı çalkalamak, şekersiz sakız çiğnemek, dudaklara nemlendirici sürmek çözüm olabilir.

Kabızlık: Su alımını ve fiziksel egzersizi artırmak, sebze ya da kepekli tahıl ürünleri yemek, sabahları aç karnına ılık su içmek.

Depresyon Hastalığının Tekrarlamasının Ön Görücü Belirtileri ve İzlemenin Önemi

Depresif bozukluk tekrarlayan bir hastalıktır. Tedavi stratejileri genellikle iyileşmeye ulaşmaya ve tekrarlamayı önlemeye odaklanır. Depresyonun yüksek oranda tekrarlayan doğası göz önüne alındığında, yüksek kişisel ve toplumsal maliyetler getirir. Bu nedenle, depresyonun tekrarlamasında rol oynayan faktörleri anlamak çok önemlidir. Hastaların kendilerini “yararsız”, “karamsar”, “yetersiz”, “olumsuz” ve “anlamsız” ile karşılaştırıldığında “olumlu”, “iyimser”, “aktif”, “değerli”, “neşeli” olarak görme dereceleri depresif bir dönemden sonra yineleme ile ilişkilidir. Örneğin, depresif bozukluğun daha erken başlama yaşı, daha fazla depresif atak öyküsü, eşlik eden üzüntü, içe kapanıklık, sevinçten yoksunluk, endişe hali, ailede depresyon öyküsü, olumsuz düşünceler, kişilik (örn., yüksek kaygı, bunaltı hissi) ve daha zayıf sosyal destek, hastalığın tekrarlaması için sıklıkla belgelenmiş risklerdir. Çocuklukta kötü muameleye maruz kalma öyküsü, yetişkinlik döneminde tekrarlayan depresif dönemlerin daha fazla olasılığıyla da ilişkilendirilmiştir.

Hüzünlü ruh hali, yorgunluk, sürekli uykusuzluk, suçluluk ve düşük benlik saygısı gibi temel depresif belirtilere ek olarak, hastalar kaygı, sinirlilik, çevresel stres faktörlerine aşırı tepki, karamsarlık, umutsuzluk ve işlevsellikte bozulma gibi belirtiler yaşayabilirler. Bu ilişkili belirtiler bazı hastalar için geçici olabilir çünkü belirtiler zamanla kaybolur.

Ancak bazı hastalar için bu belirtiler devam eden tedaviye rağmen devam edebilir. Genel olarak, tedaviden sonra ne kadar fazla belirti alanı mevcutsa, tekrarlama riski o kadar yüksektir. Tekrarlamaların sık görülmesi nedeniyle uzun süreli tedaviler gereklidir.

Hastalar taburcu olduktan sonraki ilk hafta ve ilk gün özellikle yüksek riskli dönemlerdir, intihar riski fazladır. Risk değerlendirmesi, mevcut ruhsal durumun yanı sıra risk faktörlerinin (örneğin, kendine zarar verme öyküsü, ruhsal hastalığı, kendi isteği ile taburcu olması ve poliklinik randevularını kaçırmaya olasılıkları daha yüksek olması, ilaç tedavisine uyumsuzluk gibi) takibini içerir. Aile ortamının farkındalığı, riskin azalmasına katkıda bulunabilir. İntiharın önlenmesi sağlık hizmetleri için bir önceliktir ve bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin klinik iyileşme dönemlerinde bile psikiyatri hastalarındaki riskli davranışları yeterince ele alması önemlidir. Tedavi ekibinin aile ortamı da dahil olmak üzere hastane ortamı dışındaki durumlar hakkında daha fazla farkındalığa sahip olmaları ihtiyatlı olabilir. Servisler, yatan hasta ortamında en yoğun bakım düzeyini sağlamalıdır ve kaçmayı önlemek için hastayı gözetim kurallarının üzerinde durulmalıdır. Tedavi ekibi hastalık belirtilerini izlemeye dikkatli olmalı ve özellikle yaşlı hastalarda tedaviye uyumu teşvik etmelidir. Kendi taburcularını başlatanlar özellikle yüksek risk altında olabilir ve erken takipten sonra kapsamlı toplum desteği sağlanmalıdır.

DEPRESYON HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNE YÖNELİK PSİKOEĞİTİM KİTAPÇIĞI

İçindekiler

- Depresyon
- Depresyonun Görülme Yaygınlığı
- Depresyon ve Kadın Cinsiyet
- Depresyon ve Erkek Cinsiyet
- Depresyonun Nedenleri
- Depresyonun Belirti ve Bulgular
- İntihar, Tanılama süreci, Hastalık
- Hastayla Etkili İletişim, Empati ve Tedavi Ortamı
- Bakım Vericilerin Duygularını İfade Etme Biçimleri
- Aile Bireylerinin Hastaya Karşı Takındığı Olumsuz Tutumlar
- Hastanın Tedavisinde Aile Desteğinin Önemi
- Bakım Verici Yüğü
- Bakım Vericiler İçin Baş Etme Yöntemleri

DEPRESYON

- ✚ Depresyon, düşünceleri, ruh halini ve fiziksel sağlığı etkileyebilen yaygın bir kronik tıbbi hastalıktır. Düşük ruh hali, enerji eksikliği, üzüntü, uykusuzluk ve hayattan zevk alamama ile karakterizedir.
- ✚ Depresyon klinik olarak önemli ve büyüyen bir kamu sağlığı sorunudur. Depresyon, intihar riski, başkalarına zarar verme riski, boşanma dahil aile sorunları, işsizlik, evsizlik gibi mesleki ve sosyal sorunlar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilebilir.
- ✚ Dünya çapında depresyonun yüksek yaygınlığı ve tedavi edilmeyen depresyonun köklü sonuçları göz önüne alındığında depresyonu etkin bir şekilde teşhis etme ve tedavi etme

yeteneği kritik derecede önemlidir. Majör depresyonun birçok insanı etkilemesi, bireyler üzerinde büyük bir etkisi olması ve çok büyük bir ekonomik yük getirmesi, teşhisini ve yönetimini iyileştirmek için daha fazla çaba gösterilmesi gerektiği anlamına gelir. Bu ihtiyaç, özellikle sağlık bakım kaynaklarının her düzeyde sınırlı olduğu düşük ve orta gelirli ülkeler için geçerlidir.

Depresyon, genel bir hastalıktır. Herhangi bir yaş, herhangi bir cinsiyet ya da ırk ayrımı yoktur. Depresyonu olan herhangi bir kişinin bir açıklama araması çok muhtemeldir: neden ben? Çok tatmin edici olmayabilir, ancak yapabileceğimiz en iyi tanım, genetik yatkınlık ve çevresel sıkıntıların bir karışımı olacağıdır. Olağan zorluk, sıkıntılar olmadığında ve hastalar geniş mutlu bir ailede büyümüşlerse, genetik faktörlerin daha önemli olacağı tahmin edilebilir.

Ailede ciddi depresyon öyküsü, endişeli bir mizaç ve erken çocukluk çağı istismar ve/veya ihmali hastalığa zemin hazırlayan faktörlerdir. Aile öyküsü ve mizaç önemli ölçüde genler tarafından belirlenir. Hassas bir bireyde gerçek bir depresyon döneminin çöküşü, genellikle önemli bir kayıp, hayal kırıklığı veya aşağılanma ile karakterize edilen olumsuz bir yaşam olayını takip eder. Tehlikeli veya tehdit edici yaşam olaylarının kaygıyı tetikleme olasılığı daha yüksektir. Yaşam olaylarının bir depresif dönem riski üzerindeki etkisi birikimlidir ve çok güçlü bir şekilde kaygılı, kararsız kişilik özelliklerine bağlıdır.

Depresyonun Görülme Yaygınlığı

- ✚ Depresif bozukluğun, toplumda % 8 ile %12 arasında değişen yaşam boyu yaygınlığı ile en yaygın ruhsal bozukluk olduğu bildirilmektedir. Neredeyse her beş kişiden biri yaşamlarının bir noktasında bir depresif dönem yaşamaktadır. Özellikle, yüksek gelirli ülkeler (%5,5) ile düşük gelirli ve orta gelirli ülkeler (%5,9) karşılaştırıldığında, majör depresif bozukluğun 12 aylık yaygınlığı benzerdir bu da majör depresif bozukluğun ne gelişmiş ülkelerdeki modern yaşam tarzının ne de yoksulluğun basit bir sonucu olmadığını göstermektedir.
- ✚ İlk majör depresyon döneminin başlangıcı için en olası dönem, ergenliğin ortasından 40'ların ortalarına kadar uzanır, ancak yaklaşık %40'ı ilk depresyon dönemini 20 yaşından önce yaşar ve ortalama başlangıç yaşı 20'lerin ortalarındadır.
- ✚ Yaşam süresi boyunca, depresyon kadınlarda erkeklere göre neredeyse iki kat daha yaygındır.

- ✚ Tüm hastalıklar arasında ‘engellikle geçen yaşam yılları ile ölçülen kronik hastalık yüküne en çok katkıda bulunan ikinci faktördür.

Depresyon ve Kadın Cinsiyet

Cinsiyet farkının bir kısmı, özellikle çocukluk çağı istismarı ve kadınlara ve kız çocuklarına yönelik diğer şiddet gibi ciddi sıkıntılara, hormonal değişikliklere, yaygın yaşam olayları, strese maruz kalma ve strese duyarlılık, toplumsal düzeyde ölçülen toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yüksek düzeyde maruz kalma ile açıklanabilir.

- ✚ Zayıf bir ebeveyn-çocuk ilişkisi ve çocuklukta cinsel istismar gibi bağlamsal olumsuzluklar, kızlarda erken olgunlaşmayı öngörür. Bununla birlikte, ergenlikte vücut değişikliklerine tepki olarak kızların olumsuz öz değerlendirmeleri ve çevresel olumsuzluklarla etkileşimli etkilerinin de dolaylı etkileri daha olasıdır.
- ✚ Kadınlar arasında stres tepkileri, doğum kontrol ilaçları kullanımına, hamileliğe ve menopoz durumuna bağlı olarak daha da değişir. Stres tepkileri aynı zamanda stres etkeninin doğasına göre değişir; erkekler başarı zorluklarına karşı daha büyük tepkiler gösterirken, kadınlar sosyal reddedilme ve çatışmaya karşı artan tepkiler gösterir.
- ✚ Kadınların ergenlik döneminde daha fazla sayıda kişilerarası stres etkeni vardır ve bu stresörlere erkeklerden daha duyarlıdırlar. Kadınlar arasında kişilerarası ilişkilerde algılanan başarısızlık, sosyal desteğin olmaması, günlük yaşam stresine maruz kalma cinsiyete dayalı depresif bozukluk riskine önemli ölçüde katkıda bulunuyor gibi görünmektedir.
- ✚ Kız çocuklarına ve kadınlara yönelik şiddet, dünya çapında ciddi bir halk sağlığı ve insan hakları sorunudur. Cinsiyete dayalı şiddetin zihinsel, fiziksel ve üreme sağlığı üzerinde ciddi etkileri ve büyük bir ekonomik etkisi vardır. Erken dönem olumsuzluk türlerinin çoğunun yaygınlığı kız ve erkeklerde benzerdir oysa kızlar erkeklere göre daha sık cinsel istismar kurbanıdır. Dünya çapında yaşam boyu yaygınlığı cinsel istismarın kızlarda yaklaşık %18 ve erkeklerde %8 olarak bildirilmiştir.
- ✚ Kadın şiddet mağdurları, etkilenmeyen kadınlara göre iki kat daha fazla depresyon geliştirme olasılığına sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü dünya çapında kadınların %30'unun fiziksel ve cinsel eş şiddetinin kurbanı olduğunu ve %7'sinin eş dışı cinsel şiddete maruz kaldığını tahmin ediyor. Eş şiddeti depresyon bağlamında özellikle önemlidir.

Depresyon ve Erkek Cinsiyet

Yaklaşık olarak dokuz erkekte biri yaşamları boyunca majör depresif bozukluk tanısı almaktadır. Kadınların depresyon tanısı alma olasılığı yaklaşık iki kat daha fazla olmasına rağmen, erkeklerin intihardan ölme olasılığı dört kat daha fazladır, bu da birçok erkeğin teşhis edilmemiş ruhsal sağlık sorunlarına sahip olduğunu düşündürür.

Erkeklerde depresyon belirtileri arasında saldırganlık, sinirlilik, şiddet, madde kötüye kullanımı, riskli davranışlar veya bedensel şikayetler yer alabilir. Bunların hiçbiri *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında* majör depresif bozukluk için tanı kriterlerinde yer almaz. Erkeklerle özgü birçok depresyon belirtisi dışsallaştırıldığından, sadece depresif erkeklerin iyiliğini değil, aynı zamanda yaşamlarındaki bireyleri de etkiler. Şiddet veya öfkeli sözlü tepkiler gibi tepkiler, aile üyelerinde olumsuz duygulara ve travmatik tepkilere neden olabilir. Depresif erkeklerin aynı zamanda besleme, sıcaklık, duyarlılık ve katılım gibi olumlu ebeveyn davranışları sergileme olasılıkları daha düşüktür ve daha çok içine kapanık, olumsuz ve mesafeli olma olasılıkları daha yüksektir.

Depresyondaki erkekler, üzüntülerini doğrudan ifade etmek yerine, olumsuz duygularını bağırma, şiddet ve madde bağımlılığı gibi dışsallaştırılmış davranışlara kanalize edebilirler. Benzer şekilde, birçok erkek davranışlarının depresyonla ilişkili olduğunu farkında olmayabilir. Genel olarak, bu faktörler erkeklerde yardım aramanın azalmasına ve geleneksel depresif belirtilerle tanımlanan bir majör depresyon dönemi geliştirme olasılığının azalmasına katkıda bulunabilir.

Depresyon Hastalığında Risk Etmenleri

Depresyon dünya çapında toplumlar için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Birçok sosyal ve çevresel faktör majör depresif bozukluğun riski ve sonucu ile ilişkilidir.

- ❖ Demografik faktörler (örneğin yaş, cinsiyet ve etnik köken),
- ❖ Sosyoekonomik durum (örneğin yoksulluk, işsizlik, gelir eşitsizliği ve düşük eğitim düzeyi),
- ❖ Kişilerarası ilişki faktörleri (örneğin, yetersiz konut, aşırı kalabalık mahalle şiddeti ve güvenlik),
- ❖ Sosyo çevresel faktörler (örneğin, doğal afetler, savaş, çatışma, göç, ayrımcılık, işte zorluklar, düşük sosyal destek, travma ve olumsuz yaşam olayları)

- ❖ Yaşam tarzı faktörleri (örneğin, alkol kullanımı, sigara içme davranışı, yüksek yağlı veya yüksek şekerli diyet ve fiziksel hareketsizlik) olarak sınıflandırılabilir.

Depresyonun Nedenleri

Depresyonun sebebi olarak tek bir etken öne sürülemez. Depresif bozukluğun oluşmasında rol oynayan başlıca risk faktörleri 5 başlık altında incelenebilir.

1. Biyolojik Risk Faktörleri
2. Çevresel Faktörler
3. Bilişsel Risk Faktörleri
4. Maternal Depresyon Risk Faktörü
5. Ebeveyn Sorunları ve Aile İşlevleri Risk Faktörleri

1. Biyolojik Risk Faktörleri

Depresyon hastalarının birinci derece akrabaları üç kat artmış depresif bozukluk riski göstermektedir ve bu bozukluk için genetik oranı yaklaşık % 35 olarak belirlenmiştir. Hipokampal hacmin görüntüleme çalışmaları özellikle ilgi çekicidir. Bir araştırmada, hipokampal volümün depresyon hastalarında kontrollere göre tutarlı ve anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır.

Depresyon hastalarında tutarlı bir bulgu, stres hormonu kortizolünün yüksek seviyesidir. Bir çalışmada, hem önceki şiddetli enfeksiyonların hem de otoimmün hastalıkların, daha sonra depresyon geliştirme riskini artırdığını göstermiştir. Ek olarak, hepatit virüsü enfeksiyonu veya kanser tedavilerinin bir parçası olarak sitokin tedavileri alan hastalar sıklıkla depresif semptomlar geliştirir.

2. Çevresel Faktörler

Yaşam olayları ve zorluklar, depresyonun gelişmesi için tetikleyiciler olarak işlev görür. Sevilen birinin ölümü veya kaybı, sosyal desteğin olmaması veya azalması, bakıcı yükü, mali sorunlar, kişilerarası zorluklar ve çatışmalar gibi travmatik olaylar, depresyonu tetikleyebilecek stresör örnekleridir. Bununla birlikte çocukluk çağındaki yaşantılara maruz kalmaya odaklanmıştır. Bu durumlar arasında fiziksel ve cinsel istismar, psikolojik ihmal, aile içi şiddete maruz kalma veya ölüm veya ayrılma sonucunda ebeveynlerden erken ayrılma, olumsuz yaşam olaylarının sayısı ve ciddiyeti ile risk, major depresif bozukluğun riski, ciddiyeti ve kronikliği arasındaki net bilgiler açıktır.

Olumsuz çocukluk yaşantıları, çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, duygusal ve fiziksel ihmal ve 18 yaşından önce aile işlevlerinde bozulma (evde madde kullanımı, ruhsal hastalığı ve suç davranışı, ebeveynler arası şiddet, ebeveynlerin ayrılması veya boşanması) gibi etkenlerle ilişkilidir.

3. Bilişsel Risk Faktörleri

Psikolojide depresyon araştırmalarının modern tarihindeki en saygın konulardan biri, büyük ölçüde Aaron Beck'in görüşleridir. Çoğu birey olumsuzluklara önemli bir aldırış olmadan tepki verirken, Beck bazı bireylerin, özellikle kayıp ve tükenme temaları etrafında tercihli olarak olumsuz odaklanmaya ve abartmaya eğilimli olduklarını gözlemledi. Beck, depresyonun, kendine, dünyaya ve geleceğe aşırı derecede olumsuz bir şekilde bakmaktan kaynaklanan, duygusal, bilişsel, davranışsal ve biyolojik belirtilerle birlikte, ruh halinin yanı sıra önyargılı düşünme bozukluğu olduğunu varsaydı.

Bireylerin farkında olmadan katı ve aşırı genellenmiş ifadeleri içeren şemalar, belirli bir stres içeren durumla karşılaşıldığında aktif hale gelir ve doğrudan kişinin nasıl tepki vereceğini etkiler. Erken dönem uyumsuz şemaların, özellikle soğuk, reddedici ve aşırı kontrolcü ana-baba algılamalarının, depresyon, kaygı ve yeme bozukluğu gibi psikolojik belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir.

4. Maternal Depresyon Risk Faktörü

Depresif bir ebeveynin, özellikle depresif bir annenin çocuğu olmak, depresyon için güçlü bir risk faktörüdür. Goodman ve arkadaşları (2011) depresyonlu annelerin 20 yaşına kadar olan çocukları üzerinde yapılan çalışmanın sonuçları ve depresif annelerin çocuklarının yaklaşık %68'inin içselleştirme sorunları açısından ortalama olarak depresyonda olmayan bir annenin çocuğuna göre daha kötü olduğu sonucuna varmıştır. Araştırmalar ayrıca depresif ebeveynlerin çocuklarının sosyal, kişilerarası, akademik ve sağlık sorunları olduğunu göstermiştir.

5. Ebeveyn Sorunları ve Aile İşlevleri Risk Faktörleri

Anne gebelik depresyonun çocuklarda güvensiz bağlanma üzerindeki etkilerine dair önemli bilgiler, ebeveyn işlev bozukluğunun çocukların olumsuz sonuçlarının anahtar bir mekanizması olduğunu düşündürmektedir. Çocuklarda, anne depresyonu ile güvensiz bağlanma arasındaki bu ilişki, depresif belirtilerin, ebeveyn duyarlı ve tutarlı beslenmenin bozulması üzerindeki etkilerinin altını çizmektedir. Ebeveynlerin altında yatan duygusal, bilişsel ve sosyal güvenlik açıklarının yanı sıra bu tür belirtiler, çocukların iyi olma halini ve

etkililiğini baltalayan ebeveyn sıcaklığını, duyarlılığını, izlemesini ve disiplini engeller. Daha da önemlisi, depresif bir anne tipik olarak stresli bir annedir ve dikkatini, motivasyonunu ve organizasyonunu daha da etkiler. Özellikle bebekler ve küçük çocuklar için çevresel stres anneden geçer ve annenin bakımının kalitesi çocuğun gelişimi üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir.

Evlilik sorunları ebeveyn depresyonu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve aile işlevlerinin bozulmasına ve çocukların rahatsızlıklarına katkıda bulunur. Hammen ve arkadaşları (2004) depresif bir annenin olduğu ailelerde yüksek düzeyde evlilik ve çocuk ebeveyn çatışması bulmuştur; özellikle bu koşullar altında gençlerin depresyonu olası olduğu, ancak çatışma düşükse, o zaman gençlerin depresyona girme olasılığı, depresyonu olmayan annelerin çocuklarına göre daha fazla olmadığını bulmuşlardır.

Depresyonun Belirti ve Bulguları

Bir kişi, hemen hemen her gün aynı 2 haftalık süre boyunca mevcut olması gereken ve önceki işlevlerinden bir değişikliği temsil etmesi gereken aşağıdaki semptomlardan beşini (veya daha fazlasını) gösterecektir:

- Depresif ruh hali *
- Faaliyetlerin hepsine veya hemen hemen tümüne yönelik ilgi veya zevkin belirgin şekilde azalması *
- Diyet yapmadığınızda önemli ölçüde kilo kaybı, kilo alma veya iştahta azalma veya artış
- Uykusuzluk veya aşırı uyku
- Hareketlerde, düşüncelerde ve karar vermede yavaşlama
- Yorgunluk veya enerji kaybı
- Değersizlik duyguları veya aşırı veya uygunsuz suçluluk; yani sadece kendini suçlama veya hasta olmakla ilgili suçluluk değil
- Dikkatini toplamada güçlük çekme, odaklanamama, karasızlık
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri (sadece ölme korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi; kişi intihar girişiminde bulunmuşsa veya intihar etmek için belirli bir plan yapmışsa

Hastayla Etkili İletişim, Empati ve Tedavi Ortamı

İletişim, ruh sağlığı bakımında merkezi bir rol oynar. Etkili iletişim, daha yüksek hasta memnuniyeti, daha iyi hastalık anlayışı ve tedaviye bağlılık ve doktora güveninin artması dahil olmak üzere daha iyi sağlık sonuçlarına yol açar.

Empati, bir başkasının duygularını anlama ve paylaşma yeteneği, hasta bakımının temel bir yönüdür. Bir sağlık uzmanı tarafından bir hastaya gösterilen empati hastayı anlamayı, bu anlayışı iletmeyi ve bu paylaşılan anlayışa göre yararlı bir şekilde hareket etmeyi içerir. Empati yoluyla, hastaların uyumunu, memnuniyetini, klinik sonuçlarını iyileştirmek mümkündür. Empati, bireyin ne söylediğini, yaptığını, gördüğünü ve duyduğunu görselleştirme yoluyla bilinen bilgileri sentezler. Daha sonra, bireylerin endişelerine, korkularına ve hayal kırıklıklarına, isteklerine ve ihtiyaçlarına ve onları neyin mutlu ettiğine odaklanmaktadır.

- ✓ Hastalar kendi durumları ile bireysel olarak değerlendirilmeli ve onları hiçbir şey yapmaya zorlanmamalıdır.
- ✓ Etkili sözlü veya beden dili ile hastaları konuşmaya devam etmeye teşvik edilmesi önemlidir. Hastayla iletişimde mümkün olduğunca göz teması, jest ve mimiklere dikkat edilmeye çalışılmalıdır.
- ✓ Tüm iletişim sürecinde ilgili bir tavır almaya çalışılması önemlidir.
- ✓ Hastaları gözlemlemek önemlidir. Hastayla daha fazla zaman geçirmek ve onları iletişimden çok önce gözlemlemek iletişimle ilgili engelleri ortadan kaldırır.
- ✓ Etkili iletişim için çevre düzenlemesi önemlidir. Hasta üzüntülü ise uygun bir ortamda iletişim kurmak daha kolay olabilir. Hasta kalabalık bir ortamda kendini rahat hissetmeyebilir, bu nedenle kendini daha sakin hissedebileceği bir yerde sohbet etmek daha uygun olacaktır.

Bakım Vericilerin Duygularını İfade Etme Biçimleri

Duygu ifadesi, yakın kişilerarası ilişkilerin birkaç temel yönünü kapsayan bir yapıyı ifade eder. Bir aile üyesinin bir bozukluğu veya bozukluğu olan bir akrabasına yönelik eleştirel, düşmanca veya duygusal olarak aşırı ilgili tutumlarını yansıtır. Düşük duygudurum ifadesi aile üyelerinin karakteristik tarzı, hoşgörülü, müdahaleci olmayan ve hasta ihtiyaçlarına duyarlı olarak tanımlanır. Buna karşılık, yüksek duygudurum ifadesi aile üyelerinin, hastaların sorunlarına tahammülsüzlüğe, müdahaleciliğe ve zorluklarla başa

çıkma stratejilerinde uygunsuz ve esnek olmayan stratejilerin kullanımına eğilimli olduğu anlamına gelmektedir.

Duygu ifadesi “Evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması, hastaya karşı düşmanlığın varlığı ya da yokluğu, hastaya karşı yakınlığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakarlık, müdahalecilik göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastanınkinden ayıramama şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım vericilerin duygu ifadesinin değerlendirilmesi ile ruhsal hastalığın sorumluluğunu alan aile bireyinin başa çıkma stratejisinin ve aile içinde hastanın nasıl etkilenebileceğinin tespit edilmesi hastalığın tekrarlamasının önlenmesi için önemlidir.

Aile Bireylerinin Hastaya Karşı Takındığı Olumsuz Tutumlar

Aile bireylerinin hasta ile olan ilişkilerinde geliştirdikleri sağlıksız tutum ve davranışlarından en sık görülenler şunlardır:

Eleştirel tutum: Hastanın davranışını onaylamamaya ya da beğenmemeye işaret eder. Sabah kalkamayan, düzenli yıkanmayan veya ev işlerine katılmayan hastalar tembel ve bencil olmakla eleştirilir; ne yazık ki, bu bağlamda bakım verenler, bunların hastalığın belirtilerinin potansiyel belirtileri olabileceğini anlayamamaktadır. Örneğin aile üyeleri, hastanın kendisini hayal kırıklığına uğrattığını, kasıtlı olarak sorun yarattığını, aile bireylerinin sabırlı olduğunu, onunla yaşamının daha zor olduğunu, hastanın tavsiyelerine kulak asmadığını veya uymadığını artan bir ses tonuyla ifade edebilir.

Düşmanlık: Öfke ve kızgınlık eleştirel yorumların bir sonucudur ve hastanın reddedilmesine yol açar. Düşmanlık, hastayı reddeden genel eleştiriler veya tutumlarla ifade edilir. Bazı aile bireyleri hastanın hasta olduğu gerçeğini yadsıyarak ya da görmezden gelerek ondan sağlıklı bir bireyden beklenebilecek işlevleri beklerler. Doğal olarak hasta birey bu beklentiye karşılayamaz ve bu durum aile içinde çatışmaya neden olur. Örneğin, bakım verenler, hastanın kendileri için sorun yarattığını, hastadan uzak yaşamak istediğini, hastaya bağırıldığını, çabuk sinirlendiğini ve huzursuzluk yarattığını, hastanın kendini kontrol edebildiğini belirtir. Örneğin, olumsuz ses tonuyla birlikte “bütün gün oturup bakması hoşuma gitmiyor” veya hastanın reddi; örneğin, “Ondan nefret ediyorum. ... o bir kaybeden, o değersiz”.

Duygusal aşırı ilgi: Aşırı duygusallık, aşırı kendini feda etme, aşırı hastayla özdeşleşme ve hastaya karşı aşırı korumacı davranışlarla kendini gösterir. Duygusal aşırı ilgi, en yaygın olarak ebeveynler, özellikle anneler ve bazen babalar tarafından, ancak

nadiren diğerk akrabalar tarafından gösterilir. Örneğın, bakım verenler her şey için kendilerini suçlarlar, her şeyin kendi suçu olduğunu düşünürler; acıma, hastanın günlük aktivitelerini yapmasına izin vermeme, kendini ihmal etme, hastanın ihtiyaçlarından ziyade daha az önemli kişisel ihtiyaçları verirler. Örneğın, “Bana ihtiyacı olduğunda yanında olabilmek için arkadaşlıklarımın çoğunu bıraktım”).

Sıcaklık: Hasta hakkında konuşurken bakım verici tarafından ifade edilen nezaket, endişe ve empati temelinde değerlendirilir. Gülümseme ile birlikte büyük ölçüde ses özelliklerine bağlıdır, bu genellikle hasta yakınları tarafından empatik bir tutumu sergiler. Sıcaklık, ailede düşük duygu dışavurumunun önemli bir özelliğidir. Örneğın, bakım vericiler, hastanın herkesle iyi geçinmeye çalıştığını, çok mantıklı düşündüğünü, onunla anlaşmanın kolay olduğunu, onun etrafındaki kişilerle iyi olduğunu, hastanın hastalığı öncesi kişiliğinin hastanın davranışına uygun olmadığını söylerler.

Pozitif uyarılar: Olumlu saygı, hastanın davranışı için takdir veya desteğı ifade eden ifadelerden ve bakıcı tarafından sözlü/sözsüz pekiştirmeden oluşur. Örneğın, aile, hastaya çok yakın hissettiklerini, hastanın günlük işleyişindeki az çabasını veya girişimini takdir ettiklerini, hastayla başa çıkabildiklerini ve onunla birlikte olmaktan keyif aldıklarını belirtirler.

Hastanın Tedavisinde Aile Desteğinin Önemi

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların modern gelişimi ve kurumsuzlaştırma hareketinin yükselişinden bu yana, aile üyeleri ruhsal bozukluğu olan akrabaların bakımından giderek daha fazla sorumlu hale gelmiştir. Aileler hayati bir sosyal destek kaynağı olmasına rağmen, bakımla ilgili sorumluluklar genellikle evde bakım verenlerin ve potansiyel olarak tüm aile üyelerinin fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlıklarını etkileyen önemli bir stres yaratır.

Sosyal destek, akıl hastalığından etkilenen ailenin refahı için önemlidir. Ciddi ruhsal hastalığı olan kişiler genellikle ürkütücü, rahatsız edici, yıkıcı veya rahatsız edici davranışlarda bulunabilir ve birçok hasta yakını bu davranışları kontrol etmek, yönetmek veya hoş görmek zorundadır. Bu nedenle, psikiyatri uzmanları genellikle bir hastanın aile üyelerini destek insanları olarak görürler çünkü hasta ile ilgili bilgi sağlayabilirler ve evde yardımcı terapist olarak hareket edebilirler. Aile üyelerinin sosyal ve psikolojik durumlarının iyi olması gerekir. Bir aile üyesinin işlevinin azalmasının diğerk üyelerin yüküne katkıda bulunduğu ve bunun da diğerk aile üyelerinin hastaya karşı eleştirel bir tavır

almasına neden olduğu bildirilmektedir. Bu tür eleştiriler bazı durumlarda hastanın hastalığının tekrarlamasına veya ailenin hastanın rahatsız edici davranışları karşısında bunalmış hissetmesine yol açabilir.

İyileşme sürecinde aile üyelerinin hastalığa ve hasta kişiye karşı tutumu önemlidir. Can sıkıcı aile koşulları iyileşmenin önündeki engellerdir. Aile üyeleri, akıl hastalığı olan bireylere benzer şekillerde acı çeker. Ailenin hastalar için kritik bir destek kaynağı oluşturduğu düşünüldüğünde, bakım planlaması ve koordinasyonunda aile katılımına daha fazla vurgu yapılmalıdır. Psikiyatri hastalarının aileleri, hastalıklarının getirdiği değişim ve hastalıkla ilgili kendi duyguları ile üyelerinin hastalıkları boyunca mücadele eder. Geçmişte akıl hastalarının yaşadığı birçok sorundan aileler sorumlu tutuluyordu ve bu kusur algısı değişse de, akıl hastalığı ortaya çıktığında aileler hala felaket bir olay yaşıyor.

Bir aile üyesinin hastalığına ilişkin aile kavramları, başa çıkma sürecinin önemli bir parçasıdır ve hastalık deneyiminin kültürel yapısını ortaya çıkarır. Aile üyeleri, birey ile mevcut sağlık hizmetleri arasında sürekli teması teşvik etmekten de sorumludur. Bu, tedaviyi reçete eden sağlık uzmanı ile tedaviyi kabul etmeye isteksiz olduğu iddia edilen bir hasta arasındaki 'anlaşmalara' aracılık etmek, kriz durumlarını yönetmek ve evde bakımda bir durumun artık yönetilemeyeceği durumlarda acil servise ne zaman başvurulacağına karar vermek, etkilenen bireylerin değerlendirilmesini ve mevcut doktorlara, hastanelere veya sağlık hizmetlerine sevk edilmesini içerir. Tüm aile üyeleri, bu sorunları yeterince ele almak için yapısal, mali ve duygusal kaynaklara sahip değildir. Ancak, destek ağları, inanç sistemleri ve alternatif tedaviler yardımıyla bir şekilde yaşadıklarını anlamlandırmaları, acılarını ve beklentilerini yönetmeleri ve hastalıkla yaşamaları gerekir.

Hastaların bakımından sadece aile üyeleri sorumlu değildir. Ruhsal hastalıklı bireylerin bakımı çok yönlü sorumluluk gerektirir. Hastalığın akut fazında sağlık personelinin özellikle de hemşirelerden bakım almaları gerekir. Hasta ve ailelerine yaklaşımda değişik yöntemler uygulanabilir. Bunlar ev ziyaretleri yolu ile ya da hastaneye yatan hastaların ailelerine yönelik toplantılar, bireysel aile görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Hasta ve ailesinin birlikte değerlendirilmesi, baş etme ve destek kaynaklarının etkin şekilde kullanılabilmesi için profesyonel bir yardımın verilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle psikiyatri hemşiresinin bakım vericilerinin, sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerini belirleyerek aileyi kendi koşulları içerisinde güçlendirmesi gerekmektedir. Ailelerle çalışırken esnek bir tutum sergilenmelidir. Aileye eğitim ve destek grupları yanında stresle başa çıkmalarına yardımcı olabilecek yöntemler, psikoeğitimler

uygulanabilir. Hemşire hastayı ve hasta ailesini değerlendirdikten sonra en uygun yaklaşımın ne olacağını belirlemeli, ancak her aile için sorunların taşıdığı önceliklerin farkında olmalıdır. Hastanın davranışları ve hastalıkla ilgili yanlış inançların değiştirilmesi konusunda aileye yardım edebilir.

Bakım Verici Yüğü

Küresel olarak, herhangi bir zamanda 450 milyon insanın akıl hastalıklarından etkilendiğı tahmin edilmektedir. Bunların 121 milyonu depresyonlu, 24 milyonu şizofrenili ve 37 milyonu demanslı olduğı varsayılmaktadır. 2030 yılında küresel hastalık yükünün HIV/AIDS, depresif bozukluklar ve iskemik kalp hastalığı engelliliğın önde gelen üç nedeninin olacağı tahmin edilmektedir. Akıl hastalarına bakma yükü, gerekli tüm desteğı sağlayan aile üyelerine düşmektedir. Aile üyeleri hastanın ruhsal hastalığının yükünün çoğunu taşır ve bu onları psikolojik ve sosyal olarak etkiler. Ruhsal hastalık, hastanın aile bireylerinde yaşam kalitesinin düşmesi, hasta ve hastaya bakan aile için sosyal mesafenin artması gibi çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilir. Akıl hastalığı olan akrabalarına bakan aile üyeleri, akıl hastası olanlarla ilişkilerinin bir sonucu olarak damgalanmış hissettiklerini bildirmektedir.

Kronik ruhsal hastalıklar, yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda onlara bakım sağlayan aile üyeleri için de çok fazla stresin nedenidir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğı, tasarlanmış bakım merkezlerinden ziyade aile üyeleriyle birlikte yaşar. Bakım verici yükü, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortak bir zorluktur. Ailede ruhsal hastalığı olan bireylerin varlığını kabul etmeleri aile üyeleri açısından oldukça zordur. Aileler, hastasına bakım verirken çeşitli stresörler ve durumlarıyla baş etmekte güçlük çekerler ve sıklıkla utanç, suçluluk, kendini suçlama, ekonomik duygusal ve psikolojik sıkıntılar yaşarlar, bu durum aile üyelerinin iyi oluşlarını etkiler.

Aile, psikiyatrik hastanın içinde yaşadığı ve bakıldığı sağlık yelpazesinde gizli bir sağlık sistemidir. Düşük yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi, akıl hastalarının ailelerine bakım verenlerde her zaman görülmektedir. Ailede hastalara bakım sağlamak, aileler için büyük zorluklara yol açmıştır. Aileler, hastaların sorunlu ve karmaşık davranışlarını ele almak için mevcut kaynakların tam olarak farkında değiller, ancak tipik olarak suçluluk, kafa karışıklığı, keder ve duygusal sorunlarla boğuşuyorlar. Psikiyatrik hastanın ailelerinde bakım verme, hoşgörü veya özerklik eksikliği; hastanın tedaviyi duyarlılığı ve kabulü; aile üyelerinin hayatlarındaki beklenmedik ve şaşırtıcı değişiklikler nedeniyle bu hastalarla

yaşama mücadelesi; evde akıl hastası için sürekli bakım sağlamak; hastalığın tekrarlanması nedeniyle sürekli hastaneye yatış; bir doktorla sürekli temas halinde olmamak; ilacın keyfi olarak kesilmesi; sosyal izolasyon; sosyal destek eksikliği; çalışma yeteneği kaybı; ailenin maddi yetersizliği; hastanın yıkıcı davranışlarıyla yüzleşmek için gereken özen ve eğitim eksikliği; hastanın toplumdaki davranışının yasal sorunlarıyla yüzleşmek; ailede hastalığın varlığını bilmenin utancı ve ailedeki kişilerarası ilişkilerde değişiklik yaşamak ailede stres oluşturan faktörlerdir. Bu tür zorlamalar ve yük, tedavi edilmezse, aile üyelerinde zayıf fiziksel ve zihinsel sağlıkla sonuçlanabilir. Sonuç olarak, bu yük bakım verme kalitesini düşürebilmekte ve bakım verenlerin kendilerinin ruh ve beden sağlıklarını tehlikeye atabilmektedir. Bu nedenle eğitim, destek, psikoterapi, dinlenme gibi müdahaleler bakım veren yükünün azaltılmasında etkili olabilir. Bu müdahaleler, bakım verenlerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarının yanı sıra bakım verme kalitesini de artırır. Ruh sağlığı kurumları, akıl hastalarının tüm aile üyelerine, akıl hastalığına yönelik bilgi ve tutumlarını geliştirmek için psiko-eğitim programları sağlamalıdır.

Bakım Vericiler İçin Baş Etme Yöntemleri

Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarla ilgilenmek, başka hastalıklardan muzdarip insanlarla ilgilenmek kadar basit değildir. Uygun baş etme yöntemlerinin kullanılması, aile üyelerinin streslerini azaltmalarına yardımcı olabilir. Baş etme, bireyin içsel veya dışsal olarak karşılaştığı stres durumlarında kullanılan çeşitli düşünme ve davranış biçimlerini ifade eder. Baş etme, çeşitli nedenlerle bir aileden diğerine farklılık gösterir. Hastalığının belirti ve bulguları ile baş etmek genellikle uzun, karmaşık ve sıkıntılı durumlar gerektirebilir. Aşırı sorumluluk yüklenmiş bakım vericiler, daha az etkili başa çıkma stratejileri kullanır, daha sık fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları bildirir ve hizmetleri daha sık kullanır. Ruhsal hastalığı olan aileye yardım edebilmek için, ailenin stresli durumla nasıl başa çıktığını bilmek önemlidir.

Baş çıkma stratejilerinin iki ana işlevi vardır:

- ✓ Problem odaklı başa çıkma; problemin kaynağıyla ilgilenmeyi amaçlar ve çoğu zaman çözüm üretmeye çalışmayı içerir. Bu, sorunun nedenleri hakkında daha fazla ayrıntı elde ederek ve yeni problem çözme becerileri geliştirilerek geliştirilebilir.
- ✓ Duygu odaklı başa çıkma; stres etkeniyle ilişkili duyguları azaltarak, hafifleterek ve/veya en aza indirerek stres algısına verilen duygusal tepkiyi kontrol etmeyi amaçlar.

Ruh sağlığı hizmetleri kapsamında bakım verenlerin ihtiyaçlarına y6nelik m6dahalelerin planlanabilmesi için bakım verenlerin bakım s6recindeki deneyimlerinin belirlenmesi 6nemlidir. Aile bireyinin hastalığının iyileşmeyeceğine inanan ve hastalığın belirtilerinin şiddetli olduğu durumlarda tedavinin etkisinin yetersiz kalacağına inanan aileler diğer ailelere g6re daha fazla stres yaşamaktadır.

Aile 6yelerinin hastayla baş etmedeki zorluklarını ele almak için toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi 6nemli bir rol oynamaktadır. Bu hizmetlerde hastaları topluma geri d6nmeye veya aileleriyle birlikte yaşamaya hazırlamak için ciddi bir rehabilitasyon programı sunulmaktadır. Aile 6yeleri, uzun s6reli rahatsızlıkları olan hastalar için değerli bir kaynak olması ve hastaların desteklenmesinde 6nemli bir rol oynamaktadır. G6l6 aile bağları ve geniş aile ağının sosyal destek rol6, aile 6yelerinin algılanan y6k6n6 azaltabilir. Bakım vericilerin durumu ve karşılaştıkları zorluklar hakkında aile 6yeleriyle diyalog başlatmak, hastalara ve ailelerine soru sormaları için yeterli zaman vermek, tedavi ve bakım planlarına aile 6yelerini dahil etmek, hastalığın doğasını anlatmak, hangi ilaçları aldığı ve yan etkileri olabileceği, hastalığın uzun vadede nasıl gelişebileceği veya zor durumdayken hastalarını nasıl y6netebileceklerine y6nelik eğitim ihtiyaçlarına 6nem verilebilir. Genel olarak, aile m6dahaleleri, çeşitli iletişim stratejilerini, problem 6zme, stres y6netimini ve hastalığın y6netimi hakkında psikoeğitim içerir.

Kronik hastalıkların tedavileri prensip olarak 6lkemizde de toplum temelli olmaya başlamıştır. Bu durumda bakım sağlayan kişilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda 6nceden bilgilendirilmeleri, baş etme stratejileri geliştirmeleri, bakım vericilerin karşılaştıkları g6l6klerde başvurabilecekleri, yardım alabilecekleri, soru sorabilecekleri danışma merkezleri, dernekler, toplulukların oluşturulması 6nemlidir. Ancak 6lkemizde rehabilitasyon programları icin ayrılan kaynaklar yetersizdir ve artırılmalıdır. Bakım vericiler için başetme y6ntemleri arasında aileleri tedavi ve y6netim s6recine dahil etmek bakım s6recinin bir uyumu olmalıdır. Ayrıca, bakım y6k6n6 hafifletmeye y6nelik anlamlı programlar geliştirilmeli ve y6nlendirilmelidir. Bunlar arasında hastalara aile ile ortak bir Şeyler yapmak, sorumluluk verme, halk eğitimi kurslarına başvurma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'de yaygın olarak sunulan sosyal beceri eğitim gruplarına katılma gibi y6nlendirmeler olabilir.

T.C.

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Bakım Verici Psikoğitiminin Depresyon Hastalarının İyileşme Düzeyleri ile Bakım Vericilerin Aile Yükü ve Duygu Dışavurumuna Etkisi” başlıklı Doktora tezindeki 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.

Şerife ÖZTABAN

08 / 02/ 2024