



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIMDA ÇOCUĞUNA BAKIM VEREN ANNELERE
YÖNELİK MÜDAHALE TEKNİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Buğçe BOZÇALI

Lefkoğa

Haziran, 2024

Buğçe Bozçalı

**YOĞUN BAKIMDA ÇOCUĞUNA BAKIM
VEREN ANNELERE YÖNELİK
MÜDAHALE TEKNİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS

2024

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIMDA ÇOCUĞUNA BAKIM VEREN ANNELERE
YÖNELİK MÜDAHALE TEKNİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Buğçe BOZÇALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Eş Danışman




Yrd. Doç. Dr. Buse Keskindağ

Lefkoşa

Haziran, 2024

Onay

Buğçe BOZÇALI tarafından hazırlanan “Yoğun Bakımda Çocuğuna Bakım Veren Annelere Yönelik Müdahale Tekniğinin İncelenmesi” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğ u ile ilgili Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak 11/06/2024 tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Juri Başkanı:	Prof. Dr. Aşkın Kiraz	
Juri Üyesi:	Yrd. Doç. Dr. Ayşe Buran	
Danışman:	Doç. Dr. Meryem Karaaziz	

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

25.16.2024



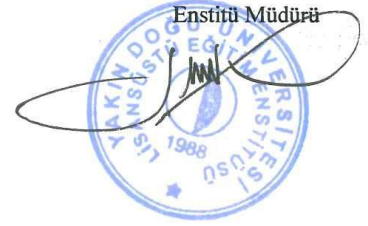
Doç. Dr. Meryem Karaaziz
Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../...../ 2024

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü



Etik İlkelerine Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan YDÜ/SB/2023/1644 onay sayısı ile Tarih tarihinde etik kurul izni alınmıştır.

Buğçe BOZÇALI**21/05/2024**

Teşekkür

Bu yolculukta bana olan inancını hiç kaybetmeyen bana yol gösteren ve tezimin her aşamasında bilgi birikimi ile bana destek olan her yanına her gittiğimde beni yüksek enerjisi, güler yüzü ve samimiyeti ile karşılayan danışman hocam Doç.Dr.Meryem Karaaziz'e, İstedğim her zaman ulaşabildiğim, bu yolda kendi bilgi ve deneyimlerini hiç esirgmeden güven ve samimiyetle destek olan eş danışmanım Yrd. Doç. Dr Buse Keskindağ'a çok teşekkür ederim.

Hastane sürecini benim için stressiz kılan her zaman tüm sorularıma bıkmadan cevap veren desteğini hiç esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Hakan Tekgüç'e çok teşekkür ederim.

Yaşamımın her aşamasında olduğu gibi, tez çalışmam sırasında da bana verdikleri sonsuz moral, sevgi ve destekleri için canım annem Sema Bozçalı'ya, babam Sedat Bozçalı'ya, ablam Burcu Avcu'ya, eniştem İbrahim Hakkı Avcu'ya ve biricik yeğenim Sait Murat Avcu'ya yoğun ve stresli zamanlarımda yanımda olup elinden gelen tüm desteği sağlayan MHZ ye içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, tüm tez çalışmam süresince bana güvenen destek veren, dostlarıma da teşekkür ederim.

Buğçe BOZÇALI

Özet

Yoğun Bakımda Çocuğuna Bakım Veren Annelere Yönelik Müdahale Tekniğinin İncelenmesi

Buğçe BOZÇALI

Yüksek Lisans Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

21.05.2024, 87 sayfa

Bu çalışmada çocukları yoğun bakımda tedavi gören onlara bakım veren annelere destek amaçlı kısa bilişsel davranışçı terapi yönelimli müdahale tekniğinin etkisinin gözetlenmesi amaçlanmıştır ve bu amaç doğrultusunda saha araştırması gerçekleştirilmiştir. Uygulanan Kısa Bilişsel Davranışçı Terapi yönelimli müdahale tekniğinin etkisini ölçebilmek için bu çalışmada zayıfsal deneysel desen tek grup ön-test son-test ve çalışma deseni ile ilgili olarak amaca yönelik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma KKTC Lefkoşada bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin Çocuk Yoğun Bakım servisinde yatan çocukların bakım vermekle yükümlü olan anneler; örnekleme ise aynı hastanede yoğun bakım servisinde çocuklarına bakım vermekle yükümlü olan 22 anne oluşturmaktadır. Katılımcılardan verilerin toplanabilmesi amacıyla onamlarının alınmasının ardından katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacı ile Kişisel Bilgi Formu, Hasta Sağlık Anketi PHQ-9 (depresyon) ve Olayların Etkisi Ölçeği (IESR) kullanılmıştır. Kullanılan ölçekler dışında seans planlaması kapsamında otomatik düşünce formu ve nefes egzersizleri katılımcılara uygulanmak üzere hazırlanmıştır. Bu formun verileri müdahale tekniği kapsamında yüz yüze toplamda 3 defa; ön test, son test ve izleme olacak şekilde bire bir oturumlarda elde edilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinin yapılmasında SPSS 27.0 yazılımı kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; PHQ-9 ön test, son test ve izleme testi puanları arasında anlamlı farklılık bulunduğu (ortalama anlamlı derecede azalmıştır); IESR yeniden yaşama alt boyutunda ön test, son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık bulunduğu (ortalama anlamlı düzeyde azalmıştır); IESR ölçeği kaçınma alt boyutunda ön test-son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık olmadığı; IESR ölçeği aşırı uyarılma alt boyutunda ön test-son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık olmadığı; IESR ölçeği ön test, son test ve izleme testinde toplam puanları arasında

anlamli farklilik bulunduğu (ortalama anlamli derecede azalmıştır) belirlenmiştir. Çalışmanın sonunda kısa süreli müdahale tekniğinin psikolojik belirtileri azaltmada yardımcı olduğu söylenebilir. Bununla birlikte gelecekteki araştırmaların daha büyük örneklem grubuna kontrol grubunu dahil ederek müdahale tekniğinin etkinliğini test etmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: BDT, müdahale, çocuk yoğun bakım.

Abstract

Examination of the Intervention Technique for Mothers Caring for Their Children in Intensive Care Unit

Buğçe BOZÇALI

MSc, Department of Clinical Psychology

20.05.2024, 87 pages

In this study, it was aimed to observe the effect of a short cognitive behavioral therapy-oriented intervention program to support mothers who care for their children being treated in intensive care. In order to measure the effect of the implemented Brief Cognitive Behavioral Therapy-oriented intervention program, this study used a weak experimental design, single group pre-test post-test and purposeful sampling method regarding the study design. The participants were recruited from Dr. Burhan Nalbantoglu Hospital in Nicosia, TRNC. The sample consists of 22 mothers who are responsible for caring for their children in the intensive care unit of the same hospital. After obtaining consent from the participants to collect data, the Personal Information Form, Patient Health Questionnaire PHQ-9 (depression) and Impact of Events Scale (IESR) were used to learn the personal information of the participants. Apart from the scales used, automatic thought forms and breathing exercises were prepared to be implemented to the participants during one to one session. The data were collected face to face at 3 time points (i.e, pre-test, post-test and two weeks-follow up) SPSS 27.0 software was used to perform statistical analysis of the research data. According to the results obtained; There was a significant difference between PHQ-9 pretest, posttest and follow-up test scores (the average decreased significantly); There was a significant difference between the pre-test, post-test and follow-up test in the IESR re-experiencing sub-dimension (the average decreased significantly); There was no significant difference between the pre-test, post-test and follow-up test in the IESR scale avoidance sub-dimension; There was no significant difference between the pre-test, post-test and follow-up test in the IESR scale hyperarousal sub-dimension; It was determined that there was a significant difference (the average decreased significantly) between the total scores of the IESR scale pre-test, post-test and follow-up test. At the end of the study, it can be said that the short-term intervention program helped reduce psychological symptoms.

However, it is recommended that future studies should test the effectiveness of the intervention program by including a control group in a larger sample group.

Keywords: CBT, intervention, pediatric intensive care.

İçindekiler

Onay	Error! Bookmark not defined.
Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı	II
Teşekkür.....	III
Özet	IV
Abstract	VI
İçindekiler	VIII
Tablolar Listesi	XI
Şekiller Listesi.....	XII
Kısaltmalar	XIII
BÖLÜM I.....	1
Giriş.....	1
Problem Durumu	2
Araştırmanın Amacı	3
Hipotezler	3
Araştırmanın Önemi	3
Sınırlılıklar.....	4
Tanımlar	4
BÖLÜM II.....	6
Kavramsal Temeller	6
Yoğun Bakım	6
Çocuk Yoğun Bakım	6
Çocuk Yoğun Bakım Yatış Nedenleri	6
Yoğun Bakımın Çocuk Üzerindeki Etkileri	7
Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri	7
Çocuğun Yoğun Bakımda Yatışının Ebeveyn Üzerindeki Etkileri	8
Kaygı.....	9
Anksiyete	9
Depresyon	10
Stres	11
Bakım Yüğü.....	13
İyi Oluş	14
Duygu Dışavurumu.....	14

Müdahale Türleri	15
BDT	15
Farkındalık Müdahaleleri.....	16
Kişilerarası Psikoterapi	16
Müdahale Tekniklerinin Geliştirilmesi.....	17
Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)	18
BDT'nin Gelişimi ve Kuramsal Temeli	18
BDT Temel İlkeler	19
Bilişsel Şemalar	20
Bilişsel Davranış Modeli ve Temel Varsayımlar	20
Bilişsel Çarpıtmalar	21
BDT Teknikleri	22
Bilişsel Teknikler.....	22
Otomatik Düşüncelerin Tanımı ve Açığa Çıkarılması	22
Otomatik Düşünce Kayıtları	22
Otomatik Düşünceleri Doğrulama ve Gerçekliği Test Etme	23
Yönlendirilmiş Sorgulama.....	23
Olumsuz İnançların Değiştirilmesi	23
Davranışsal Teknikler.....	23
İnançlar	23
Nefes egzersizi	24
Gevşeme.....	24
İlgili Araştırmalar	25
BÖLÜM III	28
3. Yöntem.....	28
Araştırma Modeli	28
Çalışma Grubu.....	28
Veri Toplama Süreci	30
Veri Toplama Araçları.....	31
Kişisel Bilgi Formu	31
Hasta Sağlık Anketi.....	31
Olayların etkisi ölçeği (IES-R).....	33
Veri Analizi	34

Çalışma Planı.....	35
BÖLÜM IV	36
4. Bulgular.....	36
BÖLÜM V	42
5. Tartışma	42
BÖLÜM VI.....	46
6. Sonuç ve Öneriler.....	46
Kaynakça.....	48
Ekler	59
Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	59
Ek 2. Hastane Kurum İzni	60
Ek 3. Katılımcılar İçin Aydınlatılmış Onam ve Bilgilendirme Formu.....	61
Ek 4. Kişisel Bilgi Formu.....	63
Ek 5. Hasta Sağlık Ölçeği PHQ-9 (Depresyon)	65
Ek 6. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R).....	66
Ek 7. Hasta Sağlık Ölçeği Kullanım İzni	67
Ek 8. Olayların Etkisi Ölçeği Kullanım İzni	67
Ek 9. Müdahale Tekniği Protokolü 1. Oturum.....	68
Ek 10. Müdahale Tekniği Protokolü 2. Oturum.....	69
Ek 11. Müdahale Tekniği Protokolü 3. Oturum.....	70
İntihal Raporu.....	71
Özgeçmiş.....	72

Tablolar Listesi**Sayfa**

Tablo 1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 2 Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk ve Olayların Etkisi Ölçeği Puanlarının Normallliği	34
Tablo 3 Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama Alt Boyutundan Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 5 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Kaçınma Alt Boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 6 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı Uyarılma Alt Boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 7 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Toplamından Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması	40

Şekiller Listesi

	Sayfa
Şekil 1 Araştırma Modeli.....	29
Şekil 2 Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Puanları.....	36
Şekil 3 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği- Yeniden Yaşama Alt Boyutu Puanları.....	37
Şekil 4 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Kaçınma Alt Boyutu Puanları.....	38
Şekil 5 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı uyarılma Alt Boyutu Puanları .	39
Şekil 6 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Puanları	40

Kısaltmalar

ANOVA	Tek Faktörlü Varyans Analizi
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM I

Giriş

Çocuk, tüm toplumlarda ebeveynlerin en değerli varlığıdır. Çocuk, aile ortamında büyür, bilinç kazanır ve topluma hazırlanır. Sağlıklı bir birey olarak bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik gelişiminde, aynı zamanda davranışlarının oluşmasında ailenin etkisi çok önemlidir (Tosun ve Tüfekci, 2015). Çocuğun hastaneye yatırılması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir süreçtir. Çocuğun sağlık sorununun ciddiyeti ailenin de psikolojik olarak zorlu bir süreç geçirmesine neden olabilir. Çocuklarda yoğun bakım gerektiren durumlar, ciddi yaralanma ve ölüm riskinin yüksek olması nedeniyle çoğu ebeveynde stres, kaygı ve korkuya neden olur (Çırlak ve Erdemir, 2013). Yoğun bakıma yatışlar, hem çocuk hem de aile için travma nedeni olabilmektedir. Bu travmatik süreç nedeniyle yoğun bakımda tedavi gören çocuklarda büyüme-gelişme bozuklukları olabilmekte, taburculuk sonrasında hastaneye tekrarlı yatışlar görülebilmektedir. Çocuğu yoğun bakımda tedavi gören aileler ise çocuğun tedavi ve bakımı ve yaşadıkları diğer sıkıntılar nedeniyle süreç ile baş etme konusunda sorun yaşamaktadır (Seval ve Kurt, 2020).

Çocuk yoğun bakım üniteleri, ileri teknoloji ve modern ekipmanlarla hastaların yaşamsal fonksiyonlarının 24 saat izlendiği, bakım ve tedavilerinin yaşamı tehdit eden hastalıkları tedavi etmeyi amaçlayan profesyonel hemşireler tarafından sağlandığı, hasta çocukların ise doktorlar tarafından tedavi edildiği ayrıcalıklı hastanelerdir. Bunlar, gözetleme monitörleri tarafından kontrol edilen yoğun ve korkutucu ortamlardır (Konukbay ve Arslan, 2011). Çocuk yoğun bakım ünitesine girdiğinde ebeveynler başlangıçta panik düzeyine yaklaşan aşırı kaygı yaşarlar, ilerleyen günlerde kaygı azalır. Çocuk yoğun bakım ünitesinde ebeveynler için en büyük stres faktörlerinden biri, çocuktan fiziksel olarak ayrılma, çocuğa bakım fırsatlarının sınırlı olması ve artık bağımsız, birincil karar vericiler olmadıkları için ebeveyn rolünün değişmesi veya kaybıdır. Çocuğun hayati tehlikesinin olması, teşhis ve tedavi yöntemlerinin bilinmemesi, yoğun bakım ünitesinin donanımı, personelin çalışma ritmi ve çocukla iletişim kurulamaması ailenin stres ve kaygısını artırır (Çamur, 2017).

Aile merkezli bakım, ailenin güçlü yönlerinin desteklenmesi, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararların alınmasında ailenin aktif katılımının sağlanması ilkesine dayanmaktadır. Aile merkezli bakım hastane ortamında çocuk ve ailenin gereksinimleri ve beklentilerini en iyi karşılayan bakım yaklaşımıdır (Aldem ve

Geçkil, 2019). Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde çocukları bulunan ebeveynler için bir müdahale tekniğinin geliştirilmesi, bilgi ve tavsiye ihtiyacı üst düzeyde olan özellikle anneler için gerekli ve önemlidir. Bu konuda ailenin çocuğun yoğun bakım ünitesine girmesi, gerekli uygulama ve destekle kaygı ve stresini azaltması, kendi ihtiyaçları doğrultusunda uygun tekniğin geliştirilmesi gerekmektedir.

Problem Durumu

Bu bölümde araştırmanın problem cümlesi “Yoğun bakım servisinde tedavi gören çocuklara bakım veren annelere uygulanan müdahale tekniğinin etkileri nelerdir?” olarak belirtilmiştir.

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkinleri olarak görülür ve aileleri tarafından özenle büyütülür. Ailenin en önemli isteği sağlıklı çocuklar yetiştirmektir. Ancak bazen her şey yolunda gitmez ve çocuk hastalanır, hastaneye yatması gerekebilmektedir. Bu durum çocuk ve ailede korku ve endişeye neden olmaktadır. Eğer hastalık yakın takip gerektiriyorsa, çocuk yoğun bakıma alınır. Gelişen bu yeni durum ise çocuk ve aile için çok daha zorlu bir süreçtir (Kızılay ve Açıköz 2021).

Yoğun bakım servisinde tedavi gören çocuklarına bakım veren annelerin psikolojik durumu ve bakım yükleri, hem annelerin hem de çocukların sağlık ve iyilik hali üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu anneler, çocuklarının sağlık durumuyla ilgili endişeler, korkular, çocuğunun durumunun belirsizliği, onunla ilgili bilgi alamama ve çocuğuyla ilgili kararlara katılamama, ekonomik sıkıntılar, rol değişiklikleri ve stresle başa çıkma gibi zorluklarla karşı karşıya kalabilirler. Yoğun bakım süreci, belirsizliklerle dolu olabilir ve annelerin duygusal olarak desteklenmeye ihtiyaçları olabilir. Annelerin daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu bilinmektedir çünkü anneler çocuklarının hastaneye yatışına diğer aile bireylerinden daha fazla eşlik etmektedir (Oğul ve Çalışkan 2023). Ayrıca, uzun saatler boyunca hastanede çocuklarıyla vakit geçirmek zorunda kalmaları, günlük yaşamlarında yaşadıkları değişiklikler ve diğer çocuklarına olan zaman ve ilgi eksikliği gibi durumlar da anneler üzerinde ek yükler oluşturabilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ebeveynlerin yaşadığı duyguların kıyaslandığı bir araştırmada, annelerin babalara göre korku, depresyon, değersizlik ve huzursuzluk hislerini daha fazla yaşadıkları bulunmuştur (Oğul ve ark. 2022). Annelerin bu zorluklarla başa çıkabilmeleri ve çocuklarına en iyi şekilde bakabilmeleri için psikolojik destek ve danışmanlık önemlidir. Ayrıca, sosyal destek ağlarının genişletilmesi, bakım

yüklerini paylaşabilecekleri destek gruplarına katılma imkanı sağlanması da annelerin psikolojik durumlarını destekler.

Çocuklarının sağlık durumuyla ilgili endişeleri ve bakım yüklerini azaltmak için annelere sağlanan destekler, hem annelerin hem de çocukların sağlık ve iyilik hali üzerinde olumlu bir etki yaratacaktır. Bu nedenle, yoğun bakım servislerinde tedavi gören çocuklarına bakım veren annelerin psikolojik durumlarına ve bakım yüklerine dikkat edilmesi önemlidir. Bu durum çalışmanın problematiğini oluşturmaktadır ve araştırmanın problem cümlesi “Yoğun bakım servisinde tedavi gören çocuklara bakım veren annelere uygulanan müdahale tekniğinin etkileri nelerdir?” olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada çocukları yoğun bakımda tedavi gören onlara bakım veren annelere destek amaçlı müdahale tekniğinin etkisinin gözetlenmesi amaçlanmaktadır. Alt amaçlar ise aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir;

1. Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi – Depresif Bozukluk ölçeği ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık var mıdır ?
2. Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği ve alt boyutlarında ön test, son test ve izleme testi puanları arasında farklılık var mıdır ?

Hipotezler

H1: Yoğun bakımda çocuğuna bakım veren annelere yönelik müdahale tekniği deprestif bozukluk düzeylerini azaltır.

H2: Yoğun bakımda çocuğuna bakım veren annelere yönelik müdahale tekniği travmatik stres semptom düzeylerini azaltır.

H1 (H0): Yoğun bakımda çocuğuna bakım veren annelere yönelik müdahale tekniği deprestif bozukluk düzeyleri arasında anlamlı bir değişiklik yaratmaz.

H2 (H0): Yoğun bakımda çocuğuna bakım veren annelere yönelik müdahale tekniği travmatik stres semptom düzeyleri arasında anlamlı bir değişiklik yaratmaz.

Araştırmanın Önemi

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören çocukların anneleri, ciddi duygusal ve psikolojik zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar ve bu süreç, annelerin ruh sağlığı üzerinde derin etkilere neden olabilmektedir. Zira çocuğun hayatı tehlikede olduğu veya ciddi bir sağlık sorunu ile karşı karşıya kaldığı durumlarda, anneler yoğun şekilde kaygı, stres, TSSB'nin yanı sıra suçluluk ve yetersizlik hissine de kapılabilmektedirler. Bu nedenle de annelerin bu zorlu süreçte profesyonel destek

alması, sosyal destek mekanizmalarını kullanması ve kendi sağlıklarına özen göstermesi, ruh sağlığını korumada kritik öneme sahiptir.

Bu çalışmada konu edinen yoğun bakım servisinde tedavi gören çocuklarına bakım veren annelere yönelik kısa bilişsel davranışçı terapi yönelimli müdahale tekniği, yoğun bakım servislerinde tedavi gören çocukların annelerine yönelik olarak geliştirilmiş bir müdahale tekniğidir. Bu teknik, annelerin çocuklarının yoğun bakım sürecindeki stresini azaltmayı, duygusal olarak destek olmayı ve başa çıkma becerilerini geliştirmeyi hedefler. Araştırma genellikle kısa süreli ve odaklı bir yaklaşıma sahiptir. Bilişsel davranışçı terapi temelli olduğundan, katılımcılara stresle baş etme stratejileri öğretilir, olumsuz düşünce kalıplarıyla baş etmeyi öğrenmelerine yardımcı olunur ve duygusal düzenleme becerileri geliştirilir. Bu tür teknikler, annelerin yoğun bakım sürecinde daha sağlıklı bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olur ve böylece hem kendi duygusal iyilik hallerini hem de çocuklarıyla olan ilişkilerini olumlu yönde etkiler. Bu nedenle çalışmanın sonuçları uygulama pratiği bakımından son derece önemlidir. Ayrıca konuya ilişkin literatür taraması yapıldığında seçilen örneklemin psikolojik durum ve bakım yüklerinin müdahale teknik ile değerlendirildiği başka kapsamlı bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bu nedenle araştırma sonuçları alanyazın açısından da gelecek araştırmalar için önemlidir.

Sınırlılıklar

Bilimsel araştırmaların doğası gereği her çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da sınırlılıklar mevcuttur. Bu çalışmanın sınırlılıkları aşağıda sıralanmıştır;

- Çalışma örneklem olarak seçilen KKTC’de yoğun bakım servisinde çocuğu tedavi göre 22 anne ile sınırlıdır,
- Araştırma teorik bölümü daha önce yapılmış bilimsel benzer çalışmalar ile sınırlıdır,
- Yapılan çalışma belirli zaman içinde çalışmaya dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak oluşturulan örneklem ile sınırlıdır.

Tanımlar

Depresyon: Kişinin duygusal durumunu, düşünce tarzını davranışlarını ve fiziksel sağlığını olumsuz etkileyen yaygın bir ruh halidir. Belirtileri arasında üzüntü, umutsuzluk, değersizlik hissi, enerji kaybı, uyku ve iştah değişiklikleri bulunur. Bu durum günlük yaşamı olumsuz etkiler ve ciddi durumlarda intihar riskini arttırabilir. Tanı için semptomların en az iki hafta sürmesi ve günlük işlevselliği bozması gereklidir (Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Travma: Travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişinin normal yaşam düzenini ve güven duygusunun ciddi şekilde etkileyen bir durumdur. TSSB belirtileri arasında kabuslar, anksiyete, sürekli tetikte olma, hatıraların tekrar yaşanması ve duygusal uyuşukluk bulunur (Çolak ve ark., 2010).

Stres: Vücudun veya zihnin, dış etkenlere ya da iç faktörlere karşı verdiği bir tepkidir. Bu tepki, kişinin hayatta kalmasına veya günlük aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olurken aşırı veya uzun süreli stres, fiziksel ve zihinsel sağlığı olumsuz yönde etkiler (Köse, 2013).

Müdahale teknik: Genellikle bireyin yaşam kalitesini artırmayı, duygusal ve sosyal becerilerini geliştirmeyi, stresle başa çıkma becerilerini artırmayı ve genel olarak daha iyi bir psikolojik sağlık durumuna ulaşmasını hedefleyen programlardır (Ardıç, 2013).

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller

Yoğun Bakım

Çocuk Yoğun Bakım

Çocuk yoğun bakım, kritik hastalıkları veya travmaları olan çocukların yoğun tıbbi bakım ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış bir tıbbi birimdir. Bu birimde, genellikle pediatrik yoğun bakım uzmanları ve ekip tarafından 24 saat süreyle kesintisiz bakım sağlanır (Meert ve ark., 2013).

Çocuk yoğun bakım üniteleri, çocuklarda yaygın olarak görülen hastalıkların yanı sıra ciddi yaralanmalar, cerrahi operasyonlar sonrası bakım, solunum yetmezliği, şiddetli enfeksiyonlar gibi acil durumları da tedavi etmek için donanımlıdır. Bu birimlerde, çocukların solunum, dolaşım, böbrek fonksiyonları gibi yaşamsal fonksiyonları yakından izlenir ve gerekli müdahaleler yapılır. Bu üniteler, çocukların yaşamsal fonksiyonlarını destekleyerek ve tıbbi tedavi sağlayarak hayat kurtarır. Bu birimler ayrıca ailelere de destek sağlar ve çocuklarının tedavisiyle ilgili bilgilendirir (Pollack ve ark, 2014).

Çocuk Yoğun Bakım Yatış Nedenleri

Çocuk yoğun bakım yatışları, genellikle ciddi sağlık sorunları olan çocukların tedavi ve takibi için gereklidir. Bu yatışların başlıca nedenleri şunlar olarak sıralanmaktadır (Ibiebele ve ark., 2018; Seifu ve ark., 2022):

Solunum yetmezliği: Astım, zatürre, solunum sıkıntısı sendromu gibi durumlar solunum yetmezliğine neden olabilir ve bu durumda çocuk yoğun bakıma alınır.

Dolaşım problemleri: Kalp yetmezliği, şok durumu gibi durumlar dolaşım problemlerine yol açabilir ve çocuğun yoğun bakıma alınmasını gerektirir.

Ciddi enfeksiyonlar: Sepsis, menenjit gibi ciddi enfeksiyonlar çocuğun durumunu hızla kötüleştirir ve yoğun bakım gerektirir.

Ciddi travmalar: Kaza sonucu oluşan ciddi travmalar, beyin travması, iç organ yaralanmaları gibi durumlar yoğun bakım gerektirir.

Ciddi metabolik problemler: Diyabet ketoasidozu, elektrolit dengesizlikleri gibi ciddi metabolik problemler yoğun bakım gerektirir.

Ciddi cerrahi müdahaleler sonrası bakım: Özellikle büyük ameliyatlar sonrası veya ciddi yanıklar gibi durumlarda yoğun bakım takibi gerekir.

Nörolojik sorunlar: Beyin kanaması, epilepsi krizi gibi durumlar yoğun bakım gerektirir.

Yukarıda sıralanan nedenlerden dolayı çocuk yoğun bakım birimleri, çocukların yaşamsal fonksiyonlarını destekleyerek ve gerektiğinde tıbbi müdahaleleri sağlayarak hayati öneme sahiptir (Silva ve Fonseca, 2019).

Yoğun Bakımın Çocuk Üzerindeki Etkileri

Yoğun bakım, ciddi hastalıklar veya travmatik durumlar nedeniyle yoğun tıbbi bakım gerektiren hastaların tedavi edildiği birimdir. Çocuklar da bazen yoğun bakıma ihtiyaç duyabilirler, ancak yoğun bakımın çocuklar üzerindeki etkileri yetişkinlerden farklılık gösterir.

Çocuklar genellikle yoğun bakıma ihtiyaç duyduklarında daha hassas ve savunmasızdırlar. Bu nedenle, yoğun bakım süreci ve ortamı, çocuklar üzerinde olumsuz etkilere neden olur. Yoğun bakım ünitelerindeki yüksek teknoloji kullanımı, yoğun bakım sürecindeki çocukların stresini artırır ve travmatik deneyimler yaşamalarına neden olur (Erdim ve Ergün, 2016). Ayrıca, yoğun bakım sürecindeki müdahaleler ve tedaviler, çocukların duygusal sağlığını etkiler. Çocuklarda yoğun bakımda uzun süre yatmak, kas zayıflığına veya derin ven trombozu gibi komplikasyonlara yol açar. Ayrıca, yoğun bakımda yaşanan stres ve travma, çocukların duygusal iyilik hallerini etkileyerek travma sonrası stres bozukluğuna yol açar (Uğur, 2018).

Sonuç olarak, yoğun bakımın çocuklar üzerindeki etkileri önemli bir konudur ve çocuk yoğun bakımı sağlayan ekiplerin bu etkileri minimize etmek için özen göstermeleri önemlidir. Bu amaçla, çocukların yoğun bakım sürecinde fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için bireyselleştirilmiş bir yaklaşım benimsemek önemlidir (Ekim, 2020). Bu bağlamda yoğun bakım sürecinde çocukların içerisinde bu oldukları fizyolojik ve psikolojik süreç ebeveynlerin de çocuklarına ilişkin endişelerinin artmasında neden olmaktadır.

Çocuğu Yoğun Bakımda Yatan Ebeveynlerin Gereksinimleri

Çocuğu yoğun bakımda yatan ebeveynlerin, bu zorlu süreçte karşılaştıkları bir dizi özel gereksinimi vardır. Yoğun bakım üniteleri genellikle sıkı ziyaret saatlerine ve kısıtlı ziyaretçi politikalarına sahip olduğundan, ebeveynlerin çocuklarıyla olan bağlarını sürdürmeleri ve onlara destek olmaları zorlaşabilir. Bu durum, ebeveynlerde stres, endişe ve duygusal zorlanmaya neden olmaktadır (Oğul ve ark., 2022).

Ebeveynler ayrıca, çocuklarının sağlık durumu hakkında sürekli güncel bilgi almak isterler. Ancak, yoğun bakım ünitelerindeki sağlık personelinin yoğun

programını nedeniyle, bu bilgileri almak ve anlamak bazen zor olmaktadır. Bu da ebeveynlerin duygusal olarak daha da zorlanmalarına neden olur (Çalışkan ve Oğul, 2019). Ek olarak yoğun bakım ünitesindeki çocuklarına en iyi destek ve bakımı sağlamak için gereken bilgi ve becerilere sahip olmak isterler. Ancak, tıbbi terminoloji ve tedavi yöntemleri genellikle karmaşık olduğundan, ebeveynlerin bu konularda yeterince bilgi sahibi olmaları ve karar vermeleri zor olmaktadır. Bu nedenlerle çocuğu yoğun bakımda yatan ebeveynlerin duygusal, bilgi ve beceri gereksinimlerini karşılamak için sağlık personeli ve sosyal destek sistemleri tarafından desteklenmeleri önemlidir. Bu destekler, ebeveynlerin çocuklarına olan bağlarını sürdürmelerine, sağlık durumları hakkında güncel bilgi almalarına ve çocuklarına en iyi destek ve bakımı sağlamalarına yardımcı olacaktır (Seval ve Kurt, 2020).

Çocuğun Yoğun Bakımda Yatışının Ebeveyn Üzerindeki Etkileri

Çocuğun yoğun bakımda yatışı, ebeveynler üzerinde önemli bir psikolojik etkiye sahip olabilir. Bu süreç, ebeveynler için büyük bir stres kaynağı olabilir ve çeşitli duygusal tepkilere neden olur.

Öncelikle, ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumu hakkında endişe duymaları son derece doğaldır. Yoğun bakım süreci, genellikle belirsizliklerle doludur ve çocuğun durumu hakkında net bilgiler almak zaman alır. Bu belirsizlikler, ebeveynlerde endişe, korku ve çaresizlik hissi yaratmaktadır (Stremmer ve ark., 2017). Ayrıca, ebeveynlerin yoğun bakım sürecinde yaşadığı stres, fiziksel ve duygusal sağlıklarını olumsuz etkiler. Uykusuzluk, iştahsızlık, kaygı ve depresyon gibi belirtiler sıkça görülmektedir. Bu durum, ebeveynlerin kendi bakımlarına dikkat etmelerini ve destek almalarını gerektirir (Nelson ve ark., 2019). Yoğun bakımda yatan çocuğun ebeveynleri aynı zamanda günlük yaşamlarında da önemli değişikliklerle karşılaşır. Bu süreçte işlerini bırakmak zorunda kalan veya normal sosyal etkinliklerinden uzaklaşan ebeveynlerde izolasyon ve yalnızlık hissi yaratabilir. Ancak, yoğun bakım süreci aynı zamanda ebeveynler arasında birlik ve dayanışma duygusu da yaratmaktadır. Bu zorlu süreçte birbirlerine destek olma ve birlikte güçlü kalmaya çalışma, ebeveynlerin dayanma gücünü artırır. Dolayısıyla çocuğun yoğun bakımda yatışı, ebeveynler üzerinde derin etkiler yaratır. Bu süreçte ebeveynlerin kendi duygusal ve fiziksel sağlıklarını korumak için destek almaları ve birbirlerine destek olmaları önemlidir (Erdei ve ark., 2021; Logan ve ark., 2020).

Kaygı

Kaygı, genellikle bir tehdit veya endişe kaynağıyla ilgili hissedilen normal bir tepkidir. Belirtileri, kişiden kişiye ve durumdan duruma değişebilir, ancak genellikle fiziksel, duygusal ve düşünsel belirtiler olarak ortaya çıkar (Hekimoğlu ve Bilik, 2020).

Belirti

Kaygının fiziksel belirtileri arasında kalp çarpıntısı, terleme, titreme, mide bulantısı, baş ağrısı ve kas gerginliği yer alır. Duygusal belirtiler arasında korku, endişe, huzursuzluk, irritabilite ve panik hissi bulunur. Düşünsel belirtiler ise odaklanma güçlüğü, sürekli endişe dolu düşünceler, gelecekle ilgili karanlık senaryolar kurma ve olumsuz düşünceleri durduramama gibi durumlardır (Tektaş, 2014).

Aşama

Kaygı genellikle birkaç aşamada gelişir. İlk aşama, kaygı uyarının ortaya çıkmasıyla oluşan anlık tepkilerdir. İkinci aşama, belirtilerin artması ve sürekli hale gelmesidir. Bu aşamada, kişi kaygı hissettiği durumlardan kaçınmaya çalışabilir. Üçüncü aşama ise kaygının kontrol edilemez hale gelmesi ve günlük yaşamı ciddi şekilde etkilemesidir. Bu aşamada, kişinin mutlaka profesyonel yardım alması gerekmektedir (Hekimoğlu ve Bilik, 2020).

Düzy

Kaygı düzeyleri kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Bazı insanlar belirli durumlarda hafif kaygı hissederken, diğeri sürekli yüksek düzeyde kaygı yaşayabilir. Bu düzeyler, kişinin yaşamındaki stres faktörleri, kişilik yapısı, sosyal destek ve diğeri etkenler tarafından etkilenir. Kaygı düzeyinin aşırı derecede yüksek olması, günlük yaşamı olumsuz etkiler ve tedavi gerektirir (Tektaş, 2014).

Anksiyete

Anksiyete, genellikle belirli bir tehdit veya endişe kaynağı olmaksızın aşırı ve sürekli bir endişe, korku veya gerilim durumudur. Belirtileri, kişiden kişiye ve durumdan duruma değişir, ancak genellikle fiziksel, duygusal ve düşünsel belirtiler olarak ortaya çıkar (Şahin, 2019).

Belirti

Anksiyetenin fiziksel belirtileri arasında kalp çarpıntısı, terleme, titreme, mide bulantısı, baş ağrısı, kas gerginliği ve nefes almada zorluk bulunur. Duygusal belirtiler arasında endişe, korku, sinirlilik, huzursuzluk ve panik hissi yer alırken,

düşünsel belirtiler ise sürekli endişe dolu düşünceler, gelecekle ilgili karanlık senaryolar kurma, odaklanma güçlüğü ve olumsuz düşünceleri durduramama gibi durumları içerir (Bal ve ark., 2013).

Aşama

Anksiyetenin ilk aşaması, anksiyetik uyarılarla karşılaşıldığında ortaya çıkan normal bir tepkidir. İkinci aşama, belirtilerin artması ve sürekli hale gelmesidir. Bu aşamada, kişi anksiyete hissettiği durumlardan kaçınmaya çalışır. Üçüncü aşama ise anksiyetenin kontrol edilemez hale gelmesi ve günlük yaşamı ciddi şekilde etkilemesidir (Kafes, 2021).

Düzy

DSM-5'te anksiyetenin her biri ayrı bir belirti listesine sahip olan toplam 9 alt türü olduğu bildirilmiştir: Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık, Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Agarofobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Maddenin-İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu (APA, 2013). Bu türler için de farklı düzeylerden söz edilmesi mümkündür (Bal ve ark., 2013).

Depresyon

Depresyon, genellikle uzun süreli bir üzüntü, umutsuzluk ve değersizlik duygusuyla karakterize edilen bir ruh halidir. Belirtileri, kişiden kişiye ve durumdan duruma değişebilir, ancak genellikle fiziksel, duygusal ve düşünsel belirtiler olarak ortaya çıkar (Keck, 2010).

Belirti

Depresyonun fiziksel belirtileri arasında enerji eksikliği, uyku sorunları (uykuya dalamama veya aşırı uyuma), iştah değişiklikleri (aşırı yeme veya iştahsızlık), sindirim sorunları, kas ağrıları ve baş ağrıları yer almaktadır. Duygusal belirtiler arasında ise üzüntü, umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik duyguları, duygusal dalgalanmalar, huzursuzluk ve irritabilite bulunmaktadır. Düşünsel belirtiler ise odaklanma güçlüğü, karar vermede zorluk, unutkanlık, negatif düşünceler ve intihar düşünceleri gibi durumları içerir (Hammen ve Watkins, 2018).

Aşama

Depresyonun ilk aşaması, depresif belirtilerin ortaya çıkmasıdır. Bu belirtiler genellikle birkaç hafta boyunca devam eder. İkinci aşama, belirtilerin şiddetlenmesi ve günlük yaşamı olumsuz etkilemesidir. Bu aşamada, kişi genellikle profesyonel

yardım almak için destek arar. Üçüncü aşama ise depresyonun kronikleşmesi ve uzun süreli bir durum haline gelmesidir (Keck, 2010).

Düzy

Depresyon düzeyleri değışkenlik gösterebilir. Bazı insanlar belirli bir yaşam olayından sonra kısa süreli depresyon yaşarken, diğlerleri kronik depresyonla mücadele edebilir. Depresyon düzeyleri günümüzde çeşitli anket ve ölçekler yardımıyla da belirlenmektedir (Tiller, 2013).

Stres

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre stres "21. yüzyılın sağlık salgını" olarak nitelendirilmiştir. Bu terim için birçok tanımlama yapılabilir. Türk dil Kurumu'na (TDK) göre stres kelimesi "zihinsel gerginlik" olarak tanımlanmaktadır. Hans Selye stres etkenlerini bireyin tepkisine neden olan çevresel uyaranlar, bu stres etkenlerine verilen genel tepkiyi ise stres olarak tanımlamıştır. Stresle başa çıkma, bireyin bir durumla karşılaştığında stres kaynaklarını azaltmak veya değıştirmek için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabaların tümü olarak tanımlanabilir. Stratejiler iki farklı boyut kullanır: "problem odaklı" ve "duygu odaklı". Sorun odaklı başa çıkmanın amacı, stres etkenini tanımlamak ve bunun gelecekte tekrar yaşanmasını önlemektir. Duygu odaklı başa çıkma, stres etkeniyle uğraşmak yerine sorunu veya durumu değıştirmeden duyguları düzenleyen başa çıkma tekniklerini kullanır (Yang ve ark., 2015).

Belirti

Stresin bazı benzersiz belirtileri vardır. Bunlar arasında gerginlik, sürekli endişe, aşırı alkol ve tütün, uykusuzluk, çalışma güçlüğü, duygusal dengesizlik, sindirim ve yüksek tansiyon yer alır. Stresle ilgili belirtiler genellikle dört ana gruba ayrılır (Myers ve ark., 2012; Swearer ve Hymel, 2015);

1. Fiziksel belirtiler: baş ağrısı, kabızlık veya ishal, uyku bozuklukları, yüksek tansiyon, kas ağrısı, çene seğirmesi veya diş gıcırdatması, döküntü, aşırı terleme, beslenme değışikliği, yorgunluk veya enerji kaybı.
2. Duygusal belirtiler: kaygı veya huzursuzluk, kolay ağlama, gerginlik, ani ve kalıcı ruh hali değışimleri, aşırı duyarlılık, öfke patlamaları, saldırganlık, duygusal zayıflık.
3. Psikolojik belirtiler: konsantre olmada zorluk, karar vermede zorluk, unutkanlık, kafa karışıklığı, hafızanın bozulması, aşırı hayallere dalma, tek bir düşünceye yoğunlaşma, düşük verimlilik, iş kalitesinde azalma, hatalarda artış.

4. Sosyal belirtiler: insanlara güvensizlik, başkalarını suçlama, aşırı korumacı tutum, birden fazla kişiye karşı öfke aynı anda ve iletişimin kesilmesi.

Araştırmalar, çocukları yoğun bakımda olan ebeveynlerin; rollerindeki değişiklikler, çocuğun kaybının kokusu, çocuğun acı verici işlemlere maruz kalması, çocuğun yoğun bakımda görünmesi, ziyaret saatlerinin sınırlı olması ve bilgi aktarımının sınırlı olması, evde diğer aile üyelerinden ayrı kalması ve hastalığın prognozunu bilmek gibi faktörlerin en önemli stres etkenleri olduğunu bildirmektedir (Lazarus, 2020; Torres ve ark., 2012).

Aşama

Stres insan vücudunda birçok yapısal ve kimyasal değişikliğe neden olur. Bu değişiklikler vücudun dengesini bozarak birçok fizyolojik ve psikolojik reaksiyona neden olur. İnsan vücudunun stresli durumlarda verdiği bu tepkilerin üç aşaması vardır ve Hans Selye bu üç aşamayı "*genel uyum sendromu*" olarak tanımlamıştır. Bunlar; rahatsızlık aşaması, direnç aşaması ve tükenme aşamasıdır. Stresin ilk aşaması olan alarm aşaması, kişinin stresli dış uyaranları algıladığı ve sinir sisteminin harekete geçerek "savaş ya da kaç" tepkisine geçtiği dönemdir (Swearer ve Hymel, 2015). Bu süre zarfında vücut strese hazırlanır ve vücutta fiziksel ve kimyasal değişiklikler meydana gelir. Bunlar arasında genişlemiş gözbebekleri, artan kan basıncı, artan nefes alma ve kalp atış hızı, ani adrenalin patlaması, ağız kuruluğu ve terleme yer alır. Stres etkeni ortadan kalktığında kişi rahatlar ancak stres etkeninin şiddeti arttığında direnç evresi başlar. Stresin ikinci evresi olan direnç evresi, vücudun vücutta dengeyi korumaya çalıştığı dönem olarak tanımlanır. Tedirginlik aşamasında kaybedilen enerji geri kazanılır ve kişinin stres etkenine karşı direnci artar (Lazarus, 2020). Direnç süresi başarılı bir şekilde aşılsa vücudun kimyasal ve fiziksel semptomları ortadan kalkar ve kişi rahatlar, ancak stresli durum daha uzun sürer ve derinleşirse vücut yorulur ve bitkinliğe ulaşır. Stresin son aşaması olan tükenmede kişi strese direnme yeteneğini kaybetmiştir. Kişi bitkin durumdadır ve stres hala devam etmektedir. Bu aşamada kronik baş ağrısı, yorgunluk, uyumakta veya uyanmakta zorluk, kas ağrıları, göğüs ağrıları, ağlama ve gülme gibi belirtiler ortaya çıkar (Yang ve ark., 2015).

Düzy

Stres, bir kişinin çevresindeki olaylara karşı verdiği psikolojik ve fizyolojik tepkidir. Stres düzeyleri genellikle kişiden kişiye ve belirli durumlarda değişebilir. Stresin genel olarak üç düzeyi vardır (Myers ve ark., 2012):

- Hafif stres: Bu düzeyde stres, günlük yaşamın normal zorluklarına karşı verilen doğal bir tepki olarak ortaya çıkar. Hafif stres, genellikle kısa süreli bir etkiye sahiptir ve kişiye motivasyon ve odaklanma sağlar.
- Orta düzey stres: Bu düzeyde stres, kişinin başa çıkmak için daha fazla çaba sarf etmesini gerektiren daha ciddi zorluklarla karşılaşması durumunda ortaya çıkar. Orta düzey stres, uzun süre devam ettiğinde sağlık ve refah üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Örneğin, iş yerinde sürekli yoğun bir çalışma temposuna maruz kalmak orta düzey stres yaratabilir (Yang ve ark., 2015).
- Kronik stres: Bu düzeyde stres, uzun süreli ve devamlı bir şekilde yaşanan stres durumunu ifade eder. Kronik stres genellikle sürekli olarak tehlike altında hissetme, sürekli endişe duyma veya uzun süreli zorluklarla başa çıkmaya çalışma gibi durumlarla ilişkilidir. Kronik stres, fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde ciddi etkilere sahip olabilir ve depresyon, anksiyete ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir.

Stresin düzeyleri kişinin yaşamındaki değişikliklere ve stresle başa çıkma yeteneğine bağlı olarak değişebilir. Stres yönetimi teknikleri ve destek almak, stres düzeylerini kontrol altında tutmaya ve sağlıklı bir şekilde başa çıkmaya yardımcı olur (Lazarus, 2020).

Bakım Yüğü

Bakım yüğü, genellikle bir kişinin bakım verdiği bireyin ihtiyaçlarına karşılık olarak hissettiği fiziksel, duygusal ve finansal yüğü ifade eder. Bu yüğü, bakım verenin sağlık durumu, sosyal destek ağı, bakım süresi ve bakım verilen kişinin ihtiyaçları gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bakım yüğü, bakım verenler üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Fiziksel bakım yüğü, bakım verenin fiziksel sağlığını etkileyebilir, yorgunluk, uyku sorunları ve kas gerginliği gibi sorunlara neden olur (Atak ve Özekes, 2019). Duygusal bakım yüğü ise depresyon, endişe, suçluluk ve yalnızlık gibi duygusal sorunlara yol açar (Karaaslan, 2015).

Bakım yüğü genellikle zamanla artabilir ve bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle, bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarına dikkat etmeleri, düzenli olarak dinlenmeleri ve sosyal destek ağından faydalanmaları

önemlidir. Ayrıca, bakım verenlerin profesyonel yardım alarak bakım yükünü hafifletmeleri ve kendi sağlıklarını korumaları da önemlidir (Gorvin ve Brown, 2012).

İyi Oluş

İyi oluş, psikolojide genellikle bireyin duygusal, zihinsel ve sosyal yönden sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürdürdüğü durumu ifade eder. Pozitif psikolojinin temel kavramlarından biri olan iyi oluş, sadece hastalık olmaması ya da sorunların olmaması anlamına gelmez, aynı zamanda bireyin yaşamından keyif alması, kendini geliştirmesi, potansiyelini kullanması ve anlamlı ilişkiler kurması anlamına gelir (Akdağ ve Çankaya, 2015).

İyi oluş, bireyin kendi güçlü yanlarını tanıması, duygularını yönetebilmesi, olumlu düşünce alışkanlıklarını benimsemesi ve yaşamındaki amaçlarını ve değerlerini belirlemesi gibi içsel süreçleri de kapsar. Bu süreçler, bireyin kendini gerçekleştirmesine ve daha tatmin edici bir yaşam sürmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, iyi oluş kavramı sosyal ilişkilerin kalitesi, stresle başa çıkma becerileri, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve yaşamın anlamı gibi dışsal faktörleri de içerir. Bu faktörlerin dengeli bir şekilde gelişmesi, bireyin iyi oluşunu destekler (Geçgin ve Sahranç, 2017). Psikolojik iyi oluşun önemli bir bileşeni de pozitif duyguların ve deneyimlerin yaşanmasıdır. Mutluluk, neşe, şükran, umut ve sevgi gibi pozitif duyguların sıkça yaşanması, bireyin iyi oluşunu artırır. Özetle iyi oluş, bireyin kendini iyi hissetmesi, yaşamından keyif alması ve potansiyelini en üst düzeyde kullanması anlamına gelir. Bu durum, sağlıklı bir zihinsel durumun yanı sıra sosyal ve duygusal refahın da bir göstergesidir (Brown ve Lent, 2016).

Duygu Dışavurumu

Duygu dışavurumu, psikolojide bireyin duygularını ifade etme ve başkalarıyla paylaşma şeklini ifade eder. Duygu dışavurumu, sözlü veya sözsüz olabilir ve genellikle beden dili, yüz ifadeleri, ses tonu, sözler veya yazılı ifadeler yoluyla gerçekleşir.

Duygu dışavurumu, duyguların doğru bir şekilde ifade edilmesini ve başkaları tarafından anlaşılmasını sağlar. Bu, sağlıklı ilişkiler kurmak ve duygusal ihtiyaçları karşılamak için önemlidir (Araz ve Erkuş, 2014). Ayrıca, duyguların dışa vurulması, içsel stresin azaltılmasına ve duygusal dengeyi korumaya yardımcı olur. Dışavurum, kültürel normlar, kişilik özellikleri ve yaşam deneyimleri gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bazı kişiler duygularını açıkça ifade ederken, diğerleri

daha içe dönük olabilir ve duygularını daha az gösterir. Bu farklılıklar normaldir ve her bireyin duygularını kendine özgü bir şekilde ifade etme hakkı vardır (özer ve Özden Yıldırım, 2023).

Duygu dışavurumunun sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi, duyguların bastırılmasını önler ve duygusal sağlığı destekler. Ancak, duyguların aşırı ve kontrolsüz bir şekilde dışa vurulması da sorunlara yol açar. Bu nedenle, duygu dışavurumunun dengeli ve uygun bir şekilde yapılması önemlidir (Nalbant ve ark., 2020).

Müdahale Türleri

BDT

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), duygusal ve davranışsal sorunların tedavisinde sıkça kullanılan etkili bir terapi yaklaşımıdır. BDT, bireylerin düşünceleri (bilişsel süreçler) ile duyguları ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlamalarını ve olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmelerini amaçlar. BDT, temelde bireyin yaşadığı sorunların çoğunun düşüncelerinden kaynaklandığını ve bu düşüncelerin değiştirilmesiyle duygusal ve davranışsal sorunların azaltılabileceğini savunur (Özcan ve Çelik, 2017).

Terapi sürecinde, bireylerin zihinsel süreçleri ve düşünce kalıpları üzerinde odaklanılır ve olumsuz, yanlış veya yıkıcı düşüncelerin farkına varmaları ve bunları daha sağlıklı düşüncelerle değiştirmeleri teşvik edilir. BDT, genellikle kısa süreli ve odaklı bir terapi şeklidir. Terapi sürecinde, bireyin sorunları belirlenir, olumsuz düşünce kalıpları tanımlanır ve bu kalıpların değiştirilmesi için çalışmalar yapılır. Terapist, bireye bu süreçte rehberlik eder, destekler ve motive eder (Türkçapar ve Sargın, 2012). BDT, birçok psikolojik sorunun tedavisinde etkili olabilir. Özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yeme bozuklukları ve bağımlılık gibi sorunların tedavisinde yaygın olarak kullanılır. BDT'nin temel prensipleri arasında bireyin düşünceleri ve inançları üzerinde odaklanma, hedef odaklı ve yapılandırılmış bir terapi yaklaşımı benimseme, bireyin kendi düşünce kalıplarını sorgulamasını teşvik etme ve terapi sürecinde bireye aktif rol alma ve sorumluluk alma fırsatı verme bulunur. Bu prensipler, bireyin daha sağlıklı bir şekilde düşünmesini, duygusal olarak daha dengeli olmasını ve daha işlevsel davranmasını sağlayarak genel psikolojik sağlığını iyileştirmeyi amaçlar (Vatan, 2016; Wenzel, 2017).

Farkındalık Müdahaleleri

Farkındalık temelli bilişsel terapi, ruh sağlığı alanında kullanılan birçok yaklaşım ve uygulamayı birleştirir. Bu yaklaşımların önemli bir bileşeni bilişsel davranışçı terapidir. Bu yaklaşım, düşünce veya davranış kalıplarının insanların günlük yaşamları üzerinde çok önemli bir etkiye sahip olduğu anlayışına dayanmaktadır. Bu nedenle insanların olumsuz düşünce ve davranışlarının işlevsel düşünce ve davranışlarla değiştirilmesiyle genel işleyişin iyileştirilebileceğini savunur. Dikkatin dağılması, kişinin duygu ve düşüncelerini bir film ekranından izliyormuşçasına olumlu ya da olumsuz yargılarda bulunmaması anlamına gelir. Kavram, duygu ve düşüncelerin geçici olduğu kabulüne dayanmaktadır (Demir ve Gündoğan, 2018).

Zihin gezginliği, bireyin zihninin sürekli olarak geçmiş deneyimler ve gelecekle meşgul olması ve şimdiye odaklanamaması olarak tanımlanmaktadır. Zihin gezginliğinin yapısı, bireyin otomatik bir duruma girmesine ve günlük rutin görevleri düşünmesine gerek kalmadan gerçekleştirmesine olanak tanır. Farkındalık temelli bilişsel terapiyi geliştiren araştırmacılar, insan zihninin bilgiyi farklı şekillerde işlediğini öne sürüyor (Demir, 2017). Temel olarak bilgi işlemenin iki ana yolu: "olma durumu" ve "yapma durumu" olarak görülmektedir. İnsanlar günlük yaşamlarının ihtiyaçlarına göre doğal olarak bu iki durum arasında geçiş yaparlar. Ancak mod değiştirmedeki zorluklar psikolojik sorunlara neden olur. Farkındalık temelli bilişsel terapi uygulayıcıları, kısa vadeli ve sıklıkla değişen bir davranış biçimi yerine, uzun vadeli niteliklere sahip bir varoluş durumunu teşvik eder. Bu nedenle, kalıcı zihinsel ve duygusal değişimlerden en iyi şekilde yararlanmanın yolu bir varoluş biçimi olmaktır. Farkındalıklı bilişsel terapinin bir diğer önemli unsuru farkındalıktır. Bilinç teriminin tanımları farklılık gösterse de bilim insanları genel olarak bilincin, bireyin zihninde ve bedeninde meydana gelen süreçlerin "derin farkındalığı" olduğu konusunda hemfikirdir. Bilinç kavramına dayanan terapiler kişiyi birçok yönden tanıyarak olumlu düşünce ve eylemler aşılamaı amaçlar (Pardos-Gascón ve ark., 2021; Singh ve Gorey, 2018).

Kişilerarası Psikoterapi

Kişilerarası psikoterapi, bireyler arası ilişkilerin ve bu ilişkilerin kişisel gelişim ve psikolojik iyilik üzerindeki etkilerini ele alan bir terapi yaklaşımıdır. Bu terapi türü, bireylerin içsel dünyalarını ve dış dünya ile ilişkilerini anlamalarına yardımcı olurken, duygusal ve zihinsel refahlarını artırmayı amaçlar (Yılmaz, 2016).

Kişilerarası psikoterapi, genellikle bireylerin geçmiş deneyimleri, günlük yaşamları ve ilişkileri üzerinde odaklanır. Terapistler, bireylerin duygularını ve düşüncelerini daha iyi anlamalarına yardımcı olmak için empati kurar ve destekleyici bir ortam sağlarlar. Bu süreç, bireylerin kendilerini daha iyi tanımalarını ve olumsuz düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmelerini sağlar (Cuijpers ve ark., 2016). Yöntemin temel amacı, bireylerin daha sağlıklı ve tatmin edici ilişkiler kurmalarına yardımcı olmaktır. Bu terapi türü, çift terapisi, aile terapisi veya grup terapisi gibi farklı formatlarda uygulanabilir. Kişilerarası psikoterapinin faydaları arasında daha iyi iletişim becerileri geliştirme, duygusal açıdan daha sağlıklı ilişkiler kurma ve stresle daha iyi başa çıkma becerilerini artırma bulunur.

Sonuç olarak, kişilerarası psikoterapi, bireylerin duygusal ve zihinsel sağlıklarını geliştirmeye ve daha tatmin edici ilişkiler kurmalarına yardımcı olabilecek etkili bir terapi yaklaşımıdır. Bu terapi türü, bireylerin yaşamlarındaki zorluklarla daha iyi başa çıkmalarına ve daha mutlu bir yaşam sürdürmelerine destek olur (Ravitz ve ark., 2019).

Müdahale Tekniklerinin Geliştirilmesi

Müdahale tekniklerinin geliştirilmesi, belirli bir psikolojik soruna veya ihtiyaca yönelik olarak etkili ve uygun müdahale yöntemlerini içeren tekniklerin oluşturulması sürecidir. Bu teknikler genellikle bireylerin duygusal, zihinsel ve davranışsal sağlığını geliştirmeyi amaçlar (Gem, 2018). Müdahale tekniklerinin geliştirilmesi genellikle aşağıdaki adımları içerir (Uzun ve Deniz, 2023; Sarıçam, 2014):

İhtiyaçların belirlenmesi: Öncelikle, hedeflenen grup veya bireylerin ihtiyaçları ve sorunları belirlenir. Bu aşamada genellikle literatür taraması, anketler, mülakatlar veya gözlemler gibi yöntemler kullanılır.

Hedeflerin belirlenmesi: Belirlenen ihtiyaçlara ve sorunlara dayanarak, müdahale tekniğinin hedefleri ve amaçları belirlenir. Hedeflerin spesifik, ölçülebilir, erişilebilir, gerçekçi ve zamana bağlı (SMART) olması önemlidir.

Müdahale stratejilerinin belirlenmesi: Hedeflere ulaşmak için hangi stratejilerin kullanılacağı belirlenir. Bu stratejiler genellikle bilişsel-davranışçı, duygusal farkındalık, stres yönetimi gibi terapi tekniklerini içerebilir.

Tekniğinin geliştirilmesi: Müdahale tekniği, belirlenen hedeflere ulaşmayı amaçlayan etkinlikler, materyaller ve uygulamaları içerir. Teknik genellikle uzmanlar tarafından geliştirilir ve deneme yanılma yoluyla iyileştirilir.

Tekniğin uygulanması: Teknik, belirlenen hedeflere ulaşmak için hedeflenen grup veya bireylere uygulanır. Bu aşamada tekniğin etkinliği düzenli olarak değerlendirilir ve gerektiğinde ayarlamalar yapılır.

Değerlendirme: Müdahale tekniğinin etkinliği ve başarısı değerlendirilir. Bu değerlendirme genellikle tekniğin başında belirlenen hedeflere ve amaçlara ulaşma derecesine dayanır.

Müdahale tekniğinin geliştirilmesi süreci, dikkatli planlama, sürekli değerlendirme ve esneklik gerektirir. Her birey veya grup için en etkili müdahale yöntemlerini belirlemek için tekniğin sürekli olarak değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi önemlidir (Sarıçam, 2014).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

BDT'nin Gelişimi ve Kuramsal Temeli

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), psikoterapi alanında en yaygın kullanılan terapi yaklaşımlarından biridir ve duygusal sorunlarla başa çıkma, olumsuz düşünce kalıplarını değiştirme ve istenmeyen davranışları değiştirme üzerine odaklanır. BDT'nin gelişimi ve kuramsal temeli, bilişsel ve davranışçı psikoloji alanlarındaki çalışmaların birleşiminden oluşur (Nurius ve Macy, 2008).

BDT'nin kökenleri, 1950'lerin sonlarında Aaron Beck ve Albert Ellis gibi psikologların çalışmalarına dayanır. Beck, depresyonu anlamak için bilişsel modeli geliştirdi ve hastaların depresif düşüncelerini ve inançlarını değiştirerek duygusal durumlarını iyileştirebileceklerini öne sürmüştür. Ellis ise Rasyonel Duygusal Davranış Terapisi adını verdiği yaklaşımıyla, insanların duygusal sıkıntılarının arkasındaki irrasyonel inançları değiştirerek daha sağlıklı duygusal tepkiler geliştirebileceklerini savunmuştur (Herbert ve ark., 2013).

BDT'nin kuramsal temeli, insanların düşünceleri, duyguları ve davranışları arasındaki ilişkileri anlama ve değiştirmeye odaklanır. BDT'ye göre, insanlar yaşadıkları olaylara karşı verdiği tepkileri, bu olayları algılayış biçimleri belirler. Bu algılayış biçimleri, kişinin geçmiş deneyimleri, inançları ve değerleri tarafından şekillendirilir. Olumsuz düşünce kalıpları, kişilerin kendileri hakkında, dünya hakkında ve gelecek hakkında negatif ve yanlış inançlar geliştirmesine neden olur (Hupp ve ark., 2008).

BDT'nin terapötik hedefi, bireylerin bu olumsuz düşünce kalıplarını tanımalarını ve değiştirmelerini sağlamaktır. Bu süreçte, terapist bireyin düşüncelerini sorgular, gerçekçi olmayan düşüncelerini belirlemesine yardımcı olur

ve daha sağlıklı düşünme ve davranma stratejileri geliştirmesine destek olur. BDT'nin gelişimi ve kuramsal temeli, bilişsel ve davranışçı psikoloji alanlarındaki önemli çalışmaların birleşimiyle oluşmuştur. Bu terapi yaklaşımı, insanların duygusal sorunlarını anlamalarına ve değiştirmelerine yardımcı olmak için etkili bir çerçeve sunar (Özcan ve Çelik, 2017).

BDT Temel İlkeler

Önceki başlıkta da değinildiği üzere BDT, bireylerin düşünceleri, duyguları ve davranışları arasındaki ilişkileri anlamalarına ve olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmelerine yardımcı olan etkili bir terapi yaklaşımıdır (Türkçapar ve Sargin, 2012). BDT'nin temel ilkeleri şunlardır (Özcan ve Çelik, 2017; Sungur, 2003):
 Bilişsel yapılandırma: BDT'ye göre, insanlar yaşadıkları olayları yorumlama biçimlerine göre duygularını ve davranışlarını belirlerler. Bu nedenle, terapi sürecinde bireyin yanlış veya olumsuz düşünce kalıplarını tanınması ve değiştirmesi amaçlanır.

Hedef odaklılık: BDT, belirlenen hedeflere ulaşmayı amaçlar. Terapi sürecinde bireylerin belirli hedeflere odaklanmaları ve bu hedeflere ulaşmak için belirli adımlar atmaları teşvik edilir.

Davranışsal deneyimlerin önemi: BDT'de bireyin duygusal ve zihinsel durumu sadece düşüncelerine değil, aynı zamanda davranışlarına da bağlıdır. Bu nedenle, terapi sürecinde bireyin olumlu davranışları teşvik edilirken, olumsuz davranışları değiştirmesi için desteklenir.

Empati ve destek: BDT'de terapist, bireyin duygularını anlamaya ve desteklemeye odaklanır. Empati, bireyin terapi sürecine aktif olarak katılmasını teşvik eder ve terapisinin etkinliğini artırır.

Öğretici ve işbirlikçi yaklaşım: BDT, bireylere yeni beceriler öğretme ve problem çözme yeteneklerini geliştirme konusunda rehberlik etme üzerine odaklanır. Terapist, bireyin aktif katılımını teşvik eder ve terapi sürecinde işbirliği yapar.

Süreç ve sonuç odaklılık: BDT'de terapist, bireyin terapi sürecinde ilerlemesini düzenli olarak değerlendirir. Bu değerlendirme süreci, terapisinin etkinliğini değerlendirmeye ve gerektiğinde müdahale planını ayarlamaya olanak tanır.

BDT'nin temel ilkeleri, bireylerin duygusal ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik etkili bir yaklaşım sunar. Bu ilkeler, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını değiştirerek daha olumlu bir yaşam sürmelerine ve duygusal refahlarını artırmalarına yardımcı olur (Tabur ve Türkçapar, 2023).

Bilişsel Şemalar

Bilişsel şemalar, bilişsel psikolojide önemli bir kavramdır ve bireylerin dünyayı algılama, düşünme ve anlama şekillerini temsil eder. Bilişsel şemalar, kişinin deneyimleri, inançları ve değerleri gibi faktörler tarafından şekillenir ve genellikle bilinçaltında yerleşik olan otomatik düşünce kalıpları olarak tanımlanır. Şemalar, kişinin kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki genel inançlarını ve varsayımlarını içerir. Örneğin, "Başarılı olmak için her zaman mükemmel olmalıyım" gibi bir bilişsel şema, bir kişinin başarıya ulaşmak için sürekli olarak mükemmeliyetçi olmasına neden olur (Arı, 2021).

Bilişsel terapi, bilişsel şemaları tanımlamayı, sorgulamayı ve değiştirmeyi amaçlar. Bu terapi, bireylerin olumsuz veya hatalı bilişsel şemalarını fark etmelerine ve daha sağlıklı, olumlu şemalar geliştirmelerine yardımcı olabilir. Bu süreç, bireylerin yaşamlarında daha iyi sonuçlar elde etmelerine ve duygusal refahlarını artırmalarına destek sağlar (Özdel, 2015).

Bilişsel Davranış Modeli ve Temel Varsayımlar

Bilişsel teori, bireyin bilişsel yapısını klinik olarak anlarken, düşünmeyi iki ana başlık altında inceler ve bunlar: otomatik düşünceler ve şemalardır. Diyagramlar ise iki gruba ayrılabilir: "ara inançlar (temel varsayımlar ve kurallar)" ve "temel inançlar". Bu üç bilişsel kümenin, üstte otomatik düşünceler, altta ara inançlar ve ortada temel inançlar bulunan, birbirine bağlı üç daire olduğu düşünülmektedir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Otomatik düşünme; bilişsel akışı oluşturan dilsel ve imgesel kısımların adıdır. Bu düşüncelere "otomatik" denir çünkü bunlar zihninizde beliren düşünceler, zihinsel görüntülerdir. Bilişsel davranışçı terapi özellikle duygusal sıkıntı anlarıyla ilişkili olumsuz otomatik düşünceleri ele alır. Çoğunlukla bu düşünceler göz ardı edilir ve onlarla ilişkili duygular göz ardı edilir. Ara inançlar ve kurallara bakıldığında ise topolojik otomatik düşünmenin altında yatan ara inanç ve kuralların belirlenmesi daha zordur (İlgar ve İlgar, 2019). Otomatik düşünmede ortak ve yinelenen temalara ilişkin aracılı inançlar ve kurallar, yoklama teknikleri veya ölçekler kullanılarak ortaya çıkarılabilir. Çocuklar ve gençler, bilişsel, duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtilerin birbirine bağlı olduğunu ve değişikliklerin birlikte diğer üçünü de etkilediğini anladıklarında bilişsel kalıpları tanırlar. Küçük çocuklarda düşünceler, duygular ve eylemler arasındaki ilişki esas olarak çizim yoluyla gösterilebilir. Bilişsel yeniden yapılanma, kendi kendine konuşmanın

değişmesi şeklini alır (Sapmaz, 2011). Yetişkinlerle çalışırken tedavi modelleri daha detaylı anlatılabilir ve yetişkin hastalarla kullanılan teknikler kullanılır. Burada gençlerin güncel sorunlarına odaklanan ve Olayları, İnançları ve Sonuçları (A-B-C) belirleyerek bilişsel modeli bu örnekle açıklamak için metaforlar kullanılabilir. Kendi kendine oluşan sorunlara ilişkin bilişsel bir modeli açıklamak, genel örnekleri kullanmaktan daha iyi sonuç verebilmektedir (Bhattacharya ve ark., 2013).

Bilişsel Çarpıtmalar

Bilişsel çarpıtmalar, bilişsel psikolojide ve bilişsel davranışçı terapide sıkça kullanılan bir terimdir. Bu çarpıtmalar, kişilerin düşünce süreçlerinde yaptıkları hatalı değerlendirmeleri ve yanlış sonuçlara varmalarını ifade eder. Bilişsel çarpıtmalar genellikle olumsuz veya anksiyete uyandırıcı düşüncelerle ilişkilendirilir ve psikolojik sorunların oluşumunda rol oynar (Helmond ve ark., 2015). Bazı yaygın bilişsel çarpıtmalar şunlardır (Fortune ve goodie, 2012; Rnic ve ark., 2016):

1. Filtreleme (seçici dikkat): Olumlu olanı göz ardı edip, olumsuz olanı vurgulama eğilimi. Örneğin, bir kişi bir konuda olumlu geri bildirimleri görmezden gelip, tek bir olumsuz yorum üzerinde yoğunlaşır.
2. Siyah-beyaz düşünme (iki uçlu düşünme): Her şeyi aşırı derecede iyi ya da kötü olarak kategorize etme eğilimi. Bu çarpıtma, genellikle gri alanları göz ardı ederek gerçeklikten sapma riski taşır.
3. Genelleme: Belirli bir olayın veya durumun tek bir örneğine dayanarak genel bir kural çıkarma eğilimi. Örneğin, bir başarısızlık yaşandığında "Her zaman başarısız olurum" gibi genelleme yapmak.
4. Sınırlandırılmış düşünme (katastrofik düşünme): Olasılık dışı kötü senaryoları gerçekleşeceği varsayımıyla aşırı endişelenme eğilimi. Bu çarpıtma, genellikle gelecekle ilgili aşırı kötümserlikle ilişkilendirilir.
5. Kişiselleştirme: Dış faktörleri veya olayları kendine yönlendirme eğilimi. Örneğin, birisi size kötü bir gün geçirdiğinde, bunu kendi hatalarınızla ilişkilendirme.
6. Etiketleme ve kategorilendirme: Kendinizi ya da diğerlerini tek bir özelliğe dayalı olarak aşırı basite indirgeme eğilimi. Örneğin, bir hata yaptığınızda kendinizi "başarısız" olarak etiketleme.

Bu çarpıtmalar, kişinin düşünce süreçlerini gerçeklikten uzaklaştırabilir ve duygusal sıkıntıların veya psikolojik sorunların oluşmasına katkıda bulunabilir. Bilişsel davranışçı terapi, bu çarpıtmaları tanımayı ve değiştirmeyi hedefleyerek

bireylerin daha sağlıklı ve gerçekçi düşünce kalıpları geliştirmelerine yardımcı olur (Boyacı ve İlhan, 2016).

BDT Teknikleri

Bilişsel davranışçı terapi, terapistin danışana bilgi sağladığı eğitim temelli bir terapi modelidir. Bu modelde eğitim değerlendirme aşamasında başlar ve tedavi boyunca devam eder. Bu eğitimlerin temel amacı ilişki kurmaya zemin hazırlamaktır. İlk eğitim sırasında danışana BDT modeli ve tedavi süreci hakkında psiko-elit bir eğitim verilir. Ayrıca müşterinin sorunları hakkında bilgi verilmektedir. Aşağıdaki sürecin amacı danışanın fikirlerini, varsayımlarını, olumsuz otomatik düşünme tanımlarını ve gözlemlerini yakalamaktır (Baykal, 2017). Daha sonra Sokratik bir diyalog oluşturma, görevler ve varsayımlar hakkında bilgi edinme, elde edilen bilgileri belgeleme ve farklı yorumlar nedeniyle otomatik ve antipersonal düşünceleri keşfetme konusunda eğitim verilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi harcanan zamana odaklanır. Modelin en önemli unsurlarından biri psikolojik destek ve ödev almaktır (Buran, 2021).

Bilişsel Teknikler

Bilişsel terapi modelinde kullanılan tekniklerin temel amacı danışanın bilgi işleme sürecindeki hata ve önyargıları düzeltmek, işlevsiz, çarpık inançları ortaya çıkarmak ve bunların yerine işlevsel inançları koymaktır. Bu nedenle bilişsel terapide çoğunlukla bilişsel teknikler kullanılmaktadır. Model öncelikle bilişsel teknikleri kullanır. Davranışsal yaklaşımlar danışanın sorunlarının bilişsel olarak hazırlanması ve rasyonelliğinin ortaya çıkmasıyla başlar. Davranış teknikleri esas olarak depresyon için kullanılır (Kelleci ve ark., 2014).

Otomatik Düşüncelerin Tanımı ve Açığa Çıkarılması

Otomatik düşünceler kişinin zihninde düşünce ve görüntüler olarak ortaya çıkar. Otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasında tetikleyici ve destekleyici faktörlerin önemli olduğu düşünülmektedir. “O dönemde düşünceleriniz nelerdi?” “Ne düşünüyorsun?” Soruları sorulduğunda kişinin otomatik düşüncelerini ifade etmesi, düşüncelerini ifade etmesi zaman alır. Bunu başarmak için durumu iyileştirmeleri ve kayıt tutmaları gerekir (Colvin, 2023).

Otomatik Düşünce Kayıtları

Bu bölüm danışanın otomatik düşünceleriyle ilgilidir ve seans sırasında örnekler verildikten sonra danışandan hafta içinde olumsuz bir duygu oluştuğunda otomatik düşünce kağıdını kullanarak kağıda not alması istenir. Düşünme süreci,

olayın tarihinin, olayın içeriğinin, olaya verilen duygusal tepkinin, olayla ilgili düşüncelerin, inançların, alternatif düşünce, duygu ve düşüncelerin yeniden düşünülmesini içeren karar aşamasını içerir. Danışan gün içinde karşılaştığı olumsuz durumları, durumlara verdiği duygusal tepkileri, duruma ilişkin düşüncelerini ve diğer düşüncelerini not eder. Ancak bu duygu ve düşünceler dijital ortamda ifade edilmektedir (Rozek ve ark., 2018).

Otomatik Düşünceleri Doğrulama ve Gerçekliği Test Etme

Bu aşamada Sokratik sorgulama, kanıtları inceleme, bilişsel hataları tanımlama, bu hatalara alternatifler oluşturma, gerçekçi tepkiler, rasyonel tepkiler ve hayal gücü gibi teknikler kullanılır. Bu teknikler danışanların otomatik düşüncelerinin farkına varmalarına, bunları kabul etmelerine ve yanlış düşünceleri alternatifleriyle değiştirmelerine yardımcı olur (Bennett ve ark., 2023).

Yönlendirilmiş Sorgulama

Sokratik sorgulama, bilişsel terapide de çok önemli kabul edilir. Doğru zamanda doğru sorularla yeni şeyler öğretmek veya keşfetmek sokratik sorgulama olarak tanımlanmaktadır (Özcan ve Çelik, 2017). Yöntemin temel bir terapötik işlevi vardır ve aynı zamanda bilgi toplama aşamasında bir araçtır. Problem modelinin açık uçlu ve teoriden bağımsız olduğu bilinmektedir. Sokratik sorgulama modelinde amaç, danışanla ilgili mevcut bilgileri ortaya çıkarmak veya mevcut bilgileri kullanarak yeni sonuçlar çıkarmaktır. Sokratik araştırma modeliyle uygulanan süreç, rehberli keşif olarak tanımlanmaktadır (Karakaya ve ark., 2013).

Olumsuz İnançların Değiştirilmesi

Danışanın alternatif düşüncelerinin altında yatan sorun incelendikten sonra danışana yük getirmeyen, kaygısını azaltan açıklamalar ve alternatif düşünceler değerlendirilir. Daha sonra terapistin rasyonel inançları belirlemedeki yardımıyla danışan olumsuz ve rasyonel inançlar arasında geçiş yapmayı öğrenir (Bengisoy ve ark., 2019).

Davranışsal Teknikler

İnançlar

Temel inanç; bazı kaynaklarda buna şema da denir. İnsanların kişisel ve çevresel bilgileri nasıl organize ettiklerini ve kendileri, diğerleri ve dünya hakkındaki temel varsayımları içeren temel inançlar, geçmiş yaşamların ve deneyimlerin sonucudur. Otomatik düşüncelerden genel oldukları için, ara inanç ve kurallardan ise olumsal yargılardan ziyade açık yargılar içerdikleri için ayrılırlar. Beck temel

inançları üç geniş kategoriye ayırmaktadır ve bunlar: güçsüzlük, istenmeyenlik ve değersizliktir. "Çaresizliğin Temel İnançları" başlığı altında "Yetersizim, beceriksizim, zayıfım" gibi temel inançlar yer alır. "Çirkinim, sıkıcıyım, sevilmiyorum" gibi temel inançlar, grubun hoşlanmamasına örnek olabilir. "Yaşamayı hak etmiyorum, tehlikeliyim, değersizim" gibi inançları temel değersizlik inançları altında toplanabilmektedir (Boyacı ve İlhan, 2016; Hollon ve Beck, 2013).

Nefes egzersizi

İnsanlık tarihi boyunca nefes almanın sadece oksijen-karbondioksit değişimini sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda bütünsel değişim, boyutsal değişim, farkındalığın artması ve en önemlisi "zihin, ruh ve beden" arasında bir köprü olduğu bilinmektedir. Sadece nefesi gözlemlemek ruhu, zihni, bedeni ve duyguları bir araya getirir. Endişe verici durum ortadan kaldırılamıyorsa, onunla ilgilenilmelidir. Nefes egzersizi stresi ve kaygıyı azaltan tekniklerden biridir ve en kolay, en hızlı ve en yüksek rahatlamayı sağlar (Road ve ark., 2021). Nefes egzersizleri tek başına rahatlatıcı olabileceği gibi diğer rahatlama egzersizlerinin bir parçası olarak da kullanılabilir (Demir, 2018).

Gevşeme

Rahatlama kelimesi dinlenme, rahatlama ve dinlenme anlamına gelir. Progresif kas gevşemesi, vücuttaki büyük kas gruplarını esnetmeye, tutmaya ve ardından gevşetmeye odaklanarak fiziksel ve zihinsel rahatlama sağlayan bir yöntemdir. Bunun yanı sıra diğer rahatlama yöntemleri arasında nefes alma, göbekten nefes alma ve otojenik rahatlama yer alır. Gevşemenin stres ve kaygıyı azaltma, kas gerginliğini giderme, ağrı ve yorgunluğu giderme, uykuyu kolaylaştırma gibi olumlu etkileri vardır (Okumuş ve ark., 2019). Altı hafta boyunca her gün on dakikalık egzersiz ve derin karın nefesi yapılırsa, insanlar daha az yorgunluk yaşar ve daha iyi uyurlar. Başka bir çalışmada, gevşeme eğitimi alan üniversite öğrencilerinin, bu eğitimi almayan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha düşük kaygı düzeylerine sahip oldukları ve yaşam kalitelerinin önemli ölçüde arttığı bulunmuştur. Gerçekten rahatlamayı başaran kişinin derin ve rahat nefes alması, sıcak ve ağır elleri ve ayakları, yavaş ve düzenli kalp atışı, sıcak bir midesi ve serin bir alını vardır. Rahatlamamanın en iyi yolu, vücudunuzdaki tüm kasları yavaş yavaş germek ve sonra tekrar gevşetmektir (Reiss ve ark., 2017; Sütcü ve ark., 2010).

İlgili Araştırmalar

Çalışmanın bu bölümünde çocuğu hastanede tedavi görmekte olan anneler için uygulanan müdahale tekniğinin etkinliğini inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmalara yer verilmiştir.

Levy ve ark. (2010), çalışmasında kronik ağrısı olan çocuklara uygulanan BDT temelli psikoeğitim tekniğinin etkinliğini ebeveyn görüşleri üzerinden incelemiştir. Araştırmada bilişsel-davranışçı eğitim tekniğinin karşılaştırma durumundaki çocuklara göre ağrı ve gastrointestinal semptom şiddetinde (ebeveynler tarafından bildirildiği gibi) takip için daha fazla başlangıç gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, psikoterapi alan çocukların ebeveynleri, kontrol grubundaki ebeveynlere kıyasla çocuklarının semptomlarına istekli yanıtlarda daha fazla azalma olduğunu bildirmiştir. Bu bağlamda psikoterapinin etkinliği ortaya koyulmuştur.

Gulczynski (2016) çalışmasında yoğun bakımda tedavi gören bebeği olan annelerin akut travmatik stres belirtilerinin azaltılmasında BDT temelli psikoterapi eğitiminin etkinliğini incelemiştir. Araştırmada yöntem olarak kapsamlı bir literatür taraması ve 15 nicel ve nitel araştırma makalesi analiz edilmiştir. Başlıca literatür bulgularını elde etmek ve verileri karşılaştırmak için daha önceden hazırlanan formlar kullanılmıştır. Bu sistematik derlemede bulunan üç ana tema, hemşirelik uygulamaları arasında günlük, terapötik iletişim, aile merkezli bakım ve eğitim ve destek gruplarının önemi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda hemşirelerin klinik ortamlarda stresli ebeveynler üzerinde muazzam bir etkiye sahip oldukları belirlenmiş ve travma odaklı BDT (TF-BD), BDT ve diğer stres azaltıcı tekniklerin hemşirelik müdahalelerine entegre edilmesi durumunda, bunun travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gibi ciddi psikolojik bozuklukların uzun vadeli gelişimini önleyeceği ve genel çocuk gelişimini iyileştireceği bildirilmiştir.

Ay (2018), çalışmasında kanserli çocuğu olan ebeveynlerde BDT temelli tekniği çeşitli değişkenler açısından incelemiştir. Bu çalışmada kanserli çocukların ebeveynlerine verilen bilişsel-davranışçı psikoeğitimin umutsuzluk ve stresle baş etme üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırma, kontrol gruplu deneysel bir çalışma gibi ön ve son test olarak yürütülmüştür ve veriler 64 (30 deney, 34 kontrol) ebeveyninden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" ve "Beck'in Umutsuzluk Ölçeği" kullanılmış ve deney grubundaki ebeveynlere iki haftada bir bireysel olarak toplam 8 seans boyunca bilişsel davranışa dayalı psikoeğitim uygulanmıştır. Elde edilen veriler

değerlendirildiğinde eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının etkili stresle başa çıkma puan ortalamaları düşük, etkisiz duygusal başa çıkma ve toplam umutsuzluk puan ortalamaları ise yüksek bulunmuştur. Eğitim sonrasında deney grubundaki deneklerin stresle baş etme becerilerinin kontrol grubuna göre arttığı, umutsuzluk düzeylerinin azaldığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Toosi ve Amiri (2018), çalışmalarında psikiyatrik rahatsızlığı olan ve tedavi gören çocuğa sahip annelerde BDT temelli eğitim tekniğinin etkilerini incelemişler ve Meşhed'de İbn-i Sina psikiyatri hastanesinde tedavi görmekte olan çocuklara sahip 30 anne üzerinde inceleme yapılmıştır. Araştırma sonucunda bilişsel davranışçı terapi deney grubunda kontrol grubuna göre yaşam doyumunu artırmış ve depresyonu anlamlı olarak azaltmıştır ve bu etki takip süresi boyunca devam etmiştir. Bu bulgular, psikiyatri hastanesine başvuran çocuğu olan annelerde bilişsel davranışçı terapinin depresyon ve yaşam doyumunu üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermiştir.

Aksu (2023), çalışmasında hastaneye yatışı yapılan yenidoğan bebeklerde refakatçi annelerine verilen psikoeğitimin, annelerin duyguları yönetme becerilerine, anksiyete ve stres düzeylerine üzerine etkisini incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmanın örneklemini merkez ilçede yer alan Ağrı Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Süt Çocuk Kliniği'ne başvuru yapan 1-24 ay arası 20 deney grubu 20 kontrol grubu olmak üzere 40 çocuğun annesi oluşturmaktadır. Araştırma bulgularına göre deney grubundaki annelerin anksiyete düzeyleri anlamlı olarak azalırken; kontrol grubu annelerinin endişe düzeyleri de anlamlı olarak azalmıştır. Deney grubu annelerinin ön test ve son test puan ortalamaları arasında; kontrol grubu annelerinin de ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda çalışmada çocuğu hastaneye yatan annelerin stres ve endişe düzeylerinin yüksek olduğu ve duygularını düzenlemede zorluk yaşadıkları, bu süreçte annelere duygu yönetimine dayalı verilen psikoeğitim ile kısa süreli yatışlarda dahi stres, anksiyete düzeylerinin azaltılabileceği, duygularını yönetme becerilerinin kazandırılabilceği bildirilmiştir.

Caner ve ark. (2023) yaptıkları çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bağlanma ve stres düzeylerini incelemişlerdir. Çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki (YYBÜ) bebeklerin monitörlere ve cihazlara bağlı olmasının, özellikle monitörlerin ani seslerinin, anneler için stres yaratan

önemli faktörler olduğu saptanmıştır. Bebeği mekanik ventilatöre (MV) bağlı olan annelerin stres düzeyleri daha yüksek bulunmuş, bu stres düzeyleri bebeğin MV'ye bağlı olduğu gün sayısı ile artmıştır. Evde bebekleriyle zaman geçiren annelerin stres puanlarının daha düşük olduğu ve anne-bebek etkileşimlerinin daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Anne duyarlılığının anne-bebek bağlanmasını öngören önemli bir faktör olduğu belirtilirken, MV'ye bağlılık ve kullanılan sedatiflerin anne-bebek etkileşimini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Annelerin stresle başa çıkmada genellikle duygu odaklı stratejiler ve sosyal destek arayışı tercih ettikleri, bu stratejilerin YYBÜ'deki annelerin stres ve bağlanmaları üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır.

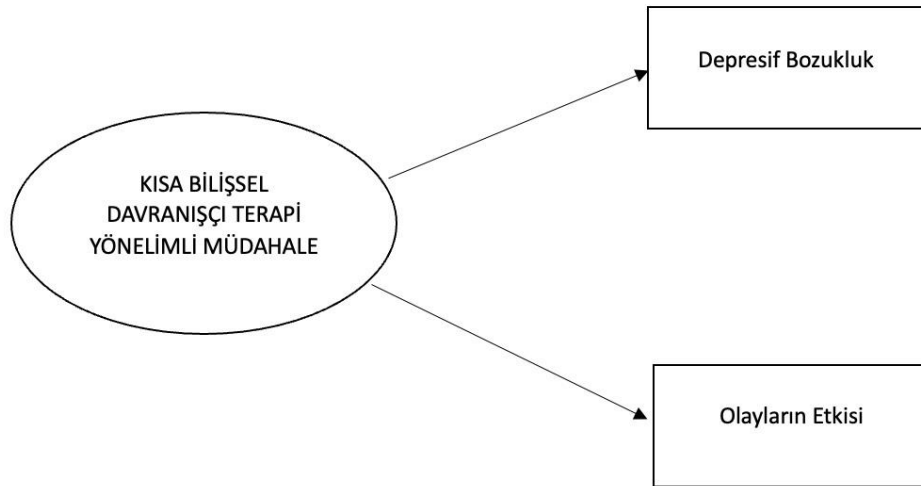
BÖLÜM III

Yöntem

Araştırma Modeli

Bu araştırmada müdahale tekniğinin etkisini ölçebilmek için bu çalışmada ön-test son test tek grup ile zayıf deneysel desen kullanılmıştır. Zayıf deneysel desen, desen iç geçerliliği tehdit eden faktörlerin kontrol edilmediği ve seçkisiz bir yaklaşımla gerçekleştirilen çalışmaları ifade eder. Bu deneysel desende, tek bir grubun ön test ve son test sonuçları ile deneysel işlemin etkisi değerlendirilir. Deneklerin ölçümleri, uygulama öncesi ve sonrasında aynı ölçme araçları yapılır. Seçkisizlik ve eşleştirme yoktur; sadece ön test ve son test sonuçları arasındaki farkın anlamlılığı test edilir (Büyüköztürk, 2019).

Çalışmanın örneklem büyüklüğü belirlendikten sonra araştırmada kullanılacak olan örneklem yöntemi amaca yönelik örneklem şeklinde belirlenmiştir. Amaca yönelik örneklemede evren birbirine benzer tabakalara ayrılır, araştırmacı kimlerin seçileceği konusunda kendi yargısını kullanarak sorununu en iyi temsil edebilecek olan ve araştırmanın amacına en uygun olan elemanlar örnekleme dâhil edilir (Pamuk, 2017)



Şekil 1 Araştırma Modeli

Çalışma Grubu

Araştırma KKTC Lefkoşada bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin Çocuk Yoğun Bakım servisinde yatan çocukların bakım vermekle yükümlü olan annelerden oluşmaktadır. Araştırma yoğun bakım servisinde

çocuklarına bakım vermekle yükümlü olan 22 anneden oluşmaktadır. 22 anne seçilirken Karasar'ın (2005) ulaşılabilen evren dikkate alınarak belirlenmiştir. Araştırmada dahil etme kriterlerini, yoğun bakım servisinde bakım alan çocuğu olan anneler, Dışlama kriterlerini ise yoğun bakım servisinde bakım alan çocuğu olmayan anneler olarak belirlenmiştir. Daha önce yapılan benzer çalışmalarda (Tasa ve Mutlu, 2022; Yaşar ve Aydoğdu, 2022) raporlanan etki büyüklüğü temel alınarak G*Power yazılımı kullanılmıştır. Buna göre ön test son test puanlarına ilişkin 2 faktörlü varyans analiz sonucun etki büyüklüğünün en az 0.3 olduğu durumda ve alfa değeri 0.05 düzeyinde %80 güç değeri için gerekli olan örneklem büyüklüğü 24 kişi olarak hesaplanmıştır. Fakat çalışma süresince dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak toplamda 22 katılımcı araştırmaya dahil olmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de paylaşılmıştır.

Tablo 1.
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
29 ve altı	8	36,36
30 ve üstü	14	63,64
Medeni Hal		
Evli	19	86,36
Dul/Boşanmış	3	13,64
Çocuk sayısı		
Tek	10	45,45
İki	7	31,82
Üç	5	22,73
Çocuğun hastalığı/ tanısı		
Bronşit	1	4,55
Diyabet	1	4,55
Enfeksiyon	2	9,09
Epilepsi	3	13,64
Erken doğum	3	13,64
Kalp Rahatsızlığı	2	9,09
Prader-will sendromu	1	4,55
Serebral Palsi	2	9,09
Tansiyon	1	4,55
Travma/Kaza	6	27,27
Hastanede tedavi görme süresi		
1 hafta ve altı	12	54,55
1 haftadan fazla	10	45,45
Öğrenim durumu		
İlköğretim	5	22,73
Lise	8	36,36
Yükseköğretim	9	40,91
Meslek		
Çalışmayan	13	59,09

Çalışan	9	40,91
Ortalama Gelir Düzeyi		
8.000-12.000	3	13,64
12000 ve üstü	19	86,36
Daha önce psikolojik destek alma		
Alan	6	27,27
Almayan	16	72,73
Psikiyatrik bir hastalık durumu		
Var	2	9,09
Yok	20	90,91

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiş olup, %36,36’sının 29 yaş ve altında, %63,64’ünün 30 yaş ve üstünde, %86,36’sını evli, %13,64’ünün dul/boşanmış, %45,45’inin tek çocuk, %31,82’sinin iki ve %22,73’ünün üç çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çocuklarının hastalıkları incelendiğinde, %13,64’ünün epilepsi ve %13,64’ünün erken doğum, %27,27’sinin travma/kaza olduğu, %54,55’inin çocuğunun 1 hafta ve altı, %45,45’inin 1 haftadan fazla süredir tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Katılımcıların %22,73’ünün ilköğretim mezunu, %36,36’sının lise ve %40,91’inin yükseköğrenim mezunu olduğu, %40,91’inin çalıştığı, %86,36’sının aylık gelirin 12.000 TL ve üstünde olduğu, %27,27’sinin daha önce psikolojik destek aldığı ve %9,09’unun psikiyatrik hastalığının bulunduğu saptanmıştır.

Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri Kasım 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında KKTC Lefkoşada bulunan Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi’nde toplanmıştır ve çalışma başlanıcında kurumdan gerekli izin alınmıştır (Ek 2). Uygulamalara başlamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı, çalışmanın tamamen bilimsel amaç doğrultusunda gerçekleşeceği bilgisi verilmiştir. Araştırmanın uygulama aşaması 6 ay olarak düşünülmüştür. Müdahale tekniği yüzyüze şekilde toplamda 3 defa uygulanmıştır ve bire bir oturumlardan oluşmaktadır. Her bir oturum 45-50 dakika sürmüştür. Her kişiyle haftada 1 olacak şekilde toplamda 3 oturum gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar müdahale tekniğinden önce ön –test, müdahale tekniğinden sonra son-test ve müdahale tekniği tamamlandıktan iki hafta sonra ise izleme testini tamamlamışlardır.

Veri Toplama Araçları

Aydınlatılmış Onam ile Bilgilendirme Formu (Ek 3) ve katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacı ile Kişisel Bilgi Formunu (Ek 4) içermektedir. Bunun yanında Hasta sağlık anketi PHQ-9 (depresyon) ölçeği (Ek 5) ve Olayların Etkisi Ölçeği (IESR) (Ek 6) kullanılmıştır ve bu ölçeklerin kullanımına ilişkin gerekli izinler alınmıştır (Ek 7, Ek 8).

Yoğun bakım ünitesinde çocuklarına bakım veren anneler müdahale tekniğinin dahil edilmek üzere belirlenmiştir. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılara çalışma içeriği hakkında detaylı bilgi sunulmuştur. Katılımcılara bilgilendirme formu ve aydınlatılmış onam formu verildikten sonra çalışma başlatılmıştır. Her katılımcı ile haftada bir olmak üzere toplam üç oturum gerçekleştirilmiştir. İlk oturumda, katılımcılara ön test olarak Hasta Sağlık Anketi PHQ-9 (depresyon) ve Olayların Etkisi Ölçeği, (IESR) Kişisel Bilgi Formu ve Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Bu oturumda ayrıca benzer durumlarla karşılaşan bireylerin yaşayabileceği depresif belirtiler hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. İkinci oturumda, katılımcılara Olumsuz Otomatik Düşünceleri İnceleme Formu uygulanmıştır. Üçüncü oturumda ise katılımcılara nefes egzersizi olarak Güvenli Yer Egzersizi yaptırılmıştır. Üçüncü oturumdan bir gün sonra, katılımcılara son test olarak Hasta Sağlık Anketi PHQ-9 (depresyon) ve Olayların Etkisi Ölçeği (IESR) tekrar uygulanmıştır. Son testin uygulanmasından iki hafta sonra, izleme testi olarak yine Hasta Sağlık Anketi PHQ-9 (depresyon) ve Olayların Etkisi Ölçeği (IESR) katılımcılara yeniden uygulanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, ile ilgili sorular yer almaktadır. Katılımcılardan daha gerçekçi bilgi alabilmek adına ve gizliliğin korunması adına kimlik bilgilerine yer verilmemiştir.

Hasta Sağlık Anketi

PHQ-9 (Depresyon): Hasta Sağlığı Anketi, ilk olarak Dr. Robert L. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams ve diğerleri (1990) tarafından geliştirilmiştir. Bu anket, bireylerin depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmış ve zamanla farklı versiyonlarıyla birlikte çeşitli ruhsal sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sarı ve ark. (2016) tarafından yapılan ölçek dokuz sorudan oluşmaktadır. Hasta Sağlık Anketi ölçeğinin

depresyon taraması için hazırlanan alt ölçeğidir. Yalnızca depresyon taraması amacı ile değil, depresyonun şiddetini ve süreçinde yapılan tedaviye alınan klinik yanıtı takip etmek amacı ile de kullanılabilir. Hasta Sağlık Anketi-9'un duyarlılığı %71,4 duyarlılığı, özgüllüğü %91,9, pozitif kestirim değeri %55,2 ve negatif kestirim değeri %93,7 olarak bulunmuştur. Hasta Sağlık Anketi-9 depresif bozukluk tanısı ile ilgili toplam dokuz ölçeğin ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığını araştırmak için düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelenerek alt ölçeklerin her bir maddesinin Cronbach katsayıları ve iç tutarlılığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Güvenilirlik için test-tekrar test korelasyonları da analiz edilmiştir. Faktör yapısı, temel bileşenler analizi kullanılarak incelenmiştir. Geçerlilik için uyumlu ve özel grupları ayırt etmenin geçerliliği de araştırılmıştır. Ölçekteki toplam puanlar yeterli bir test-tekrar test tutarlılığı göstermiştir (sırasıyla $r = 0.54, 0.52$ ve 0.76). Test-tekrar test analizinde tüm maddeler yeterli korelasyon gösterdi ($r > 0.26$). İç tutarlılık testinde Cronbach α değerleri 0,86 (kontrol), 0,93 (hasta), ve 0,92 (toplam) idi. Sorular bireysel olarak incelendiğinde, kontrol grubunda PHQ somatizasyon alt ölçeğinin 7. maddesi için madde-toplam korelasyonunun yetersiz olduğu görülmüştür. Açımlayıcı faktör analizi ve varimax döndürme sonuçları, ölçeğin 4 faktörlü bir yapı sağladığını göstermiştir. Geçerlilik analizinde, hasta arasında anlamlı bir fark ve kontrol grubu ortalama değerleri belirlendi. SCL-90R, 7 maddelik Whiteley İndeksi ve SCL-90R bedenselleştirme alt ölçeklerinin, ölçüt bağıntılı geçerliliği sağlamak için belirtisayısıyla yeterince ilişkili olduğu bulundu. PHQSADS için iç tutarlılık, test-tekrar test tutarlılığı, madde-toplam korelasyonu, faktör yapısı, belirli gruplar için ayırt edici geçerlilik ve ölçüt bağıntılı geçerliliğe ilişkin bulgular, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik açısından kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. PHQ ölçekleri, bu yaygın ruhsal bozuklukları ayrı ayrı değerlendirmek ve bozuklukları Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler (SADS) adı verilen bir araçla birlikte değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçekler, bu bozuklukları teşhis etmek ve değerlendirmek için birinci basamakta ve genel tıbbi uygulamada önemli araçlar haline gelmiştir. PHQ-9, tam PHQ'dan alınan 9 maddelik bir depresyon modülüdür. 9 semptom kriterinden 5 veya daha fazlasının yeterli bir süre boyunca mevcut olması durumunda majör depresyon tanısı konur (Güleç, M. Y2012). PHQ-9 uyarılama çalışmasında olduğu gibi orijinal çalışmasında da geçerli ve güveniliridir.

Olayların etkisi ölçeği (IES-R)

“Ölçek, IES-R, Weiss ve Marmar tarafından 1997’de, Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) PTSD ölçütlerine göre hazırlanmıştır. “Olayların Etkisi Ölçeği” (IESR) Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Orijinal IES (Horowitz ve ark. 1979) travmatik stres semptomlarına değerlendirmek amacıyla en yaygın kullanılmış olan ölçeklerden birisidir. IES-R travmatik stres ölçümü için kabul edilmiş ve kullanılmış (Cusack ve Spates 1999, Pfefferbaum ve ark. 2000) ve orijinal İngilizce dışında birçok dilde geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (Asukai ve ark. 2002, Bagu ena ve ark. 2001). Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği çalışması için Türkçe’ye çevrilen IES-R ölçeğinin PTSD olgularında geçerliliği ve güvenilirliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, PTSD değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ve Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan “Clinician Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale” (CAPS), referans ölçek olarak kullanılmıştır (Aker ve ark. 1999). Çorapçioğlu ve ark. tarafından (2006) yılında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmaya 18-65 yaş arası posttravmatik stres bozukluğu (PTSD) tanısı olan 104 ve PTSD olmayan 65 olgu alınmıştır. Sosyodemografik özelliklerin kaydedilmesinden sonra tüm olgulara IESR ölçeği ve PTSD değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ve Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan “Clinician Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale” (CAPS) uygulanmıştır.

IES-R ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı tüm grup için 0.937, çeşitli çalışma grupları için 0.874-0.936 arasında bulunmuştur. Bu değerler, ölçeğin iç tutarlılığının çok iyi derecede ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu göstermektedir.

IES-

R ölçeğinin ve alt ölçeklerinin CAPS ölçeği ve alt ölçekleri ile korelasyonu Spearman analizi ile değerlendirildiğinde toplam puan ($r=0.705$, $p<0.001$), yeniden yaşama puanı ($r=0.693$, $p<0.001$) ve aşırı uyarılma puanının ($r=0.639$, $p<0.001$) korelasyon katsayılarının iyi derecede, kaçınma puanı için ise orta derecede olduğu saptanmıştır ($r=0.491$, $p<0.001$). ROC eğrisi altında kalan alan standart hata, 0.878 ± 0.031 olarak bulunmuştur ($p<0.001$). Kesim değerinin 24 ile 33 arasında olduğu durumlarda duyarlılık ve özgüllük değerlerinin her ikisinin de %70’ten yüksek olduğu görülmüştür. IES-R ölçeğinin Cronbach iç tutarlılık katsayısı 0.937 ($p<0.0001$) olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma ile IES-R ölçeğinin Türkçe

versiyonunun PTSD tanısında geçerli olduğu, 24 ile 33 kesim değerleri arasında tanılabilir performansının iyi olduğu ve iç-tutarlılığının yüksek olduğu gösterilmiştir (Çorapçıoğlu, 2006). Ölçekte, son 7 gündeki belirtilerin şiddetinin 0-4 arası puanlandığı 22 soru bulunmaktadır. IESR; yeniden yaşama (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular), kaçınma (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. sorular) ve aşırı uyarılma (4, 10, 15, 18, 19, 21. sorular) olmak üzere 3 alt ölçeğin birleşmesinden oluşmaktadır. (Deville 2001). Her semptom için aynı zamanda beşli skala üzerinden (0-4) sıklık ve şiddet de sorgulanmaktadır.

Veri Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinin yapılmasında Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 27.0 yazılımı kullanılmıştır.

Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk ve Olayların Etkisi Ölçeğine vermiş oldukları yanıtların güvenilirliği için Cronbach Alfa testi kullanılmış olup, alfa katsayıları sırasıyla 0,758 ve 0,851 bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı frekans analizleriyle incelenmiş ve Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk ve Olayların Etkisi Ölçeği puanları için tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk ve Olayların Etkisi Ölçeği Puanlarının Normallliği

		Shapiro-Wilk				
		İst.	sd	p	Çarpıklık	Basıklık
Ön Test	Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk	0,947	22	0,275	-0,028	-0,971
	Yeniden yaşama	0,842	22	0,002	-1,495	1,503
	Kaçınma	0,923	22	0,089	-0,889	0,273
	Aşırı uyarılma	0,963	22	0,550	-0,108	-0,033
	Olayların Etkisi Ölçeği	0,839	22	0,002	-1,575	2,979
Son Test	Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk	0,949	22	0,307	-0,131	-1,039
	Yeniden yaşama	0,876	22	0,010	-0,783	-0,678
	Kaçınma	0,913	22	0,055	-0,941	0,714
	Aşırı uyarılma	0,958	22	0,457	-0,489	-0,410
	Olayların Etkisi Ölçeği	0,926	22	0,102	-0,853	0,494
İzleme Testi	Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk	0,951	22	0,324	0,696	1,396
	Yeniden yaşama	0,949	22	0,304	-0,312	-0,937
	Kaçınma	0,962	22	0,524	-0,534	0,305
	Aşırı uyarılma	0,963	22	0,551	-0,295	-0,868

Tablo 2’de katılımcıların hasta sağlık anketi-depresif bozukluk ve olayların etkisi ölçeği puanlarının normalliği için Shapiro-Wilk testi uygulanmış ve çarpıklık-basıklık değerleri gösterilmiş olup, veri setinin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeği ve Olayların Etkisi Ölçeği puanları Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının karşılaştırılmasında Tekrarlı ölçümler için ANOVA uygulanmıştır.

Çalışma Planı

Araştırma konusu ve değişkenler belirlendikten sonra kullanılacak olan ölçekler belirlenmiştir. Belirtilen ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren veya uyarlayan araştırmacılardan izin alınmıştır. Bu süre zarfında Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’na tasarlanan araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için “Etik Kurul Formu” hazırlanarak izin talebinde bulunulmuştur. Etik Kuruldan karar YDÜ/SB/2023/1644 numaralı izin alınmıştır (Ek 1). Hastanede çalışmayı yürütebilmek amacı ile Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinin etik kurulundan da gerekli izinler alınmıştır (Ek 2). Çalışılması planlanan örneklem grubuna göre hazırlanmış sosyo-demografik bilgi formu ve kullanılacak olan ölçekleri içeren sorular hazırlanmıştır. Hazırlanan ölçekler dışında seans planlaması kapsamında otomatik düşünce formu ve nefes egzersizleri katılımcılara uygulanmak üzere hazırlanmıştır. Bu form müdahale tekniği kapsamında yüz yüze toplamda 3 defa; ön test, son test ve izleme olacak şekilde bire bir oturumlardan gerçekleşmiştir. Her bir oturum 45-50 dakika olmak üzere her kişiyle haftada 1 olacak şekilde toplam 3 oturum gerçekleşmiştir. Planlanan katılımcı sayısına ulaşıldıktan sonra veriler analiz edilmiştir. Tablo ve şekil halinden sonra yorumlanarak teze dahil edilmiştir. Etik kurul izni alındıktan sonra, verilerin toplanması ve analiz edilmesi zaman aralığında çalışmanın Giriş, Kavramsal Çerçeve ve Yöntem bölümlerinin büyük bir kısmı tamamlanmıştır. Analiz ve yorumlar yapıldıktan sonra geri kalan bölüm tamamlanmıştır.

BÖLÜM IV

Bulgular

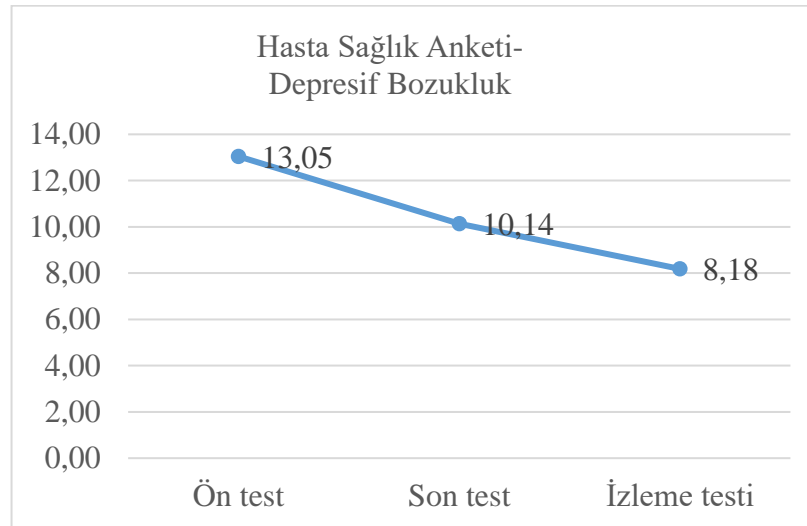
Tablo 3.

Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçüm Zamanı	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	η^2
Hasta Sağlık	Ön test	22	13,05	5,29	5	22			
Anketi-	Son test	22	10,14	4,09	3	17	11,985	0,000*	0,363
Depresif Bozukluk	İzleme testi	22	8,18	3,36	2	17			

* $p < 0,05$

Tablo 3'te katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları verilmiştir.



Şekil 2 Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Puanları

Şekil 2'ye göre katılımcılar Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeğinden ön testte $13,05 \pm 5,29$ puan, son testte $10,14 \pm 4,09$ puan ve izleme testinde $8,18 \pm 3,36$ puan almıştır.

Tablo 3'e göre katılımcıların Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların son test ve izleme testinde Hasta Sağlık Anketi-Depresif Bozukluk Ölçeğinden aldıkları puanlar ön teste göre düşük bulunmuştur.

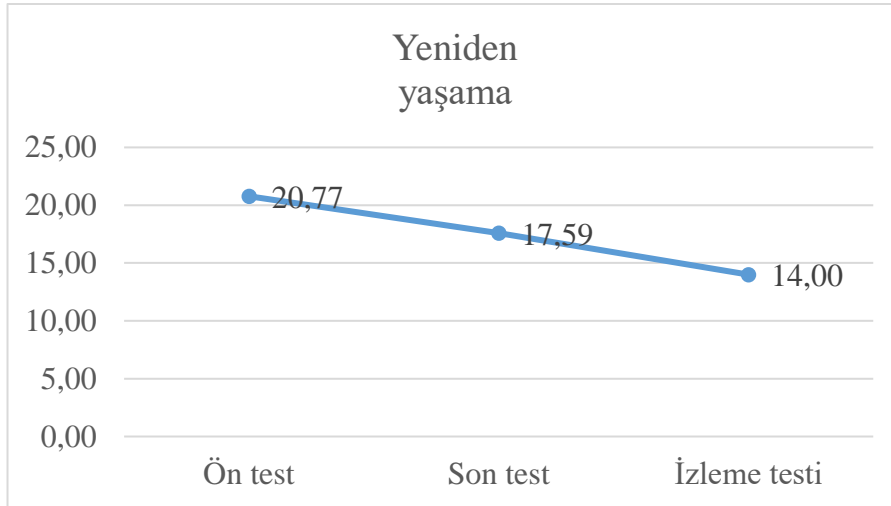
Tablo 4.

Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama Alt Boyutundan Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçüm Zamanı	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	P	η^2
Yeniden yaşama	Ön test	22	20,77	7,76	0	30			
	Son test	22	17,59	5,31	8	25	9,327	0,000*	0,308
	İzleme testi	22	14,00	5,52	4	22			

* $p < 0,05$

Tablo 4'te araştırmadaki katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama alt boyutundan ön test, son test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin tekrarlı ölçümler için ANOVA uygulanmıştır.



Şekil 3. *Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama Alt Boyutu Puanları*

Şekil 3 incelendiğinde göre katılımcılar Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama alt boyutundan ön testte $20,77 \pm 7,76$ puan, son testte $17,59 \pm 5,31$ puan ve izleme testinde $14,00 \pm 5,52$ puan aldıkları tespit edilmiştir.

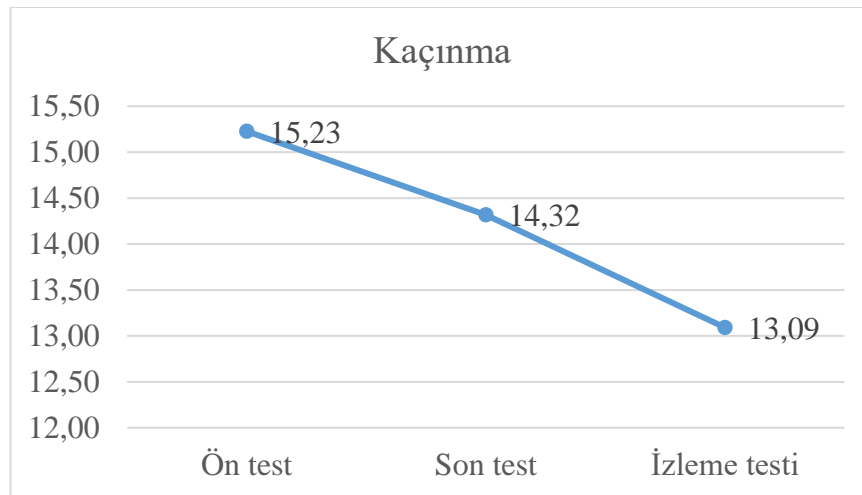
Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama alt boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Katılımcıların son test ve izleme testinde Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama alt boyutundan aldıkları puanlar ön teste göre düşük bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların izleme testinde Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama alt boyutun aldıkları puanlar son teste göre düşük bulunmuştur.

Tablo 5.

Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Kaçınma Alt Boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	P	η^2
Ön test	22	15,23	6,49	0	24			
Kaçınma Son test	22	14,32	4,04	4	21	1,464	0,243	0,065
İzleme testi	22	13,09	4,77	2	22			

Tablo 5’te araştırmadaki katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Yeniden Yaşama alt boyutu ön test, son test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılmasına dair tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları verilmiştir.

**Şekil 4** Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Kaçınma Alt Boyutu Puanları

Şekil 4’e göre katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Kaçınma alt boyutunda ön testte $15,23 \pm 6,49$ puan, son testte $14,32 \pm 4,04$ puan ve izleme testinde $13,09 \pm 4,77$ puan aldıkları belirlenmiştir.

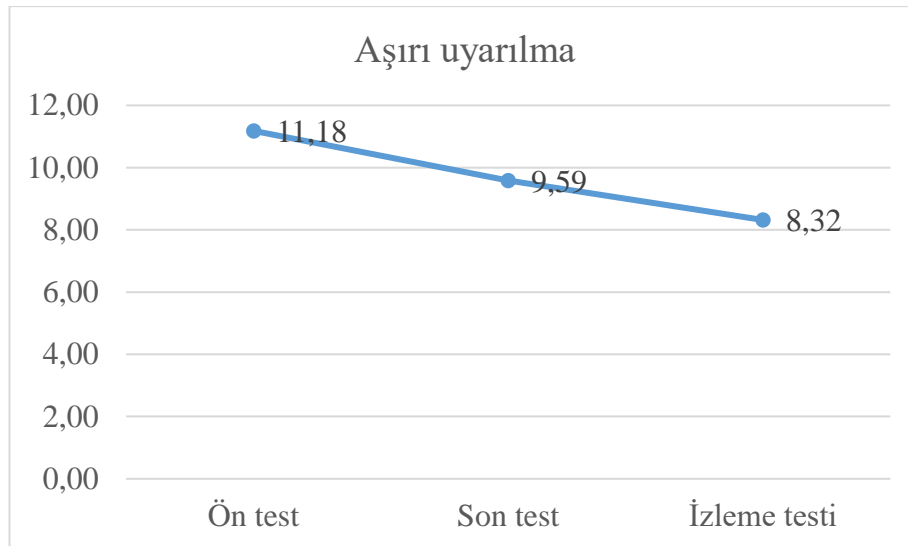
Tablo 5 incelendiğinde katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Kaçınma alt boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 6.

Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı Uyarılma Alt Boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçüm Zamanı	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	η^2
Aşırı uyarılma	Ön test	22	11,18	5,92	0	24			
	Son test	22	9,59	4,32	0	17	3,071	0,057	0,128
	İzleme testi	22	8,32	4,17	0	15			

Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı Uyarılma alt boyutu ön test, son test ve izleme testi puanlarının karşılaştırılmasına dair tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.



Şekil 5. *Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı uyarılma Alt Boyutu Puanları*

Şekil 5 incelendiğinde, katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı uyarılma alt boyutundan ön testte $11,18 \pm 5,92$ puan, son testte $9,59 \pm 4,32$ puan ve izleme testinde $8,32 \pm 4,17$ puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 6’ya göre araştırmadaki katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği-Aşırı Uyarılma alt boyutu Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

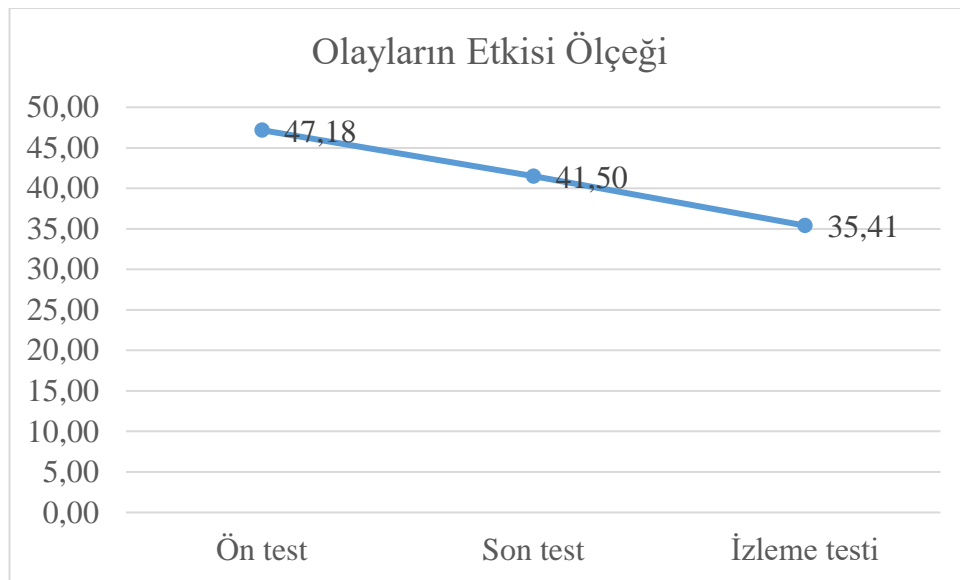
Tablo 7.

Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Toplamından Ön Test, Son Test ve İzleme Testi Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı		n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	η^2
Olayların Etkisi Ölçeği	Ön test	22	47,18	17,05	0	73			
	Son test	22	41,50	11,34	12	58	6,741	0,003*	0,243
	İzleme testi	22	35,41	11,48	6	55			

* $p < 0,05$

Tablo 7’de araştırma kapsamına alınan katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Toplamından Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçları gösterilmiştir.



Şekil 6 Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği Puanları

Şekil 6 incelendiğinde, katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği toplamından ön testte $11,18 \pm 5,92$ puan, son testte $9,59 \pm 4,32$ puan ve izleme testinde $8,32 \pm 4,17$ puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 7’ye göre katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği toplamından Ön Test, Son Test ve İzleme Testi puanlarının arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Katılımcıların Olayların Etkisi Ölçeği toplamından son testte ve izleme testinden aldıkları puanlar ön teste göre daha düşük

bulunmuştur. Bunun yanı sıra katılımcıların izleme testinde Olayların Etkisi Ölçeği toplamından aldıkları puanlar son teste göre daha düşüktür.

BÖLÜM V

Tartışma

Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulguların literatürde yer alan diğer araştırma sonuçları ile kıyaslanması ve nitel değerlendirmelerde bulunması sağlanmıştır. Elde edilen ilk bulguya göre PHQ-9 ön test, son test ve izleme testi puanları arasında anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Testin üç aşamasına ilişkin puanlar değerlendirildiğinde ise ortalamaların ön teste kıyasla azalmış olduğu görülmektedir. Buradan hareketle bu tür tekniklerin, annelerin stresle başa çıkma becerilerini artırmaya, duygusal olarak daha sağlıklı bir duruma gelmelerine ve genel olarak daha iyi bir psikolojik refaha kavuşmalarına yardımcı olduğu söylenebilmektedir. BDT, bireylerin düşünce kalıplarını tanımlarına ve değiştirmelerine yardımcı olan bir terapi yaklaşımıdır (Wenzel, 2017). Görüldüğü üzere yoğun bakımda tedavi gören çocukların anneleri için bu tür bir teknik, yoğun stres ve duygusal zorlanma ile başa çıkmalarına destek olabilmektedir ve bu tür teknikler genellikle bireylere stresle başa çıkma stratejileri, olumlu düşünme becerileri ve duygusal kontrol teknikleri gibi konularda gelişim göstermelerine yardımcı olmaktadır (González-Prendes ve ark., 2019). Bu tür müdahalelerin etkilerini değerlendirmek için yapılan araştırmalar, genellikle tekniğin annelerin psikolojik sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Bernard ve ark., 2011; Koochaki ve ark., 2018; Zamani ve ark., 2019). Uygulanan müdahale teknikleri sonrasında anneler genellikle daha az anksiyete ve depresyon yaşamakta; stresle daha iyi başa çıkmakta ve genel olarak daha iyi bir psikolojik refah seviyesine ulaşmaktadırlar. Ancak, her bireyin yanıtının farklı olabileceği ve bazı anneler için bu tür bir tekniğin etkileri daha belirgin olabilirken, bazıları için etkiler daha az olabileceği her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Tekniğin etkili olabilmesi için, tekniğin bireye uygun şekilde uyarlanması ve desteklenmesi önemlidir. Ayrıca, tekniğin uzun vadeli etkilerinin de araştırılması ve annelerin psikolojik sağlık durumlarının uzun süreli olarak nasıl etkilendiğinin belirlenmesi önemlidir (Samani ve ark., 2020). Kanserli çocukların annelerine uygulanan BDT yönelimli müdahale tekniğinin incelendiği bir çalışmada da bilişsel duygu düzenleme ve psikolojik sağlık üzerinde pozitif sonuçların alındığı belirlenmiştir (Javadi ve ark., 2019). Literatürde yer alan araştırma sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmanın ikinci bulgusu, IESR ölçeğinin yeniden yaşama alt boyutunda ön test, son test ve izleme testi arasında anlamlı farklar bulunduğunu ve bu testlerde elde

edilen puan ortalamalarının belirgin şekilde azaldığını göstermektedir. IESR ölçeği kişinin yaşadığı belirli bir olayın etkilerini değerlendirmek için tasarlanmıştır ve travma sonrası stres belirtilerini ölçmeye yöneliktir (Nieminen ve ark., 2016). Yeniden yaşama alt boyutunda anlamlı düzeyde iyileşme görülmesi annelerin olay sonrası yaşadıkları stres ve travma belirtilerinin azaldığını ve daha sağlıklı bir psikolojik duruma doğru ilerlediklerini göstermektedir. Bu sonuçlar, tekniğin annelerin travma sonrası yaşadıkları stres belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ve psikolojik iyilik hallerini desteklediğini düşündürmektedir. Wu ve ark. (2022) pediatrik hastaları olan ebeveynlerdeki psikolojik durumun belirlenebilmesi amacıyla bir psikoeğitim programı ve IESR ölçeğini uygulamışlar ve aynı şekilde annelerin yeniden yaşama alt boyutunda anlamlı düzeyde bir azalma olduğunu gözlemlemişlerdir. Yine bir başka çalışmada kanserli çocukları olan ebeveynlerin psikolojik sağlıkları incelenmiş ve çalışmanın sonucunda uygulanan BDT eğilimli terapilerin yeniden yaşama alt boyutunda anlamlı değişiklikler meydana getirdiğini belirlemişlerdir (Feki ve ark., 2021). Bu bağlamda araştırma sonuçlarının birbirini desteklediği görülmektedir. Ancak, bu sonuçları doğrulamak için daha fazla araştırma ve çalışma yapılması gerekmektedir. Ayrıca, tekniğin etkilerinin uzun vadeli olarak sürdürülebilirliği de önemlidir ve bu konuda da daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu IESR ölçeği kaçınma alt boyutunda ön test-son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılıkların gözlenmediği ancak yine de izleme testi ve son testte ön testten daha düşük puanların alındığı belirlenmiştir. Kaçınma alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılık görülmemesi durumu, tekniğin belirli bir yönüyle ilgili etkisiz olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, tekniğinin belirli travma sonrası stres belirtilerini azaltmada tam etkili olmadığını veya annelerin belirli konularda daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu da göstermektedir. Kaçınma alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılık görülmemesi, annelerin travma sonrası yaşadıkları stresle baş etme mekanizmalarında veya belirli konularla başa çıkma becerilerinde hala zorluklar yaşadıklarına işaret etmektedir. Bu nedenle de tekniğin içeriğinin veya uygulama şeklinin belki de kaçınma belirtilerine yönelik yeterince odaklanmadığı ya da annelerin ihtiyaçlarını tam olarak karşılamadığı görülebilmektedir. Bu tür bir sonucun çıkması üzerindeki çıkarımlara istinaden tekniğin daha etkili hale getirilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Veya tekniğe, kaçınma belirtilerini hedefleyen ek bileşenler veya

stratejiler eklenerek iyileştirilmesi sağlanmalıdır. İlgili alt boyuta ilişkin literatürde yer alan çalışmalarda benzer ya da zıt sonuçların elde edildiği görülmektedir. Sahler ve ark. (2005), çalışmalarında yeni tanı konmuş kanserli hastaların ebeveynlerine uuyugulanan psikoeğitim sonrası yapılan IESR ölçeğinde kaçınma davranışında anlamlı iyileşme görüldüğü belirlenirken; yine kanserli çocukların ebeveynlerine uygulanan eğitim sonrası uygulanan başka bir çalışmanın IESR ölçeği sonuçlarında ise anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Lindahl Norberg ve Boman, 2008). Bu nedenle de uygulanan psikoterapi tekniklerinin katılımcı profiline, süresine ve içeriğine bağlı olarak değişkenlik gösterebileceği ve bu nedenle farklı gruplar için farklı yaklaşımların gerekebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Elde edilen diğer bulguya göre annelerde IESR ölçeği aşırı uyarılma alt boyutunda ön test-son test ve izleme testi arasında her ne kadar puan ortalaması olarak azalma görülse de anlamlı farklılık yoktur. Aşırı uyarılma alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılık görülmemesi durumu, kaçınma alt boyutunda olduğu gibi tekniğin aşırı uyarılma belirtilerini azaltmada tam etkili olmadığını veya annelerin belirli durumlarla başa çıkmakta hala zorlandığını gösterebilmektedir. Aşırı uyarılma alt boyutunda farklılık görülmemesi, annelerin hala olay sonrası stres ve travma belirtileriyle baş etme konusunda zorluk çektiklerini ve tekniğin bu belirtileri hafifletmede yeterince etkili olmadığını düşündürmektedir. Tekniğin içeriği, süresi veya uygulama şekli, annelerin aşırı uyarılma belirtileriyle baş etme becerilerini geliştirmede yeterince etkili olmamaktadır. Bu nedenlerle yine teknikde aşırı uyarılma belirtileriyle baş etmeyi hedefleyen daha spesifik stratejiler veya bileşenler eklenmesi sonrasında uygulanması önerilebilmektedir. Literatürde ölçeğin kullanıldığı ve özellikle aşırı uyarılmanın incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı ölçeklerde ve psikoterapi eğitimlerinde elde edilen sonuçlara göre aşırı uyarılmanın iyileştirilebildiği araştırmalar mevcuttur (Wakefield ve ark., 2015; Wiertz ve ark., 2017). Lakatos ve ark. (2019), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin ebeveynlerinde gerçekleştirdiği müdahale teknikleri ve araştırmasında aşırı uyarılma düzeyinin azaldığını belirlemiştir. Bu nedenle de tekniğin bireylerin ihtiyaçlarına ve travma sonrası deneyimlerine daha fazla odaklanarak daha etkili hale getirilebileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmanın son bulgusu IESR ölçeği toplam puanında ön test, son test ve izleme testinde toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunduğu ve ortalamanın anlamlı derecede azalmış olduğudur. Toplam puanın anlamlı düzeyde iyileşme

göstermesi, tekniğin annelerin psikolojik sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediğini ve travma sonrası stres belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bu iyileşme, annelerin yaşadıkları stres, kaygı ve depresyon gibi belirtilerin azaldığını ve daha sağlıklı bir psikolojik duruma doğru ilerlediklerini ifade etmektedir. Literatürde IESR ölçeğinin psikoterapi programlarıyla birlikte kullanıldığı pek çok araştırma yer almaktadır. Oyekunle ve ark. (2021), çalışmalarında Nijerya’da yenidoğan servisinde bebeği tedavi görmekte olan annelere uygulanan kısa destekleyici müdahale tekniği sonrasında uygulanan IESR ölçeği sonuçlarının anlamlı düzeyde iyileştiği belirlenmiştir. Dunn ve ark. (2012) ise tanı sonrası ilk 6 ayda ebeveynlerin psikolojilerini izlemişler ve müdahale tekniği uygulanmayan örnekleme izleme süreci sonunda anlamlı bir farklılığın olmadığını belirlemişlerdir. Bu bağlamda da müdahale tekniğinin süreç üzerindeki anlamlı etkisi ortaya çıkmaktadır ve hastanelerde profesyoneller tarafından annelere ücretsiz olarak belirli bir program dahilinde uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Çocukları yoğun bakımda tedavi gören onlara bakım veren annelere destek amaçlı kısa bilişsel davranışçı terapi yönelimli müdahale tekniğinin etkisinin gözlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada 22 anne ile gerçekleştirilen saha araştırması sonucunda elde edilen bulgular SPSS 27 istatistik programında analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; PHQ-9 ön test, son test ve izleme testi puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ve test puanları ortalamaları anlamlı derecede azalmıştır. Elde edilen bir diğer bulguya göre ise IESR yeniden yaşama alt boyutunda ön test, son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ve yine ortalamalar anlamlı düzeyde azalmıştır. Çalışmanın üçüncü bulgusunda IESR ölçeği kaçınma alt boyutunda ön test-son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık olmadığı ancak yine de izleme testi ve son test puan ortalamalarının ön testten düşük olduğu belirlenmiştir. IESR ölçeği aşırı uyarılma alt boyutunda da yine ön test-son test ve izleme testi arasında anlamlı farklılık olmadığı fakat yine de izleme testi ve son test puan ortalamalarının ön testten düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın son bulgusunda ise IESR ölçeği ön test, son test ve izleme testinde toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunduğu ve ortalamaların anlamlı derecede azalmış olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlardan hareketle görüldüğü üzere çocukları yoğun bakım servisinde tedavi örmekte olan anneler için müdahale tekniğinin anlamlı ve olumlu bir etkisi bulunmaktadır.

Çocukları yoğun bakımda çocuğuna bakım veren annelere yönelik müdahale tekniği oldukça faydalı olabileceği için bu tür teknikler , annelerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine, duygusal olarak daha stabil olmalarına ve genel olarak daha sağlıklı bir zihinsel duruma sahip olmalarına da yardımcı olmaktadır. Bu da hem annelerin kendi sağlıkları için önemlidir hem de çocuklarının bakımı ve iyileşmesi için olumlu bir etki yaratmaktadır. Bu sonuçlar ve çıkarımlar ışığında hastanelerde ve sağlık kuruluşlarında böyle bir tekniğin uygulanması annelerin psikolojik sağlıklarının desteklenmesinde kullanılmalıdır ve sağlık personelinin yoğun bakım sürecinde hem çocuklara hem de ailelere daha iyi hizmet vermesine olanak tanınmalıdır. Aynı zamanda, bu tür teknikler hastanelerin sosyal sorumluluk anlayışını artırabilmektedir ve toplum nezdinde daha olumlu bir imaj oluşturacağı da düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde ise müdahale tekniklerin uygulandığı daha fazla deneysel araştırmaya yer verilmesi gerektiği görülmektedir. Akademik olarak,

bu tür bir müdahale tekniğinin etkinliğinin araştırılması ve kanıta dayalı sonuçlar elde edilmesi açısından da önemlidir. Bu tür araştırmalar, benzer tekniklerin geliştirilmesi ve uygulanmasında rehberlik ederek annelerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine de katkı sağlayabilecektir. Müdahale tekniklerin başarıyla uygulanabilmesi için, hem sektörel hem de akademik alanda iş birliğı ve destek önemlidir. Sağlık kuruluşları, araştırmacılar, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları arasında koordinasyon sağlanarak, çocukları yoğun bakımda tedavi gören annelere yönelik etkili destek teknikleri oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

Kaynakça

- Aldem, M. Geçkil, M. (2019). Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Kavramı ve İlkeleri. *Türkiye Klinikleri, (1), 1-4*
- Akdağ, F. G., & Çankaya, Z. C. (2015). Evli bireylerde psikolojik iyi oluşun yordanması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 11(3)*.
- Aksu, E. F. (2023). *Hastanede Çocuğu Yatan Annelere Verilen Duygu Yönetimine Dayalı Psikoeğitim Programının Duygu Yönetimi, Anksiyete ve Stres Düzeyine Etkisi* (Master's thesis, Ordu University Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Anol, S. (2016). *Pediatric yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personeli ile çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli bakıma yönelik görüşlerinin karşılaştırılması* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- APA, (2013). American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Araz, A., & Erkuş, A. (2014). Duygu dışavurum tarzlarının kavramsallaştırılması ve ölçümü: Bir envanter geliştirme çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi, 29(74), 50-61*.
- Ardıç, A. (2013). *Otistik spektrum bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerine yönelik bir psiko-eğitsel grup programının ebeveynlerinin bazı psikolojik değişkenleri üzerindeki etkisi* (Doctoral dissertation, Anadolu University (Turkey)).
- Arı, F. A. (2021). Bilişsel şemalar ve bağlanma. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 11(4), 1823-1834*.
- Atak, T., & Özkes, M. (2019). Demanslı hastalarla ilgilenen aile üyelerinin bakım veren yükünün incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi, 20(1), 145-161*.
- Ay, E. (2018). *Kanserli çocuğu olan ebeveynlere verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin umutsuzluk ve stresle baş etme üzerine etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi.
- Bal, U., Çakmak, S., & Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4), 441-459*.
- Başaran, Y. K. (2019). Sosyal Bilimlerde Örnekleme Kuramı. *The Journal of Academic Social Science, 47(47), 480-495*.
- Baykal, N. B. (2017). Sosyal Fobinin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri. *Sosyal Çalışma Dergisi, 1(2), 25-34*.

- Bengisoy, A., Özdemir, M. B., Erkıvanç, F., Şahin, S., & İskifoğlu, T. Ç. (2019). Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 9(54), 745-793.
- Bennett, J., Aleman, E. M., Maguire, K. H., Nadelmann, J., Weber, M. L., Maguire, W. M., ... & Aleman, T. S. (2023). Optimization and Validation of a Virtual Reality Orientation and Mobility Test for Inherited Retinal Degenerations. *Translational Vision Science & Technology*, 12(1), 28-28.
- Bernard, R. S., Williams, S. E., Storfer-Isser, A., Rhine, W., Horwitz, S. M., Koopman, C., & Shaw, R. J. (2011). Brief cognitive-behavioral intervention for maternal depression and trauma in the neonatal intensive care unit: A pilot study. *Journal of traumatic stress*, 24(2), 230-234.
- Bhattacharya, L., Chaudari, B., Saldanha, D., & Menon, P. (2013). Cognitive behavior therapy. *Medical Journal of Dr. DY Patil University*, 6(2), 132-138.
- Boyacı, M., & İlhan, T. (2016). Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının film analizi yöntemiyle incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2).
- Brown, S. D., & Lent, R. W. (2016). Vocational psychology: Agency, equity, and well-being. *Annual review of psychology*, 67, 541-565.
- Buran, A. (2021). Kumar oynama bozukluğunda bilişsel davranışçı terapinin etkinliği üzerine sistematik bir derleme. *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 180-186.
- Büyüköztürk, Ş., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. ve Kılıç, E. (2013). Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, EK., Akgün, ÖE., Karadeniz, Ş., Funda Demirel, F., Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri, *Pegem Akademi Yayıncılık*, (2019,)Ankara.
- Caner, N. Başdaş, Ö. Oğul, G. (2023). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bağlanma ve Stres Düzeyleri. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.* 2023; 37 (2): 167 - 172
- Colvin, E. (2023). *How Automatic Are Automatic Thoughts? Exploring the Role of Positive and Negative Mental Habits in Well-Being* (Doctoral dissertation, Université d'Ottawa/University of Ottawa).
- Çalışkan, Z., & Oğul, G. (2019). *Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin gereksinimlerinin, kaygı düzeylerinin ve başetme tarzlarının belirlenmesi* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çırlak, A., & Erdemir, F. (2013). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Bebeklerin Ebeveynlerinin Rahatlık Düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 73-81.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Hüseyin, H. Ö. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Demir, V. (2017). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerine etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(12), 98-118.
- Demir, V. (2018). Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grup Terapisi Programının Görme Yetersizliği Olan Bireylerde Depresif Belirti ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Turkish Journal of Social Research/Turkiye Sosyal Arastirmalar Dergisi*, 22(1).
- Demir, V., & Gündoğan, N. (2018). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 19(1), 46-66.
- Dunn, M. J., Rodriguez, E. M., Barnwell, A. S., Grossenbacher, J. C., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B. E. (2012). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer within six months of diagnosis. *Health Psychology*, 31(2), 176.
- Ekim, A. (2020). The post-intensive care syndrome in children. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(1), 15-21.
- Erdei, C., Liu, C. H., Machie, M., Church, P. T., & Heyne, R. (2021). Parent mental health and neurodevelopmental outcomes of children hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Early Human Development*, 154, 105278.
- Erdim, L., & Ergün, A. (2016). Boşanmanın ebeveyn ve çocuk üzerindeki etkileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 78-84.
- Feki, J., Baklouti, F., & Khanfir, A. (2021). Assessment of psychological distress among parents of children with cancer. *Open Journal of Psychiatry*, 11(4), 229-247.
- Fortune, E. E., & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: a review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 298.

- Geçgin, F. M., & Sahraç, Ü. (2017). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişki. *Sakarya University Journal of Education*, 7(4).
- Gem, Z. (2018). *Duygu farkındalığı ve duygu mitlerine yönelik ölçüm araçlarının ve duygu düzenlemeye yönelik bütünsel bir müdahale programının geliştirilmesi: bir ön değerlendirme* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- González-Prendes, A. A., Resko, S., & Cassady, C. M. (2019). Cognitive-behavioral therapy. In *Trauma: Contemporary directions in trauma theory, research, and practice* (pp. 20-66). Columbia University Press.
- Gorvin, L., & Brown, D. (2012). The psychology of feeling like a burden: A review of the literature. *Social Psychology Review*, 14(1), 28-41.
- Gulczynski, J. M. (2016). Cognitive Behavioral Therapy and Other Techniques to Reduce Acute Traumatic Stress Symptoms in Parents with Neonates in Intensive Care Settings.
- Hammen, C., & Watkins, E. (2018). *Depression*. Routledge.
- Hekimoğlu, E. C., & Bilik, M. Z. (2020). Freud'dan Lacan'a kaygı. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(3), 336-367.
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J. C. (2015). A meta-analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations, moderators, and treatment effectiveness. *Criminal justice and behavior*, 42(3), 245-262.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., & Forman, E. M. (2013). The importance of theory in cognitive behavior therapy: A perspective of contextual behavioral science. *Behavior Therapy*, 44(4), 580-591.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 393-442.
- Hupp, S. D., Reitman, D., & Jewell, J. D. (2008). Cognitive-behavioral theory. *Handbook of clinical psychology*, 2, 263-287.
- Ibibebe, I., Algert, C. S., Bowen, J. R., & Roberts, C. L. (2018). Pediatric admissions that include intensive care: a population-based study. *BMC health services research*, 18(1), 1-8.
- İlgar, M. Z., & İlgar, S. C. (2019). Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 15(1), 47-73.

- Javadi, T. H. S., Hatami, M., Ahadi, H., & Kraskian, A. (2019). Effectiveness of Stress Management With Cognitive-Behavioral Approach on Cognitive Emotion Regulation in Mothers of Children With Cancer. *International Clinical Neuroscience Journal*, 6(4), 151-157.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Karaaslan, M. (2015). *Zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerin psikolojik Durumları ile Bakım Yükünün Değerlendirilmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Karakaya, E., & Öztop, D. B. (2013). Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 10-24.
- Keck, M. E. (2010). Depression. *Switzerland: Lundbeck (Schweiz) AG*.
- Kelleci, M., AVCI, D., Erşan, E. E., & Doğan, S. (2014). Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı öfke yönetimi programının lise öğrencilerinin öfke ve atılganlık düzeylerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(4).
- Kızılay, N, A. Açıkgöz, A. (2021) Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde Tedavi Gören Çocukların Ebeveynlerinin Yaşadıkları Zorlukların Belirlenmesi: Nitel Bir Çalışma. *JICAH 2021; 1(3): 149-158 Research Article*
- Konukbay, D., & Arslan, F. (2011). Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Yatan Yenidoğan Ailelerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 14(2), 16-22.
- Koochaki, M., Mahmoodi, Z., Esmaelzadeh-Saeieh, S., Kabir, K., & Dolatian, M. (2018). Effects of cognitive-behavioral counseling on posttraumatic stress disorder in mothers with infants hospitalized at neonatal intensive care units: a randomized controlled trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4).
- Köse, H. (2013). Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (29), 37-44.
- Lakatos, P. P., Matic, T., Carson, M., & Williams, M. E. (2019). Child-parent psychotherapy with infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 26(4), 584-596.

- Lazarus, R. S. (2020). Psychological stress in the workplace. In *Occupational stress* (pp. 3-14). CRC Press.
- Levy, R. L., Langer, S. L., Walker, L. S., Romano, J. M., Christie, D. L., Youssef, N., ... & Whitehead, W. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for children with functional abdominal pain and their parents decreases pain and other symptoms. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*, *105*(4), 946-956.
- Lindahl Norberg, A., & Boman, K. K. (2008). Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta oncologica*, *47*(2), 267-274.
- Logan, G. E., Sahrman, J. M., Gu, H., & Hartman, M. E. (2020). Parental mental health care after their child's pediatric intensive care hospitalization. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *21*(11), 941.
- Meert, K. L., Clark, J., & Eggly, S. (2013). Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics*, *60*(3), 761-772.
- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, *6*(1), 55.
- Nalbant, K., Kalaycı, B. M., & Akdemir, D. (2020). Anoreksiya nervoza tanısı alan ergenlerde algılanan duygu dışavurumu ve bağlanma güvenliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *31*(1), 22-30.
- Nelson, L. P., Lachman, S. E., Li, S. W., & Gold, J. I. (2019). The Effects of Family Functioning on the Development of Posttraumatic Stress in Children and their Parents following Admission to the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, *20*(4), e208.
- Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, K., Persson, U., ... & Wijma, K. (2016). Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth—a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *45*(4), 287-306.

- Nurius, P. S., & Macy, R. J. (2008). Cognitive-Behavioral Theory. *Comprehensive handbook of social work and social welfare*, 2.
- Oğul, G., Çalışkan, I., Z. (2023). Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelere Hemşirelerin Sağladığı Destek Düzeyinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 32 (3), 358-364
- Oğul, G., Çalışkan, Z., & Kocaöz, S. (2022). Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Annelerin Gereksinimlerinin, Kaygı Düzeylerinin ve Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 31(1).
- Okumuş, F., Berk, H. Ö. S., & Yücel, B. (2019). Obsesif kompulsif bozuklukta gevşeme eğitimi ve bilişsel davranışçı tekniklerin uygulanması: Vaka örneği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.
- Oyekunle, O. O., Bella-Awusah, T., Ayede, A. I., Omigbodun, O. O., & Ani, C. C. (2021). Effect of a Brief Supportive and Educational Intervention on the Psychological Well-Being of Mothers with Babies in Neonatal Wards of a Tertiary Hospital in Ibadan, Nigeria. *Journal of Tropical Pediatrics*, 67(2), fmab038.
- Özcan, Ö., & Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Özer, R., & Özden Yıldırım, M. S. (2023). Ergenlik Döneminde Algılanan Ebeveyn Kabul Reddi, Duygu Dışavurum ve Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişki. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Pamuk, S. (2017). Arşivsel Örnekleme Yöntemlerinin Arşiv Serileri/Sınıfları Üzerinde Uygulanması. *Bilgi ve Belge Araştırma Dergisi* sayı 8 sayfa 24-25.
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & Van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100197.
- Pollack, M. M., Holubkov, R., Funai, T., Clark, A., Berger, J. T., Meert, K., ... & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network. (2014).

- Pediatric intensive care outcomes: development of new morbidities during pediatric critical care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 15(9), 821-827.
- Raad, G., Tanios, J., Azoury, J., Daher, A., Fakhri, C., & Bakos, H. W. (2021). Neurophysiology of cognitive behavioural therapy, deep breathing and progressive muscle relaxation used in conjunction with ART treatments: a narrative review. *Human Reproduction Update*, 27(2), 324-338.
- Ravitz, P., Watson, P., Lawson, A., Constantino, M. J., Bernecker, S., Park, J., & Swartz, H. A. (2019). Interpersonal psychotherapy: a scoping review and historical perspective (1974–2017). *Harvard review of psychiatry*, 27(3), 165-180.
- Reiss, N., Warnecke, I., Tolgou, T., Krampen, D., Luka-Krausgrill, U., & Rohrmann, S. (2017). Effects of cognitive behavioral therapy with relaxation vs. imagery rescripting on test anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 208, 483-489.
- Rnic, K., Dozois, D. J., & Martin, R. A. (2016). Cognitive distortions, humor styles, and depression. *Europe's journal of psychology*, 12(3), 348.
- Rozek, D. C., Smith, N. B., & Simons, A. D. (2018). Experimentally unpacking cognitive behavioral therapy: The effects of completing a thought record on affect and neuroendocrine responses to stress. *Biological psychology*, 138, 104-109.
- Samani, E., Ahmadi, A., & Sharifi, H. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral counseling on the mental health of premature infants' mothers in neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(5), 263-267.
- Sapmaz, F. (2011). *Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın sosyal anksiyete, reddedilme duyarlılığı ve kişilerarası duyarlılık üzerine etkisi* (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).
- Sarıçam, H. (2014). *Çözüm odaklı kısa süreli yaklaşıma dayalı bir müdahale programının ruminasyon üzerinde etkisi* (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).
- Seifu, A., Eshetu, O., Tafesse, D., & Hailu, S. (2022). Admission pattern, treatment outcomes, and associated factors for children admitted to pediatric intensive care unit of Tikur Anbessa specialized hospital, 2021: a retrospective cross-sectional study. *BMC anesthesiology*, 22(1), 1-8.

- Seval, M., & Kurt, A. (2020). Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Tedavi Gören Çocuğun ve Ailesinin Güçlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 6(2).
- Silva, P. S. L. D., & Fonseca, M. C. M. (2019). Which children account for repeated admissions within 1 year in a Brazilian pediatric intensive care unit?. *Jornal de Pediatria*, 95, 559-566.
- Singh, S. K., & Gorey, K. M. (2018). Relative effectiveness of mindfulness and cognitive behavioral interventions for anxiety disorders: meta-analytic review. *Social Work in Mental Health*, 16(2), 238-251.
- Stremmer, R., Haddad, S., Pullenayegum, E., & Parshuram, C. (2017). Psychological outcomes in parents of critically ill hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 36-43.
- Sungur, M. Z. (2003). Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımının yararları. 3 *P/Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 11(supp2), 31-38.
- Sütçü, S. T., Aydın, A., & Sorias, O. (2010). Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmak için bilişsel davranışçı bir grup terapisi programının etkililiği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 25(66), 57-67.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Tabur, S. T., & Türkçapar, M. H. (2023). Bilişsel Davranışçı Aile Terapisi Gelişim ve Güncel Durum. *KAİDE Dergisi (ASBÜ Uluslararası Aile Araştırmaları Dergisi)*, 1(1), 1-13.
- Tasa, H., & Mutlu, S. (2022). Psikolojik esneklik, kişilerarası reddedilme duyarlılığı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 8(1), 41-68.
- Tektaş, N. (2014). Üniversite mezunlarının kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (31.1), 243-253.
- Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), S28-S31.

- Tosun, A. Tüfekçi, G. F. (2015). Çocuk Kliniklerinde Aile Merkezli Bakım Uygulamalarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;18:2
- Toosi, K., & Amiri, M. (2018). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on depression and life satisfaction in mothers with children admitted to psychiatric hospital. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(4).
- Torres, L., Driscoll, M. W., & Voell, M. (2012). Discrimination, acculturation, acculturative stress, and Latino psychological distress: a moderated mediational model. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(1), 17.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 7-14.
- Uğur, S. B. (2018). Torun bakım faaliyetinin bakım sağlayıcı büyükannelerin sağlık durumları üzerindeki etkisi. *Antalya: Mediterranean Journal of Humanities Dergisi*, 8(1), 399-415.
- Uzun, A. E., & Deniz, M. E. (2023). Pozitif Psikoloji ve Pozitif Psikoterapi Yönelimli Grupla Psikolojik Danışma Programının Bireylerin Teknoloji Bağımlılık Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi [Pilot Çalışma]. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, (19), 15-30.
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Wakefield, C. E., Sansom-Daly, U. M., McGill, B. C., McCarthy, M., Girgis, A., Grootenhuis, M., ... & Cohn, R. J. (2015). Online parent-targeted cognitive-behavioural therapy intervention to improve quality of life in families of young cancer survivors: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 1-12.
- Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 597-609.
- Wiertz, C., Goossens, M., Spek, E. M., & Verbunt, J. A. (2017). A cognitive-behavioral program for parents of children with chronic musculoskeletal pain; a feasibility study. *European Journal of Pain*, 21(9), 1571-1581.
- Wu, J., Meng, J., & Li, H. (2022). WeChat-platform-based education and care program as a candidate approach to relieve anxiety, depression, and post-traumatic

- stress disorder in parents of pediatric and adolescent patients with osteosarcoma. *Frontiers in Psychology*, 13, 913940.
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The effects of psychological stress on depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 494-504.
- Yaşar, S., & Aydoğdu, F. (2022). Kadın öğretmenlerde ruminasyon ile çözüm odaklı düşünme arasındaki ilişkide psikolojik esnekliğin aracı rolü. *Humanistic Perspective*, 4(1), 126-145.
- Yılmaz, T. (2016). Kişilerarası Psikoterapi ve Kişilik Organizasyonlarının Entegrasyonu: Majör Depresif Bozukluk Vakasının Gözden Geçirilmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(2), 37-52.
- Zamani, N., Zamani, S., & Habibi, M. (2019). A comparison between the effectiveness of dialectical and cognitive behavioral therapy on the mental health of mother. *Journal of Research and Health*, 9(1), 53-61.

Ekler

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

03.01.2024



Sayın Buğçe Bozçalı

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2023/1644 proje numaralı ve **“Yoğun Bakımda Çocuğuna Bakım Veren Annelere Yönelik Müdahale Tekniğinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğunuz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Prof. Dr. Aşkın KİRAZ

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Koordinatörü

Ek 2. Hastane Kurum İzni

**KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI**
Dr Burhan Nalbantoğlu
Devlet Hastanesi
Lefkoşa

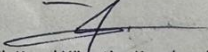
31/1/2024


Sayı: YTK.1.01
(EK 52/23)
Sn. Buğçe Bozcalı

Etik kurulumuzun yapmış olduğu toplantıda "Yoğun bakım servislerinde tedavi gören çocukların bakım veren annelere yönelik kısa bilişsel davranışçı terapi yönelimi psikoeğitsel müdahale programı" isimli projeniz/araştırmanız Etik Kurulunda değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilginize sunulur, çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz .

Saygılarımla


Etik Kurul Yönetim Kurulu adına
Dr. Ömer Taşargöl (üye)



İLETİŞİM
Tel +90 392 2285441
Fax : +90 392 2231899
Email: lbndtanitim@gmail.com

Ek 3. Katılımcılar İçin Aydınlatılmış Onam ve Bilgilendirme Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, Doç. Dr. Meryem Karaaziz danışmanlığı ve Yrd. Doç. Dr .Buse Keskindağ eş danışmanlığında Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Psk. Buğçe Bozçalı tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Aşağıdaki onay kutucuğunu “onaylıyorum” şeklinde işaretlerseniz araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş sayılırsınız. Araştırma kapsamında kimlik bilgileri gibi özel bilgiler istenmemektedir. Bu çalışma süresince toplanan veriler yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Araştırmadan herhangi bir sebeple ayrılmak isterseniz, araştırma ekibi ile aşağıda yer alan bilgileri kullanarak iletişime geçebilirsiniz. Çalışmanın parçası olarak doldurulacak olan anket yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul edip, ölçek maddelerini doldurmaya başladıktan sonra herhangi bir nedenle ölçeği tamamlamak istemezseniz, ölçeği yarıda bırakıp süreci sonlandırabilirsiniz. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da endişeniz olursa aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

İlginiz ve katılımınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

Yüksek lisans öğrencisi:

Psk. Buğçe Bozçalı

E-posta: psk.bbozcali@gmail.com

Gsm: (533) 823 0727

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Onaylıyorum ()

BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Katılımcılar,

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında yürüteceğim tez çalışmam için araştırma yapmaktayım. Ölçeklerde ve bilgi formunda isminiz yazılmayacaktır ve verdiğiniz cevaplar gizli kalacaktır.

Tamamen gönüllük esasına bağlı olacaktır. Araştırma sonuçları bireysel bilgi olarak değil, grup ortalaması olarak bilimsel raporda kullanılacaktır. Eğer çalışmayla ilgili bir şikayetiniz, görüşünüz veya sorunuz varsa bunu çalışmanın araştırmacısı Psk. Buğçe Bozçalı 'ya iletebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Psk. Buğçe Bozçalı

Yakın Doğu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü

Lefkoşa

Mail: psk.bbozcali@gmail.com

Ek 4. Kişisel Bilgi Formu

1.Çocuğun hastalığı/tanısı :

2.Yaş:

3.Medeni Hali:

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul/Boşanmış
- d) Dini Nikah

4.Çocuk Sayınız:

5.Öğrenim Durumu:

- a) Okumadım
- b) İlköğretim
- c) Lise
- d) Yüksek Okul-Üniversite
- e) Lisansüstü

6.Mesleğiniz:

- a) Ev Hanımı
- b) Diğer.....(Belirtiniz)

7.Ortalama gelir düzeyiniz ?

- a) 1.000-4.000
- b) 4.000-8.000
- c) 8.000-12.000
- d) 12.000 ve üstü

8.Daha önce psikolojik destek aldınız mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

9. Psikiyatrik Bir Hastalığınız Var Mı? (Varsa Belirtiniz)

a) Yok

b) Var

Ek 5. Hasta Sağlık Ölçeği PHQ-9 (Depresyon)

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3

Ek 6. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)

Olayların etkisi ölçeği (IES-R)

Aşağıda insanların bazen stres dolu olaylardan sonra yaşadıkları zorlukların listesi bulunmaktadır. Lütfen bir maddeyi okuyun ve sonra SON YEDİ GÜN BOYUNCA her zorluğun sizin için ne kadar sıkıntı/rahatsızlık verici olduğunu aşağıdaki cümleye göre belirtin -----, bu zorluklardan ne kadar rahatsız oldunuz ya da zarar gördünüz?

1.	Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.
2.	Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uyku bölünüyor.
3.	Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.

Ek 7. Hasta Sağlık Ölçeği Kullanım İzni



hüseyin güleç
Siz kişisine

17 Tem



Sayın Bozcalı,

Oncelikle olcege gosrediginiz ilgi icin tesekkur ederim.
Bu olcegin ilk isim olan arastirmacisindan izin alinirsa daha saglikli olacaktir.
Calismanizda basarilar diliyorum.

Eger kurulunuz benim iznimi dikkate aliyorsa icinde benim de buludugum ekip tarafından yurutulen Turkce uyarlama calismasi yapilan Hasta Saglik Olcegi PHQ-9 (depresyon)'ni kullanabilirsiniz.

Iyi calismalar dileklerle,

Huseyin Gulec
Erenkoy

Ek 8. Olayların Etkisi Ölçeği Kullanım İzni



L. İlhan Yargic
Siz kişisine

19 Tem



IES gecerlilik
PDF - 119 KB



Marmara depremi
PDF - 280 KB

2 ek (399 KB)

Merhaba Buğçe Hanım,

İlişikte 2 makale var. İlkinde IES (OEÖ) geçerlik güvenlik çalışmasını bulacaksınız. Burada "Kesim değerinin 24 ile 33 arasında olduğu durumlarda duyarlılık ve özgüllük değerlerinin her ikisinin de %70'ten yüksek olduğu görülmüştür" deniyor.

2. si ise ölçeği kullanarak yaptığımız bir çalışma. Burada depremezdeleri taradığımız bir saha çalışması olduğu için kesme değerini 24 olarak aldık.

Sonuçta bu ölçek tanı koydurucu değil, bir tarama aracı. Araştırmanın yapısına göre farklı gruplarda farklı kesme noktaları alınabilir.

İlk makalede ölçeğin soruları da var. Onları bir araya getirerek ölçeği oluşturabilirsiniz (maalesef şu an bende doğrudan print edilebilir bir halde yok).

Çalışmalarınızda başarılar derim.

Dr. İlhan Yargic

Ek 9. Müdahale Tekniği Protokolü 1. Oturum

- Çalışma ile ilgili kısa bilgi
- Kişiy e bilgilendirme formu, aydınlatılmış onam formu ve kişisel bilgi formu verilecektir
- Ön test alınacaktır. (hasta sağlık anketi PH9 ve olayların etkisi ölçeği)

Öykü alımı (hastaneye yatış hikayesi)**Katılımcı Bilgi ve Değerlendirme Formu**

Bu süreçte kendinizi nasıl görüyorsunuz? 1-2 cümleyle kendinizi anlatır mısınız?

Sorunu neler ağırlaştırıyor gibi görünüyor?

Sorunuzu azaltmada nelerin yardımcı oluyor ?

Benzer durumlarda olan bireylerin yaşayabileceği depresif belirtiler hakkında katılımcı bilgilendirilecektir.

Ek 10. Müdahale Tekniği Protokolü 2. Oturum

Bilişsel Yeniden yapılandırma

Bilişsel davranışçı terapide sıklıkla uygulanan otomatik düşünceleri yeniden yapılandırmak için egzersiz tanıtımı ve uygulanması

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İNCELEME FORMU

Tarih- Yer- Olay- Durum	Duygu	Otomatik Düşünceler	Düşünce işleme Özellikleri	Davranışlar	Otomatik Düşünceye Karşı Çıkma	Gerçekçi/ İlgili Düşünceler	Yeni Duygu Sonuç

Ek 11. Müdahale Tekniği Protokolü 3. Oturum

2. oturumdaki egzersiz ile ilgili deneyimi tartışma ve rahatlama egzersizi uygulamak

Güvenli Yer Egzersizi

Bu teknik görme, duyma, koklama, dokunma duyularımızı çalıştırdığımız, tüm gerginlikten uzak olduğumuz bir ortamı zihnimizde canlandırmaya dayanır. Bu egzersizi yaparken hayal ettiğimiz her türlü nesne ve ortam bizim denetimimizde olduğundan rahatlama duygusuna katkısı oldukça fazladır.

Gözlerinizi kapatın. Kendinizi rahat ve güvende hissettiğiniz bir yer hayal edin. Bu yer daha önce gittiğiniz, bildiğiniz bir yer olabileceği gibi hayali bir yer de olabilir. Önemli olan kendinizi rahat hissedebileceğiniz bir yer olması.

Güvenli yerinizi gözünüzün önüne getirin ve orada olduğunuzu düşünün. Burası sizin güvenli ve özel yeriniz. Orada olmasını istediğiniz her şeyi orada hayal edebilirsiniz. Kendinizi orada görebiliyor musun?

Çevrenize bakın. Neler görüyorsunuz? Ayrıntılara bakın ve o ayrıntıların neden orada olduğunu düşünün. Değişik renkleri fark edin. Uzanarak onlara dokunduğunuzu hayal edin.

Bu size neler hissettiriyor? Şimdi uzaklara bakın. Neler görüyorsunuz? Çıplak ayakla yere bastığınızı hayal edin. Yere basmak size neler hissettiriyor?

Yavaş yavaş yürüyün ve etrafınızdakileri fark edin. Neye benziyorlar ve size ne hissettiriyorlar?

Neler duyabiliyorsunuz? Yüzünüzde güneş ılıkliğini, rüzgarın değmesini vb. hissedebiliyor musunuz? Nasıl bir koku alıyorsunuz?

Şimdi de çok sevdiğiniz birinin ya da bir kahramanın güvenli yerinizde sizinle birlikte olduğunu hayal edin. Bu kişi size her türlü yardımı yapabilecek, sizi koruyabilecek güçlü biri. Onunla birlikte güvenli yerinizde dolaştığınızı hayal edin.

Hayalinizde etrafınıza tekrar iyice bakın. Hayalinizdeki bu yere bir isim verin. Güvenli ve rahat ortamınızı yavaşça keşfederken, rahatlama hissinin keyfini çıkarın.

Hazır olduğunuzda, gözlerinizi yavaşça açın ve şimdiye dönün. Her zaman burası sizin güvenli yeriniz olacak, mutlu ve rahat hissetmek istediğiniz zamanlarda burada olduğunuzu hayal edin.

Daha sonra kendinizi gergin ve kaygılı hissettiğiniz durumlarda bu yeri ve ona verdiğiniz ismi tekrar hayal ederek kendinizi rahatlatabilirsiniz.

Seanstan bir gün sonra son test yapılacaktır.

Son testten iki hafta sonra

İntihal Raporu

tez

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 12	% 6	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	pdffox.com İnternet Kaynağı	% 2
2	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Yakın Doğu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
8	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
9	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 1

Özgeçmiş

Buğçe Bozçalı 30 Mayıs 2000 tarihinde Küçük Kaymaklı/Lefkoşa'da doğmuştur. İlköğretim eğitimini Değirmenlik İlkokulun'da tamamlamıştır. Ortaöğretim eğitimini Değirmenlik Lisesi'nde, lise eğitimini ise Hala Sultan İlahiyat Koleji'nde tamamlamıştır. 2018 yılında Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi (%50 burslu türkçe) lisans eğitimini başarı ile tamamladıktan sonra 2022 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans (%25 burslu) eğitim sürecine başlamıştır. Lisans eğitim döneminde staj programını Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesi'nde, yüksek lisans eğitimi döneminde staj programını Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde tamamlamıştır. Lisans ve yüksek lisans eğitimi süresince kendisini geliştirmek amacı ile çeşitli eğitimlere katılmıştır. Çocuk resimleri analizi, oyun terapisi, mmpı, bilişsel davranışçı terapi (BDT), kabul ve kararlılık terapisi (ACT), çift terapisi ve moxo eğitimlerini tamamlayıp uygulayıcı sertifika almaya hak kazanmıştır.

Buğçe BOZÇALI