

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

**BEHÇET HASTALARINA ROY ADAPTASYON MODELİ
BAĞLAMINDA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN HASTALIK
UYUMU, ÇİFT UYUMU, BENLİK SAYGISI VE
PSİKIYATRİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

Nermin ERDOĞAN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2019

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

**BEHÇET HASTALARINA ROY ADAPTASYON MODELİ
BAĞLAMINDA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN HASTALIK
UYUMU, ÇİFT UYUMU, BENLİK SAYGISI VE
PSİKIYATRİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

Nermin ERDOĞAN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Fatma ÖZ**

ANKARA

2019

ONAY SAYFASI

**Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Psikoeğitimin
Hastalık Uyumu, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine
Etkisi**

Öğrencinin Adı ve Soyadı: Nermin ERDOĞAN

Danışman: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Bu tez çalışması 17.12.2018 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak
Başkent Üniversitesi

(imza)

Üye:

Doç. Dr. Satı Demir
Gazi Üniversitesi

(imza)

Üye:

Doç. Dr. Satı Dil

(imza)

Çankırı Karatekin Üniversitesi

Üye:

Doç.Dr. Duygu Hiçdurmaz
Hacettepe Üniversitesi

(imza)

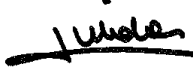
Üye:

Dr. Öğretim Üyesi Azize Atlı Özbaş
Hacettepe Üniversitesi

(imza)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

14 Ocak 2019


Prof. Dr. Diclehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

14/01/2019,

(İmza)

Nermin ERDOĞAN

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konularla ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

* *Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof.Dr. Fatma Öz danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Nermin ERDOĞAN



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan, bilgi, deneyim sabır ve özverisiyle beni destekleyen değerli hocam Prof. Dr Fatma Öz'e,

Tez izleme komitemde yer alan, çalışmama bilgi ve deneyimleriyle çok değerli katkılarda bulunan değerli hocalarım Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz ve Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak'a,

Çalışmamın istatistiksel değerlendirmesinde sabır ve özveriyle çok değerli katkılarını esirgemeyen Ar.Gör. M. Mutlu Umaroğlu'na,

Hastalara ulaşmam konusunda her türlü desteği sağlayan Prof. Dr. Pelin Yılmazbaş, Prof Dr. Feride Nur Göğüş ve Doç. Dr Meral Ekşioğlu'na,

Tez çalışmam boyunca SBÜ. Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz kliniğinde anlayış ve sabırlarıyla yardımlarını esirgemeyen başta hemşire Döndü Gülay Tolunbüke, Hülya Yavaşer Turgut ve sağlık bakım hizmetleri müdürü Meral Göktaş olmak üzere bütün çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca maddi, manevi desteklerini daima yanımda hissettiğim annem Emine Öyke ve babam Durmuş Öyke'ye,

Tez çalışmam boyunca beni motive eden, destekleyen kardeşlerim Cihan ve Cengiz Öyke, yeğenlerim Zeynep ve Ebru Öyke'ye,

Varlıkları ile yaşamıma anlam katan ve bana güç veren oğullarım Ahmet Emre ve Yunus Kaan'a,

Her zaman sevgisi, sabrı ve anlayışıyla yanımda olan, beni daima destekleyen hayat arkadaşım, can yoldaşım eşim Hasan Erdoğan'a,

Çalışmama katılarak eşsiz deneyimlerini esirgemeyen bütün Behçet hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Erdoğan N. Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Psikoeğitimin Hastalık Uyumu, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2019. Araştırma Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastalık uyumu, çift uyumu, benlik saygısı, ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara İli Büyükşehir Belediye sınırları içinde hizmet veren SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, SBÜ Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 35 müdahale, 35 kontrol grubu olmak üzere 70 Behçet tanısı almış hasta oluşturmuştur. Veriler Hasta Bilgi Formu, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile toplanmıştır. Deney grubuna Roy Adaptasyon Modeli bağlamında hazırlanan psikoeğitim programı, haftada bir 90-120 dakika olacak şekilde 7 oturum şeklinde uygulanmıştır. Ölçekler eğitim öncesi ve sonrası, ayrıca son oturumdan bir ay sonra izlem amaçlı uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir etki verilmemiş, aynı şekilde ölçümler yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, ortalama, standart sapma, bağımlı gruplarda t testi ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Sonuç olarak, Roy Adaptasyon Modeli bağlamında Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin hastalık uyumunu, benlik saygısını artırdığı ve psikiyatrik belirtileri azalttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Roy Adaptasyon Modeli, hastalık uyumu, psikoeğitim

ABSTRACT

Erdogan, N. The Effect of Psychoeducation Provided to Patients with Behçet's Disease in the Context of the Roy Adaptation Model on Adaptation to the Illness, Dyadic Adjustment, Self-Esteem and Psychiatric Symptoms. Hacettepe University Health Sciences Institute, Psychiatric Nursing Program PhD Thesis, Ankara, 2019. The study was conducted to examine the effect of psychoeducation provided to patients with Behçet's Disease in the context of the Roy Adaptation Model on adaptation to the illness, dyadic adjustment, self-esteem and psychiatric symptoms. The study sample consisted of 70 consenting patients with a diagnosis of Behçet's Disease who were being followed up at SB Ankara Numune Training and Research Hospital, Health Research and Application Center of Gazi University Hospital, Hacettepe University Adult Hospital, SB University Ulucanlar Ophthalmological Training and Research Hospital and the SB Ankara Training and Research Hospital, all within the Ankara municipality limits; the patients were divided into an intervention group and a control group of 35 participants each. The data were collected with a Patient Data Form, an Adaptation to Chronic Illness Scale, the Dyadic Adjustment Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale and a Brief Symptom Inventory. The intervention group was exposed to the psychoeducation program within the context of the Roy Adaptation Model, attending 7 sessions once a week for 90-120 minutes. The scales were administered prior to and following the education, with a final application carried out one month after the last session. Intervention wasn't conducted with the control group but the measurements were taken in the same manner. Percentages, means, standard deviation, the independent groups t test and the two-way repeated measures analysis of variance were employed in the analysis of the data. To conclude, it was determined that the psychoeducation provided to patients with Behçet's Disease in the context of the Adaptation Model increased adaptation to the illness, self-esteem and diminished psychiatric symptoms.

Keywords: Behçet's Disease, Roy Adaptation Model, adaptation to illness, psychoeducation

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER ve KISALTMALAR | xii |
| ŞEKİLLER | xiii |
| TABLolar | xiv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1.Behçet Hastalığı | 5 |
| 2.1.1 Epidemiyoloji | 5 |
| 2.1.2.Mortalite ve Morbidite | 6 |
| 2.1.3. Patogenezi | 6 |
| 2.1.4. Belirti ve Bulgular | 7 |
| 2.1.5. Oral ülserler | 7 |
| 2.1.6. Genital Ülserler | 8 |
| 2.1.7. Deri Bulguları | 8 |
| 2.1.8. Göz Bulguları | 8 |
| 2.1.9. Kas İskelet Sistemi Bulguları | 9 |
| 2.1.10. Nörolojik Bulgular | 9 |
| 2.1.11. Vasküler Bulgular | 10 |
| 2.1.12. Gastrointestinal Sistem Bulguları | 10 |
| 2.1.13.Tanı | 10 |
| 2.1.14.Tedavi | 11 |
| 2.1.15.Prognoz | 12 |

| | |
|---|----|
| 2.2. Behçet Hastalığının Psikososyal Yönü | 12 |
| 2.3. Psikoeğitim | 14 |
| 2.4. Roy Adaptasyon Modeli | 16 |
| 2.5. Behçet Hastalığı ve Roy Adaptasyon Modeli | 20 |
| 2.6. Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Hemşireliği | 24 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 26 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 26 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 26 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 27 |
| 3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları | 28 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 28 |
| 3.5.1. Hasta Bilgi Formu | 28 |
| 3.5.2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) | 28 |
| 3.5.3. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) | 29 |
| 3.5.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) | 30 |
| 3.5.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE) | 30 |
| 3.6. Araştırmanın Uygulaması | 31 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu | 35 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi | 35 |
| 4. BULGULAR | 36 |
| 4.1. Müdahale Ve Kontrol Grubu Behçet Hastalarının Sosyodemografik Ve Hastalığa İlişkin Özellikleri | 37 |
| 4.2. Müdahale Ve Kontrol Grubu Behçet Hastalarının Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Ön Test, Son Test Ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları Ve Değişimleri, Zaman Zaman*Grup Etkileşimleri | 40 |
| 5. TARTIŞMA | 52 |
| 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER | |
| 6.1. Sonuçlar | 57 |
| 6.2. Öneriler | 57 |
| 7. KAYNAKLAR | 58 |
| 8. EKLER | 67 |

- Ek 1. Hasta Bilgi Formu
- Ek 2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği
- Ek 3. Çift Uyum Ölçeği
- Ek 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği(RBSÖ)
- Ek 5. Kısa Semptom Envanteri (KSE)
- Ek 6. Psikoeğitim Oturumları
- Ek 8.Müdahale Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu
- Ek 9. Kontrol Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu
- Ek 10. Katılımcı Beyanı
- Ek 11. Etik Kurul Onayı
- Ek 12. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı İzin Yazısı
- Ek 13. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı İzin Yazısı
- Ek 14. SB. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı
- Ek 15. SBÜ. Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı
- Ek 16. SB. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı
- Ek 17. H.Ü. Erişkin Hastanesi İzin Yazısı
- Ek 18.Orjinallik Raporu
- Ek 19.Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| ÇUÖ | Çift Uyum Ölçeği |
| HÜ | Hacettepe Üniversitesi |
| KHUÖ | Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği |
| KLP | Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi |
| KSE | Kısa Smptom Envantei |
| RSBÖ | Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği |
| SBÜ | Sağlık Bilimleri Üniversitesi |

ŞEKİLLER

Şekil

| | |
|---|----|
| 2.1. Behçet hastalığına Roy Adaptasyon Modelinin uygulaması | 23 |
| 3.1. Uygulama akış şeması | 34 |

TABLOLAR

Tablo

| | |
|--|----|
| 3.1. KHUÖ alt ölçek madde ve puanları | 29 |
| 3.2. ÇUÖ alt ölçek madde ve puanları | 30 |
| 3.3. KSE alt ölçek madde ve puanları | 31 |
| 4. 1. Behçet hastalarının sosyodemografik özellikleri | 37 |
| 4.2. Behçet hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri | 38 |
| 4.3. Müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarının ön test, son test ve izlem ölçümlerindeki hastalık bulguları | 39 |
| 4.4. KHUÖ toplam ve alt ölçek ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamaları, değişimleri, zaman ve zaman*grup karşılaştırmaları | 41 |
| 4.5. ÇUÖ toplam ve alt ölçek ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamaları, değişimleri, zaman ve zaman*grup karşılaştırmaları | 44 |
| 4.6. RSBÖ ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamaları, değişimleri, zaman ve zaman*grup karşılaştırmaları | 46 |
| 4.7. KSE toplam ve alt ölçek ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamaları, değişimleri, zaman ve zaman*grup karşılaştırmaları | 48 |

1.GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar; normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz belirtilere, fonksiyonların azalmasına ya da yitirilmesine neden olan ve tekrarlayıcı belirtileri olan sağlık problemleridir. Hastalık yaşantısında bireylerin yaşam düzeninde sürekli değişiklik olmakta ve hastalığa uyum için çaba ve istek gerekmektedir (1).

Kronik bir hastalık olan Behçet hastalığı; birçok sistemi aynı anda tutabilen, önceden tahmin edilemeyen alevlenme ve iyileşme dönemleri ile seyreden ve nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Pek çok organı kapsayan bulguların temelinde, kronik tıkayıcı tipte vaskülit ve buna bağlı komplikasyonlar yatmaktadır. Tekrarlayan oral aftlar, genital ülserasyonlar ve gözde hipopiyonlu iridosiklit şeklinde üç ana bulguyla karakterizedir. Bu bulguların yanı sıra çoğu zaman üveit, retina vaskülit, santral sinir sistemi tutulumu ve dermatolojik, eklem, gastrointestinal ve kardiovasküler sistem bulguları da hastalığa eşlik etmektedir. Nedeni bilinmediği için hastalığın özgün bir tedavisi de yoktur. Hastalık en sık 20-40 yaşları arasında ortaya çıkmakta ataklar ve iyileşme dönemleri birbirini takip etmekte, zaman içinde hastalık ataklarında azalma olmaktadır. Behçet Hastalığı, kronik tekrarlayan enflamatuvar atakları nedeniyle göz tutulumu yönünden yüksek morbiditeye sahip ve diğer sistem tutulumları da göz önünde bulundurulduğunda aynı zamanda mortalitesi de yüksek olan bir hastalıktır (2,3).

Behçet hastalığında oluşan fonksiyon kayıpları, fizyolojik belirtiler ve hastalığın öngörülemez ataklarla seyretmesi; hastanın benlik algısının ve saygısının etkilenmesine (4), yaşam kalitesinin azalmasına (5,6,7,8,9,10,11), cinsel disfonksiyona (12,13,14,15,16), yeti yitimi nedeniyle iş kaybına ve ruhsal problemlere (17,18) neden olabilmektedir. Bu sorunlar; ekonomik durumunun bozulması, hastanın otonomisinin azalması, aile içinde, iş yaşamında ve sosyal yaşamda rol fonksiyonlarında değişim, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tıbbi tedaviyi sürdürememe gibi birçok sorunuda beraberinde getirmektedir (19). Bu problemler ise hastalığı yaşayan bireyin birçok alanda uyum yapma zorunluluğunu gerektirmektedir.

Hemşirelerin sahip oldukları kuramsal bilgiler verdikleri bakımdaki uygulamaların ve yaptıkları araştırmaların kalitesi açısından önemlidir (20). Sister Callista Roy tarafından geliştirilen ve 1968 yılında uygulamaya geçirilen Roy Adaptasyon Modeli insanın uyumu üzerine odaklanmıştır. Roy insanı, değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biopsikososyal bir varlık olarak tanımlamaktadır. Bireyin iç ve dış dünyada oluşan değişikliklere uyum sağlayabilmesinde çevresel değişikliklerin derecesi ve bireyin baş edebilme durumu önemlidir. Roy'a göre sağlık; bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum sağlama, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğü devam ettirme sürecidir. Hemşirenin amacı; sağlık ve hastalık durumlarında bireyin uyumlu davranış gösterebilmesine yardımcı olmaktır (21,22,23,24). Bu bağlamda hemşirelik girişimleri ya uyarıları kontrol etmeyi ya da kişinin uyarana uyumunu arttırmayı amaçlar. Roy insanı etkileyen çevresel uyarıları; odak, etkileyen ve olası uyarın olarak tanımlamıştır. Birey bu uyarılarla karşılaştığında, regülatör (düzenleyici) ve kognatör (bilişsel) alt sistemleri kullanarak bu uyarılarla baş eder. Roy; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağıllık alanı olmak üzere dört uyum alanı tanımlamıştır ve bu uyum alanlarındaki davranışsal yanıtları uyumlu veya uyumsuz olarak sınıflandırır. Hemşire, bu alanlara ilişkin bireyin gereksinimlerini karşılayarak uyumuna yardım eder (21,22,23,24,25).

Roy'un Adaptasyon Kuramının, hastalık yaşantısında birçok alanda problem yaşayabilen Behçet hastalarının değerlendirilmesi ve bakımında bir uyum modeli olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu modelle hastaların yaşadıkları fiziksel, sosyal ve ruhsal problemlerin daha iyi sistematize edilerek ele alınması etkili bakım sağlamada faydalı olacağı öngörülmektedir. Diğer meslek gruplarına göre hasta ile daha uzun sürede etkileşim içinde olan hemşirelerin, hastaları bütüncül bir şekilde değerlendirerek sorun alanları ile ilgili bakım, eğitim ve danışmanlık rolleri doğrultusunda hizmet vermeleri beklenmektedir.

Bu hizmette bireyin, ailenin ve toplumun ruh sağlığını geliştirmede psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumluluklardan biri ise eğitici rolüdür. Hemşire, eğitim rolü ile hastalıkları önleme ve baş etmede hastanın ve ailesinin biopsikososyal bütünlük içinde en iyi düzeyde fonksiyon göstermesine psikoeğitim yoluyla yardım edebilmektedir (26). Psikoeğitim; hasta ve ailesinin

hastalığı ve tedavisini anlayarak tedaviye etkin bir şekilde katılımlarını sağlamak amacıyla gerekli bilgiyi vermeyi amaçlayan bir yöntemdir (27). Psikiyatri hemşireleri hastaların psikososyal bakım ihtiyaçlarını belirleme, uygun eğitim programlarını planlama, uygulama ve etkinliğini değerlendirme konusunda önemli bir donanıma sahiptir (26).

Behçet hastaları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastaların hastalığa psikososyal uyumları (4), depresyon ve anksiyete düzeyleri (17,18), baş etme yöntemleri (28), yaşam kalitesi (5,6,7,8,9,10,11) ve cinsel disfonksiyonları (12,13,14,15,16) ile ilgili çalışıldığı, ancak bu problemlerin bütüncül olarak ele alındığı bir modelle psikoeğitim çalışması olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda, psikiyatri hemşireleri eğitim ve deneyimleri ile psikoeğitim çalışmalarında önemli bir konumdadır. Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak Behçet hastaları ele alındığında psikiyatrik morbitidenin azalacağı, hastalığın istenmeyen sonuçları ile daha iyi baş edebilecekleri ve hastalığa daha iyi uyum sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada, Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastalık uyumu, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastalık uyumu, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların hastalık uyumu artırır.

H2: Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların çift uyumlarını artırır.

H3: Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların benlik saygılarını artırır.

H14: Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların psikiyatrik belirtilerini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER:

Genel bilgiler 6 başlık altında sunulmuştur. Bunlar ;

1. Behçet Hastalığı
2. Behçet Hastalığının Psikososyal Yönü
3. Roy Adaptasyon Modeli
4. Psikoeğitim
5. Behçet Hastalığı ve Roy Adaptasyon Modeli
6. Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Hemşireliği

2.1. Behçet Hastalığı

Behçet hastalığı bir Türk doktoru olan Hulusi Behçet tarafından 1937 yılında tanımlanmıştır. Hastalıktaki göz bulguları, oral aft ve genital ülser birlikteliğini ilk fark eden ise Hipokrat olmuştur.

Hastalık değişik tip, çap ve lokasyondaki damarları etkileyen nedeni bilinmeyen sistemik enflamatuvar bir vaskülitir (29). Deri bulguları (oral aftlar, genital ülserler, deri lezyonları) göz bulguları, santral sinir sistemi, gastrointestinal sistem, kardiyovasküler sistem ve eklem bulguları ile karakterize olan Behçet hastalığı kronik tekrarlayıcı ve ataklarla seyreden bir hastalıktır (2).

2.1.1. Epidemiyoloji

Tüm Dünya’da görülebilen Behçet hastalığının prevalansının en yüksek olduğu bölgeler Doğu Akdeniz, Ortadoğu ve Doğu Asya ülkeleridir. Bu dağılım nedeniyle Behçet hastalığı ipek yolu hastalığı olarakta adlandırılmakta (30), en sık Türkiye’de görülmektedir. Türkiye’nin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda Behçet hastalığı prevalansı Kayseri’de 17/10,000, İstanbul’da 42/10.000, Ankara’da 11.5/10.000 olarak bildirilmiştir (31,32,33). Behçet hastalığı İran’da 8/10.000, Irak’ta 1.7/10.000, Japonya’da 1.3/10.000, Suudi Arabistan’da 1.9/10,000, İsrail’de 1.5-12/10.000, Afrika’da 7,6/100,000 oranında görülmektedir (34,35).

Behçet hastalığı daha çok 20-40 yaşları arasında görülmekle birlikte daha genç ya da daha ileri yaşlarda da ve her iki cinsiyette de görülebilmektedir. İskoçya, Amerika Birleşik Devletleri, İspanya, Kore, İsrail, İsveç, Brezilya ve Japonya’da

kadınlarda daha sık görülürken, Türkiye, İran, Lübnan, Çin Almanya, Yunanistan, Tunus, Irak ve Suudi Arabistan'da erkeklerde daha sık görülmektedir (35). Erkeklerde papülopüstüler lezyonlar, vasküler tutulum, santral sinir sistemi tutulumu ve göz bulguları daha sık görülürken, kadınlarda eritamanodozum, oral ve genital ülserler, eklem bulguları daha sık görülmektedir. Bazı çalışmalarda eklem bulgularının kadın ve erkekte eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir. Hastalık erkeklerde kadınlara göre daha ağır seyretmekte, nonspesifik deri aktivasyonu olarak tanımlanana paterji testi pozitifliği erkeklerde daha fazla ve mortalite riski daha yüksektir (36,37,38).

2.1.2. Mortalite ve Morbidite

Behçet hastalığında en önemli morbidite sebebi göz tutulumudur. Hastalığın ilk yıllarında başlar ve en büyük hasarı da bu yıllarda yapar ve geçirilen her atak görme keskinliğini biraz daha azaltmaktadır (39). Hastalığın en önemli mortalite sebebi ise damar tutulumu, pulmoner arter anevrizması ve nörolojik tutulumdur (39,40). Kural ve ark. çalışmasında, takip edilen 387 Behçet hastasının 42'sini majör damar problemleri ve nörolojik tutulum nedeniyle kaybedildiği ve bu 42 hastanın 39'unun erkek, 3'ünün kadın olduğu bildirilmiştir (41). Yazıcı ve ark. 10 yıllık süreçte Behçet hastalığındaki mortalite oranının araştırdıkları çalışmada 150 hastanın %79'unun mortalite bilgilerine ulaşmışlar ve bu hastalardan 6 erkek hastada mortalite saptadıklarını bildirmişlerdir (42). Savey ve arkadaşlarının farklı etnik gruplarla yaptıkları çalışmada 15 yıllık dönemde Sahra altı Afrika'da Behçet hastalığı mortalite oranı %19, Kuzey Afrika'da %9, Avrupa'da ise % 6 olarak belirlenmiştir (43).

2.1.3. Patogenez

Behçet hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik olarak hastalığa yatkınlığı olan bireylerde virüs ve bakteriler gibi çevresel faktörlerle veya 151 şok proteini gibi otoantijenlerle tetiklenen düzensiz bir immün reaksiyon olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (40).

Behçet hastalığında histopatolojik bulgu, tıkaçıcı tipte vaskülitir. Etkilenen organlarda yapılan histopatolojik incelemelerde lenfomononükleer hücrelerin perivasküler dokularda toplandığı, endotelial hücrelerde şişme ve proliferasyon olduğu, küçük damar yapılarında tıkanıklık olduğu ve fibrinoid dejenerasyon geliştiği görülmüştür. İleri çalışmalarda ise infiltrasyon alanlarında önceleri hakim olan mononükleer hücrelerin yerini hastalığın ilerleyen evrelerinde nötrofillere bıraktığı bilinmektedir (2).

Genetik olarak HLA-B51 geni taşıyan bireylerin Behçet hastalığına daha yatkın olduğu bilinmektedir. Behçet hastalarının %50-80'i bu gene sahiptir. Değişik coğrafi bölgelerde yapılan çalışmalarda farklı oranlar bildirilmektedir. Ülkemizde Alpsy ve arkadaşlarının çalışmasında HLA-B51 geni taşıma oranı %70 'olduğu bildirilmiştir (44) HLA-B51 geni Türk ve Japon hastalarda daha fazla görülürken, İngiliz hastalarda görülme oranı daha düşüktür (40)

Viral ve bakteriyel enfeksiyonlar ve oral mukoza florası da Behçet hastalığını tetikleyebilmektedir. Behçet hastalarının oral sağlıklarının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların oral sağlıkları yetersiz bulunmuş, bu durumun hastalığın şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (45).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Behçet hastalığı birçok organı aynı anda tutabilen bir hastalık olduğu için belirti ve bulgular da çeşitlilik göstermektedir.

2.1.5.Oral Ülserler

Behçet Hastalığının en önemli semptomlarından olan oral ülserler; ağrılı, kronik ve yineleyici özelliktedir. Tanı için önemli bir bulgu, hastalığın en erken döneminde gözlenen ve en sık rastlanan belirtisidir. Oral ülserler genellikle dilin yan yüzü, yumuşak damak, dudak ve yanak mukozasında görülür, diş etlerinde, dil üstünde, sert damakta daha az sıklıktadır (46). Bu ülserler, toplu iğne başı büyüklüğünde bir ülserle başlar ve giderek büyür, bir ya da birkaç hafta devam eder ve skar bırakmadan iyileşir (2). Çok ağrılı olduğu için hastalar konuşma, yutma ve yemek yeme konusunda oldukça sıkıntı yaşamaktadırlar (2). Türkiye'de yapılan çalışmalarda oral ülserlerin bütün hastalarda gözleendiği bildirilmektedir (31, 38, 47)

2.1.6. Genital Ülserler

Genital ülserler, oral aftlara göre daha az ağrılı, daha derin yerleşimlidir ve iyileşirken skar dokusu bırakarak iyileşir. Skar dokusu tanı için yardımcı bir bulgudur. Genital ülserler erkeklerde en sık skrotum ve peniste görülmektedir ve kadınlara göre daha ağrılı bir şekilde seyretmektedir. Kadınlarda daha çok vulva ve vajinada, daha az sıklıkla serviks ve kasıkta izlenmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, genital ülserlerin %57-93 arasında görüldüğü bildirilmektedir (2,38,47).

2.1.7. Deri Bulguları

Tanı için oldukça önemli olan deri bulguları hastaların büyük bir çoğunluğunda gözlenmektedir.

Papülopüstüler Lezyonlar

Daha çok gövde, alt ekstremitte ve yüz bölgesinde yerleşen papülopüstüler lezyonlar hastaların %65-96'sında görülmekte (44), follikülit ya da akneye benzeyen papülopüstüler lezyonlar akne vulvaris ile karıştırılabilmektedir.

Eritema Nodosum Benzeri Lezyonlar

Behçet hastalığında %47.6- %55.3 oranında görülmektedir (38). Başta alt ekstremiteler olmak üzere, kollar, kalça, yüzde ve boyun bölgesinde görülebilen eritamo nodozum benzeri lezyonlar deri yüzeyinden kabarık, subkütanöz kızarıklık, şişlik ve sertlikle karakterizedir (2). Kadınlarda daha sık görülen lezyonlar 2-3 hafta içinde deri üzerinde pigmentasyona neden olarak iyileşir (29,46).

2.1.8. Göz Bulguları

Göz tutulumu, Behçet hastalığında en sık görülen majör organ tutulumudur ve % 50 oranında görülmektedir (48). Erkeklerde kadınlara göre daha sık ve ağır seyretmektedir (49). Göz tutulumu sıklığı kadın ve ileri yaştaki hastalarda %30 iken, genç erkeklerde %70'dir (48). Soylunun çalışmasında göz tutulumunda kadınlar ve

erkekler arasında anlamlı bir fark olmasa da, erkeklerin daha sık atak geçirdiği ve atakların daha ağır olduğu bildirilmiştir (49).

Behçet hastalığında göz tutulumu bilateral tekrarlayan üveit şeklinde görülmekte ve gözün hem ön segmentini hem de arka segmentini etkileyebilmektedir (2,51). En korkulan komplikasyon, retinal ve optik atrofidir (50,51). Üveit ataklarının sıklığı, ağırlığı ve ön ya da arka segment tutulumuna bağlı olarak görme prognozu değişmektedir (2,49). Ön segmentle sınırlı kalan ataklarda görme prognozu daha iyi iken arka segment tutulumları hızlı görme kaybına neden olmaktadır. Geçirilen her atak görme keskinliğini biraz daha azaltmakta ve bu kalıcı olmaktadır (2).

2.1.9. Kas İskelet Sistemi Bulguları

Behçet hastalığında kas iskelet sistemi tutulumu deformasyona ve erozyona yol açmayan oligoartirit şeklinde görülmektedir. Oligoartirit bir hafta sürmekle birlikte nadiren kronik artirit görülebilir. Behçet hastalarının %50'sinde eklem tutulumu görülmektedir. En sık diz, ayak bileği, dirsek ve el bileği eklemi etkilenmekte, tutulan eklemde ağrı, kızarıklık ve şişlik görülmektedir (2). Yapılan prospektif bir çalışmada bu oran %51.2 olarak saptanırken (52), ülkemizde yapılan başka bir prospektif çalışmada eklem tutulumu oranının %41.3 olduğu bildirilmiştir (53).

2.1.10. Nörolojik Bulgular

Nörolojik tutulum Behçet hastalığının yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilen en ağır bulgularından biridir (2). Nörobeçet hastalığı olarak adlandırılan bu durum baş ağrısı, ateş, bulantı ve kusma ile başlar ve menenjit tablosu görülebilir. Öktem ve arkadaşlarının 12 nörobeçet hastasını izledikleri çalışmalarında, hastalarda bellek sorunları, azalmış motivasyon, dikkat azalması ve kişilik değişiklikleri saptanmıştır (54). Nörobeçette nistagmus, ataksi ve tremor gibi bulgular da ön planda olabilir. Meningoensefalit, benign intrakranial hipertansiyon, beyin köküne ait bulgular, kranial sinir tutulumu, piramidal/ekstrapiramidal sistem ve omurilik ile ilgili bulgular görülebilir (2).

2.1.11. Vasküler Bulgular

Behçet hastalığındaki birçok bulgunun temelinde vaskülit yatmaktadır. Behçet hastalığı hem arteriyal, hemde venöz sistemi etkileyebilmektedir. En çok venöz yapılar etkilenmektedir. Hayatlarının bir döneminde hastaların yaklaşık üçte birinde yüzeysel ya da derin tromboflebit atağı görülmektedir (2,55). Arteriyal komplikasyonlar arteriyal tıkanıklık veya anevrizma şeklinde görülmektedir ve daha nadir ortaya çıkmaktadır. Vasküler tutulum genç erkek hastalarda daha fazla görülmektedir. Büyük damar tutulumları mortalitayı de artırmaktadır (2). Atak ve remisyonlarla seyreden vasküler tutulumun hastanın yaşı ilerledikçe aktivitesinde de azalma gözlenmektedir (55).

2.1.12. Gastrointestinal Sistem Bulguları

Behçet hastalığında gastrointestinal sistem özafagustan anüse kadar etkilenebilmektedir. Gastrointestinal tutulumu “Entero-Behçet” olarak da adlandırılmaktadır. İleoçekal bölge ve kolon en sık tutulum görülen yerlerdir (56). Bulantı, kusma, ishal, kabızlık ve karın ağrısı görülmektedir. Bu belirtiler başka hastalıklarla da karışabilmektedir. Gastrointestinal sistemde erozyon ve ülserler de görülebilir. Ülserler aftöz veya zımbayla delinmiş gibi derin, yuvarlak veya oval şekilde olabilir. En sık görülen semptomlar karın ağrısı, ishal ve melenadır. Malabsorbsiyon sık görülen bir durumdur (2,57). Behçet hastalığının da gastrointestinal tutulumun görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte ülkemizde yapılan bir çalışmada %1.4 olarak belirlenmiştir (45).

2.1.13. Tanı

Behçet hastalığı birçok organ tutulumuna neden olduğu için bulguların bu kadar çeşitli olması diğer hastalıklarla karıştırılmasına da neden olmaktadır. Tanı laboratuvar test sonuçlarından çok, hastadaki klinik tablo değerlendirilerek ve hastalığa özgü etkenler göz önünde bulundurularak konulmaktadır (2,50).

Behçet hastalığı tanı kriterleri olarak uluslararası Behçet hastalığı çalışma grubu tarafından 1990 yılında tanımlanan kriterler ve 2006 yılında tanımlanan

Behçet hastalığı uluslararası tanı kriterleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Behçet hastalığı sınıflandırılması için kullanılan uluslararası tanı ölçütleri (58).

- **Tekrarlayan oral ülserler:** Minör aftlar, majör aftlar veya herpetiform ülserasyonun doktor tarafından tespit edilmesi veya hasta tarafından güvenilir olarak anlatılması, oral ülserasyonun bir yıl içinde en az 3 defa tekrar etmiş olması

Bu belirtiyeye ek olara aşağıdakilerden iki tanesinin birlikte olması

- **Tekrarlayan genital ülserasyonlar:** Tekrarlayan genital aftöz ülserasyon veya skar oluşumunun özellikle erkeklerde gözlenmesi, doktor tarafından tespit edilmiş veya hasta tarafından tanımlanmış olması.

- **Göz bulguları:** Vitreusta hücre olması, ön üveit, arka üveit, retina vaskülit

- **Deri bulguları:** Eritema nodosum benzeri lezyonların doktor tarafından tespit edilmesi veya hasta tarafından tanımlanması, psödofolikülit, papüllopüstüler lezyonlar veya akneiform döküntülerin izlenmesi

- **Pozitif paterji testi:** Behçet hastalığının tanı kriterlerinden biri olan paterji testi nonspesifik deri aktivasyonu olarak tanımlanmaktadır. Testte 20 G ya da daha ince bir iğne ile genellikle kolun iç ön kısmına cilt altına serum fizyolojik enjekte edilmekte ya da sadece iğne batırılıp çıkarılmaktadır. 24-48 saat sonra testin sonucu değerlendirilir. İğnenin girdiği bölgede endürasyonlu bir eritem veya püstül oluşumu varsa test pozitif olarak değerlendirilir (2).

2.1.14. Tedavi

Behçet hastalığı birçok organı tutabilen bir hastalık olduğu için tedavide de muitidisipliner bir yaklaşım söz konusudur. Hastalığın tedavisi tutulum gösteren organa, yaşa, cinsiyete, hastalık belirtilerinin şiddetine, atakların sıklığına, hastalığın süresine göre belirlenmektedir. Tedavideki ana amaç, hastalığın erken ve aktif dönemlerinde enflamasyonu baskılayarak geri dönüşsüz organ hasarını önlemektir (59,60). Behçet hastalığında yakın takip, erken ve uygun tedavi mortalite ve morbiditeyi azaltmak için zorunludur (60). Behçet hastalığı tedavisinde bugün için topikal ve sistemik kortikosteroidler, kolsişin, stotoksik ilaçlar, siklosporin ve diğer yeni kullanıma girmiş bazı ilaçlar kullanılmaktadır (40).

Tedavide kullanılan ilaç yan etkilerinin hastalığın prognozu üzerinde önemli etkisi vardır. Tedavi süresince hastanın klinik ve laboratuvar bulgularının düzenli bir

şekilde değerlendirilmesi, ilaç yan etkilerine yönelik önlemlerin alınması çok önemlidir (61).

2.1.15. Prognoz

Behçet hastalığında hastalığın erken yaşlarda başlaması, HLA-B51 pozitifliği, cinsiyetin erkek olması, nörolojik tutulum, göz tutulumu, gastrointestinal sistem tutulumu, anevrizma ve derin ven trombozu varlığı hastalığın prognozunu etkileyen önemli faktörlerdir. Behçet hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi de olumsuz prognoz üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (37,62).

2.2. Behçet Hastalığının Psikososyal Yönü

Behçet hastalığının kronik bir seyirde ve tekrarlayan ataklarla seyretmesi ve çeşitli sistemlerde geri dönüşsüz bozukluğa yol açması, hastanın birçok organla ilgili fiziksel belirti yaşayabilmesine neden olmaktadır. Ağrılı oral aftlar, genital ülserler, deri bulguları, göz tutulumu, eklem tutulumu, damar tutulumu, sindirim sistemi ve sinir sistemi tutulumları söz konusu olabilmekte, bu tutulumlarla ilgili belirtilerin bir ya da bir kaç hastanın günlük yaşantısını etkileyebilmektedir. Hastaların yaşadığı bu belirtiler ruhsal ve sosyal problemleri de beraberinde getirmektedir.

Behçet hastalığının kronik ve ataklarla seyreden yapısı hastalığa psikososyal uyumu gerekli kılmaktadır. Psikososyal uyumun iyi olması hastanın hastalığın etkileri ile daha iyi başa çıkabilmesini, daha az komplikasyon yaşamasını ve daha az atak geçirmesini, sosyal ve aile çevresinde daha az problem yaşamasını sağlayabilir. Hastanın hastalığı üzerindeki kontrol duygusunu artırabilir. Öyke'nin Behçet hastaları ile yaptığı çalışmada hastalarının %30'unun hastalığa uyumlarının kötü olduğu bildirilmiştir. Herhangi bir işte çalışmama, düşük sosyoekonomik düzey, ilaç yan etkisi yaşama, hastalık nedeniyle görünüm değişikliği yaşama, görünüm değişikliği nedeniyle kendisiyle ilgili düşüncelerinde değişiklik yaşama, bedenini ve kendini daha az beğenme, depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olması, sosyal desteğin olmaması, hastalığı zarar veren bir durum olarak algılama ve hastalıkla ilgili bilginin yetersiz olması hastalığa psikososyal uyumun kötü olmasına neden olmaktadır (4).

Behçet hastalığının ortaya çıkması ve atak dönemlerinden önce stresli yaşam olaylarının oranının yüksek olması, anksiyete ve depresif belirtilerin sıklıkla yaşanması, hastalığın psikosomatik yönünün de olduğunu düşündürmektedir (17, 11). Karlıdağ ve ark. çalışmasında, hastaların %70.6'sı stres faktörü tanımlarken, %79.4'ü hastalığın ataklarının stres faktörü ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Behçet hastalığı karşısında hastalar korku, üzüntü, endişe, merak duygusu ve ümitsizlik yaşamakta ve sorunlarıyla etkili bir şekilde baş edemeyen hastalarda daha sık ruhsal belirtiler ortaya çıkmaktadır (28). Behçet hastalığında en sık görülen ruhsal problemler; somatizasyon bozukluğu, anksiyete ve depresyondur. Bu problemler, sık ve şiddetli atak geçiren hastalarda daha fazla görülmektedir (17,18,63). Hastalığa eşlik eden psikiyatrik belirtiler hastanın hastalığa uyumunu azaltmakta (4), yaşam kalitesini düşürmekte (9,64) ve cinsel disfonksiyonu da artırmaktadır (64).

Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi hastalığın aktifliği ve prognozu ile yakından ilişkilidir. Behçet hastaları ile yapılan çalışmalarda, hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Behçet hastalığında yaşam kalitesini etkileyen faktörler ise; yorgunluk, ağrılı oral ve genital ülserler, baş ağrısı, depresyon, eşlik eden kronik hastalık varlığı, tedavi alma, eklem tutulumu, hastalık aktifliği ve çoklu organ tutulumu olarak bildirilmiştir (5,6,7,8,9,10,11)

Behçet hastalığının neden olduğu fonksiyon kayıpları, dermatolojik belirtiler, ağrılı tutulumlar, ruhsal problemler, cinsel disfonksiyon, hastalığın öngörülemez ataklarla seyretmesi, ilerleyici yapısı hastanın vücudu üzerindeki kontrol duygusunun azalması, hastanın kendini algılamasını ve benlik kavramını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Literatürü incelediğimizde, Behçet hastalığının beden imajını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (65,66).

Behçet hastalığının öngörülemez ataklarla seyretmesi hem hasta, hem de ailede bir kriz yaşantısına neden olabilmektedir. Hasta, hastalık sürecindeki her sıkıntıyı ailesi ile birlikte yaşamakta, bu durum aile ve eş ilişkilerini de etkilemektedir. Özel'in (19) çalışmasında çalışmaya katılan hastalar hastalığın aile yaşantısını etkilediğini ifade etmişlerdir.

Behçet hastalığında, hastalığa eşlik eden ruhsal belirtiler, yaşam kalitesinin düşüklüğü, vasküler problemler, hastanın hastalık nedeniyle yaşadığı fonksiyon kayıpları, bedensel değişimler, ağrılı tutulumlar nedeniyle benlik algısı ve

saygısındaki değişimler hastalarda cinsel işlev bozukluklarına da neden olabilir. Yapılan çalışmalarda, Behçet hastalığında cinsel disfonksiyonun %47.9-95.7 oranında değiştii bildirilmektedir (12,13,14,15,16). Kadınlar erkeklere göre daha fazla cinsel disfonksiyon yaşamakta, kadında görülen mevcut cinsel disfonksiyon Behçet hastalığı oluştuğunda ikiye katlanmakta, depresyon düzeyi arttıkça ve yaşam kalitesi düştükçe, cinsel disfonksiyon da artmaktadır (13,14,16).

Behçet hastalığının ataklarla seyretmesi ve atakların ne zaman ortaya çıkacağı konusundaki belirsizlik, hastanın korku ve kaygı yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durum hastanın iş yaşantısını ve gelecek planlarını etkileyebilmektedir. Özel'in Behçet hastaları ile yaptığı çalışmada atak oluşumu sonrasında hastalık prognozunun kötüleştiği, hastaların tekrar atak geçirme korkusu ve ölüm korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (19).

Hastalık sürecinde sık geçirilen ataklar, görme kaybı, ağırlı eklem tutulumları oral ve genital ülserler, hastane kontrolleri ve tedavi için ayrılan süre hastanın iş yaşantısında uzaklaşmasına, aile içinde ve sosyal yaşantıda rol değişimlerine ve sosyal izolasyona neden olmakla birlikte tedaviyi sürdürme noktasında da problemlere yol açmaktadır (19).

2.3. Psikoeğitim

Psikoeğitim; fiziksel ya da psikolojik hastalıklarda bireylere hastalıkları hakkında bilgi verme, hastalığa verdikleri yanıtları öğretme, hastalığa uyumu ve hastalığın etkileri ile baş etme becerilerini artırmaya yönelik planlanmış müdahalelerdir (67,68,69).

Psikoeğitim günümüzde sadece ruhsal hastalıklar da değil, fiziksel rahatsızlıklarda ve sağlıklı bireylerin sağlığını geliştirme, iyilik halini artırma gibi alanlarda da kullanılmaktadır (70). Psikoeğitim uygulamaları, kronik hastalıklarda hastalık ve tedaviye yönelik sadece öğretici bir anlatımı değil, bunun yanında sosyal desteği de içeren belirli bilişsel ve davranışsal yöntemleri de içermektedir (71). Yetişkin eğitiminin temel ilkelerinin kullanıldığı psikoeğitim öğrenen merkezli ve aktif bir süreçtir. Psikoeğitim içeriği eğitimin verileceği grubun ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmakta ve şimdi ve buradaya odaklanılmaktadır (72).

Psikoeğitim uzun süreli ve yaşam tarzı düzenlemesi gereken hastalıklar için oldukça etkili bir yöntemdir. Sıklıkla kullanıldığı gruplar yeni tanı almış hasta ve yakınları, tekrar hastaneye yatma riski olan hastalar ve aileleri, hastalıkları ile baş etmede uzun süreli stratejiler geliştirmeleri gereken hasta gruplarıdır (70).

Psikoeğitimin açıklık getirme, terapötik etkileşim ve baş etme becerisinin geliştirilmesi olmak üzere üç temel ögesi vardır (72).

Psikoeğitimin amaç ve işlevleri;

- Bilginin transferi ve becerinin geliştirilmesi,
- Aile yükünü ve stresi azaltmak,
- Emosyonel destek sağlamak,
- Tedavi uyumunu artırmak,
- Problem çözme becerilerini geliştirmek,
- Nüksleri önlemek, hasta ve ailesi için yaşam kalitesini artırmak,
- Değişim umudunu artırmak,
- Hasta ve ailesinin yeni başa çıkma yeteneklerini artırmak,
- Hastalık hakkında bilgi vermektir (70,73).

Psikoeğitim süreci altı basamaktan oluşmaktadır.

- Hastanın hastalığı ile ilgili endişelerini, bilgilerini ve yanlış anlamaları ortaya koymak,
- Hastalık hakkında bilgi verilmesi yoluyla, bireyin hastalıkla ilgili bilgisini artırarak anksiyetesini azaltmak,
- Hastanın hastalığı ile ilgili duygularını ifade etmesine yardım ederek, duygusal destek sağlayarak umut aşılama,
- Hastanın hastalığına ilişkin yanlış bilgi ve yorumlamaları düzeltmek,
- Hastanın hastalığını kolay anlayabileceği şekilde ayrıntılı olarak açıklamak,
- Verilen bilgilerin hasta tarafından nasıl anlaşıldığının kontrol etmektir (72).

Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalarda önemli yeri olan psikoeğitim gerek ruhsal hastalıklarda, gerekse fiziksel hastalıklarda sıklıkla kullanılmaktadır.

Psikoeğitimin; şizofreni hasta ve ailelerinin problem çözme becerilerini artırdığı, yaşam kalitesini yükselttiği, hastalığın yinleme riskini azalttığı ve aile işlevlerinin düzelmesinde olumlu sonuçlar oluşturduğu saptanmıştır (74).

Fiziksel hastalıklara yönelik yapılan psikoeğitim çalışmalarında kronik hastalıklarda verilen psikoeğitimin yaşam kalitesini artırdığı, psikiyatrik belirtileri azalttığı, stresle baş etmeyi ve hastalık uyumunu artırdığı belirlenmiştir (75,76,77).

2.4. Roy Adaptasyon Modeli

Sister Callista Roy tarafından geliştirilen ve 1970 yılında uygulamaya geçirilen Roy Adaptasyon Modeli insanın uyumu üzerine odaklanmıştır (22,23,24,25).

Modelin ana kavramları insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir (22).

İnsan: Roy'a göre, değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan insan bio-psiko-sosyal bir varlıktır. Bireyin iyilik halini artırmada başa çıkma mekanizmalarının etkili olduğuna inanan Roy, değişen çevreye karşı bireyin uyumuna odaklanmaktadır. İnsanı değişen çevresine adaptif cevaplar veren, regülatör ve kognetör sistemlere sahip adaptif bir sistem olarak tanımlamaktadır.

Sağlık: Roy sağlığı; bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum sağlama, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğü devam ettirme süreci olarak tanımlamaktadır. Sağlık birey ve çevrenin bütünleşmesi ile oluşur. Bu bütünleşme yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Birey karşılaştığı sorunlarla baş edebilirse, değişikliklere uyum sağlayabilirse sağlıklıdır (20,22,24).

Çevre: Roy'a göre birey çevreyle sürekli etkileşim halindedir. Çevre bireyi etkileyen iç ve dış faktörlerdir. Birey çevresel değişikliklere karşı biyopsikososyal uyum mekanizmaları ile baş etmeye çalışır (20).

Hemşirelik: Roy hemşireliği uygulamalı bir bilim olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik, insan sağlığını olumlu bir şekilde etkilemek ve insan için gerekli olan sağlık hizmetinin sağlanması için bilimsel bilginin bütünlük içinde kullanılmasıdır (20,22). Hemşirenin amacı; sağlık ve hastalık durumlarında bireyin uyumlu davranış gösterebilmesine yardımcı olmaktır (22,23,24,25). Hemşirelik girişimleri ya bireyin uyarana uyumunu arttırmayı ya da uyarıları kontrol etmeyi amaçlamaktadır.

Hemşirelik süreci, hemşireliği diğer disiplinlerden ayıran özel aktiviteler olarak tanımlanmıştır.

Roy'un Adaptasyon Kuramında sistem, girdi, çıktı, kontrol süreci, geribildirim kavramları kavramsal çatıyı oluşturmaktadır. İnsan bütüncül ve uyum yeteneği yüksek bir sistemdir. Uyarın olarak tanımlanan girdilere karşı insan adaptasyon düzeyine ya da gelen uyarana göre etkili ya da etkisiz davranışlar gösterir. Roy'un adaptasyon kuramında odak, etkileyen ve olası uyarın olmak üzere üç çeşit uyarın tanımlanmaktadır (20,24).

Odak uyarın; bireyin o anda tepki gösterdiği uyum tepkisine neden olan iç ya da dış uyarınlardır.

Etkileyen uyarın; odak uyarının etkisini artıran ya da azaltan çevresel faktörlerdir.

Olası uyarın ise; uyum davranışını etkileyen ancak etkileri çok dikkate alınmayan uyarınlardır. Bireyin inançları, geçmiş deneyimleri ve korkuları tedaviye yanıtı etkileyen uyarınlardır (20,21,22).

Davranışsal yanıtı en çok etkide bulunan uyarın odak uyarın olduğu için hemşirelik girişimlerinde ilk olarak odak uyarına müdahale edilir. Odak uyarını değiştirmek mümkün değil ise etkileyen uyarına yönelik müdahaleler planlanır. Bireyin uyarına olan algısı ve dikkati uyarının belirlenmesinde etkili olduğu için bireyin uyarın algısının belirlenmesi önemlidir (24).

Adaptasyon bireyin iç ya da dış uyarınlara uyumlu tepki verme süreci ya da karşılaştığı durumlara uyum sağlama çabasıdır. Bireyin uyarınlara pozitif yanıt verme yeteneği uyum düzeyini oluşturur. Uyum düzeyi sürekli değişebilir. Modelde uzlaşmacı, dengeleyici ve mükemmel uyum olmak üzere üç uyum düzeyi tanımlanmaktadır. Birey uyarınlar karşısında baş etme mekanizmalarını kullanarak davranışları ile tepki verir. Baş etme mekanizmaları adaptasyon sürecinin kontrolünü sağlar. Roy Adaptasyon Modelinde regülatör ve kognetör baş etme mekanizması olmak üzere iki alt sistem tanımlanmaktadır (24).

Regülatör (Düzenleyici) Alt Sistem: Dıştan ya da sistemden gelen uyarılara nöral, kimyasal ve endokrin aktivite yoluyla otomatik olarak verilen cevaplardır.

Kognetör (Bilişsel Duygusal) Alt Sistem: Uyarılara karşı kavramsal ve duygusal kanallar yoluyla cevap üreten baş etme mekanizmalarıdır. Algısal/bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duygusallık gibi kanallarla cevap oluşturulur. Roy adaptasyon modelinde birey regülatör ve kognetör mekanizmaların açıkça görülebileceği dört uyum alanı tanımlanmıştır.

Fizyolojik Alan: Bireyin çevreden gelen uyarılara bedensel olarak verdiği tepkilerle ilişkilidir. Fizyolojik uyum, bireyin fizyolojik bütünlüğü ile ilişkilidir. Fizyolojik alan oksijenlenme, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme, korunma, duyular, sıvı elektrolit-asit baz dengesi, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyonları içermektedir (24).

Benlik Kavramı Alanı: Benlik kavramı altındaki temel gereksinim psikik bütünlüktür. Kişisel ve fiziksel ben olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Fiziksel ben; bireyin beden imajı, görünüm ve duyu düzeyi olarak tanımlanırken, kişisel ben; moral-ahlaki-spiritüel değerler, idealler, davranışlar ve kişisel standartların uyumu ile ilişkilidir (20,22,24,25).

Rol-İşlev Alanı: Rol işlev alanı altında yatan temel gereksinim sosyal bütünlüktür. Roy'a göre rol, kişinin toplumdaki pozisyonundan kaynaklanan ve bu pozisyonun devamı için toplumun beklediği davranışları göstermesidir. Roy üç çeşit rol tanımlamıştır.

Birincil rol: Bireyin yaşamında yer alan davranışların temelini oluşturur. Kadın, erkek, genç, yaşlı gibi.

İkincil Rol: Birincil rol ve gelişimsel durum ile ilgili görevlerin bileşimidir. Ebeveynlik, öğretmenlik, öğrencilik gibi.

Üçüncül Rol: Bireyin seçimine bağlı olup, zevkler doğrultusunda gelişen geçici rollerdir. Dernek üyesi, bir grubun başkanı gibi (22,24).

Karşılıklı Bağlılık Alanı: Bireyin özel kişilerle ve destek sistemleriyle ilişkilerini kapsamaktadır. Bu alan içinde bireyin sevgi, ilgi, değer verme ve doyum gibi gereksinimlerini karşılanarak, psikik bütünlüğü devam ettirilir.

Roy Adaptasyon Modelinde Hemşirelik Süreci

Roy Adaptasyon Modelinde hemşirelik süreci, davranışların değerlendirilmesi, uyaranların değerlendirilmesi, hemşirelik tanılarının oluşturulması, amaçların oluşturulması, hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması ve değerlendirme olmak üzere altı aşamadan oluşmaktadır (20,21,22,24).

Davranışların Değerlendirilmesi: Bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik bütünlüğünün tehdit altında olduğu durumlarda gösterdiği davranışların değerlendirildiği aşamadır. Hemşire uyumlu davranışları sürdürmek ve geliştirmek, uyumsuz davranışları uyumluya çevirmek için bireyin fizyolojik, benlik kavramı, rol ve işlev ve karşılıklı bağlılık alanında gösterdiği davranışları değerlendirir (21,24).

Uyaranların Değerlendirilmesi: Bu aşamada bireyin davranışlarının etkileyen odak, etkileyen ve olası uyaranlar değerlendirilir ve uyaranların sorun oluşturduğu uyum alanları belirlenir (78).

Hemşirelik Tanıları: Roy adaptasyon modelinde hemşirelik sürecinde davranışların ve uyaranların değerlendirilmesinden sonra hemşirelik tanıları belirlenir (21,24,79).

Hedeflerin Oluşturulması: Bireyin uyumsuz davranışlarını değiştirmeye, uyumu desteklemeye ve baş etme gücünü artırmaya yönelik ulaşılmak istenen hedefler belirlenir (24,78,79,80).

Hemşirelik Girişimleri: Belirlenen hedeflere ulaşmak için uygun hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi ve uygulanması aşamasıdır (24,79).

Değerlendirme: Hemşirelik sürecinin son aşamasında hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilerek sorunların çözümünde girişimlerin etkili olup olmadığı belirlenir. İstenilen sonuçlara ulaşamadığında girişimler tekrar düzenlenebilir (24,78).

Roy Adaptasyon Modelinin sekiz temel ilkesi vardır. Bunlar;

1. Birey biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ile bir bütündür.
2. Birey değişen çevre ile sürekli etkileşim halinde olan açık bir sistemdir.

3. Birey bütünlüğünü devam ettirmek için doğuştan ya da sonradan kazandığı baş etme mekanizmalarını kullanır.
4. Sağlık ve hastalık, bireyin yaşamının kaçınılmaz bir parçasıdır.
5. Birey çevre değişimlerine, olumlu tepki verecek bir şekilde uyum sağlamalıdır.
6. Bireyin baş edebilme durumu ve çevresel değişikliklerin derecesi uyumu etkileyen faktörlerdir.
7. Bireyi olumlu cevaba götürecektir bir uyarının, bireyin uyum alanı içinde bulunup bulunmaması uyum davranışını etkiler.
8. Birey fizyolojik alan, benlik kavramı, rol işlevi ve karşılıklı dayanışma alanı olmak üzere dört uyum alanı içinde değerlendirilir (23,24).

2.5. Behçet Hastalığı ve Roy Adaptasyon Modeli

Tüm kronik hastalıklar gibi Behçet hastalığı sadece fiziksel bir hastalık olarak düşünülemez. KLP hemşireliği bakış açısıyla Behçet hastalarının bakımında fiziksel sorunların yanında, hastanın ruhsal ve sosyal sorunlarının ele alınması hastaya bütüncül bir bakım sağlayacaktır. Hastaya verilen bütüncül bakım hastanın hastalığa uyumunu artırabilir, hastalık yaşantısında karşı karşıya kaldığı fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerle baş etmelerini güçlendirebilir, psikiyatrik bozuklukları önler ve azaltabilir.

Bir uyum modeli olan Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak hazırlanan psikoeğitim programında, Behçet hastalığı olan bireyin yaşadığı fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerinin bir bütün içinde ele alınması, hastanın hastalığa uyumunu, benlik saygısını, çift uyumunu artırabileceği ve psikiyatrik belirtilerini azaltabileceği düşünülmektedir.

Roy adaptasyon modelinde fiziksel alan, benlik kavramı alanı, rol ve işlev alanı ve karşılıklı bağlılık alanı olmak üzere dört uyum alanı tanımlanmaktadır.

1.Fiziksel alan; Behçet hastaları hastalık nedeniyle fizyolojik olarak birçok problem yaşamaktadır. Ağrılı aftlar, beslenme problemlerine neden olmaktadır. Vasküler tutulum ve eklem tutulumu nedeniyle hasta yorgunluk yaşamaktadır. İlaç yan etkileri endokrin problemlere neden olabilmektedir. Nörolojik tutulumu olan hastalarda nörolojik problemler, göz tutulumu olan hastalarda görme kaybı, GİS

tutulumu olan hastalarda emilim ve boşaltım problemleri, akciğer tutulumu olan hastalarda oksijenlenme problemleri ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel alanda; Behçet hastalığında hastalığın neden olduğu ağrılı tutulumların (oral aft, genital ülser, eklem tutulumu), fonksiyon kayıplarının, hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinin, ilaç kullanımı ve ilaç yan etkilerinin, diyet, egzersiz, yorgunluk ve düzenli kontrollerin öneminin ele alınması hastanın bu alanda yaşadığı problemlerle daha etkili baş etmesini sağlayacaktır.

2. Benlik kavramı alanı; Behçet hastalarının benlik kavramı alanı incelendiğinde bireyin yaşadığı fonksiyon kayıpları, ne zaman gelişeceği belirli olmayan ataklarla seyreden hastalık süreci, oral ve genital ülserler, ağrılı eklem tutulumları, dermatolojik problemler, nörolojik tutulum bireyin benlik algısını ve saygısını etkileyebilir.

Benlik kavramı alanında; hastaların benlik algısı ve benlik saygısı, stresle baş etme, cinsellikle ilgili problemler, hastanın hastalık üzerindeki kontrol duygusunun ele alınması bu alanla ilgili problemlerle baş etmelerini de güçlendirerek benlik saygılarının artırabilir.

3. Rol işlev biçimi alanı; Behçet hastalığı bireyin aile, iş ve sosyal yaşantısını etkilemekte (19) ve birey bu alanlardaki rolleri ve rol işlevleri ile ilgili problemler yaşayabilmektedir.

Behçet hastalarının aile içinde, iş yaşamında ve sosyal yaşamda meydana gelen rol değişimleri ve rol paylaşımları ve bu alanda yaşadıkları problemlerin ele alınması bu alandaki problemlerle baş etmelerini güçlendirebilir.

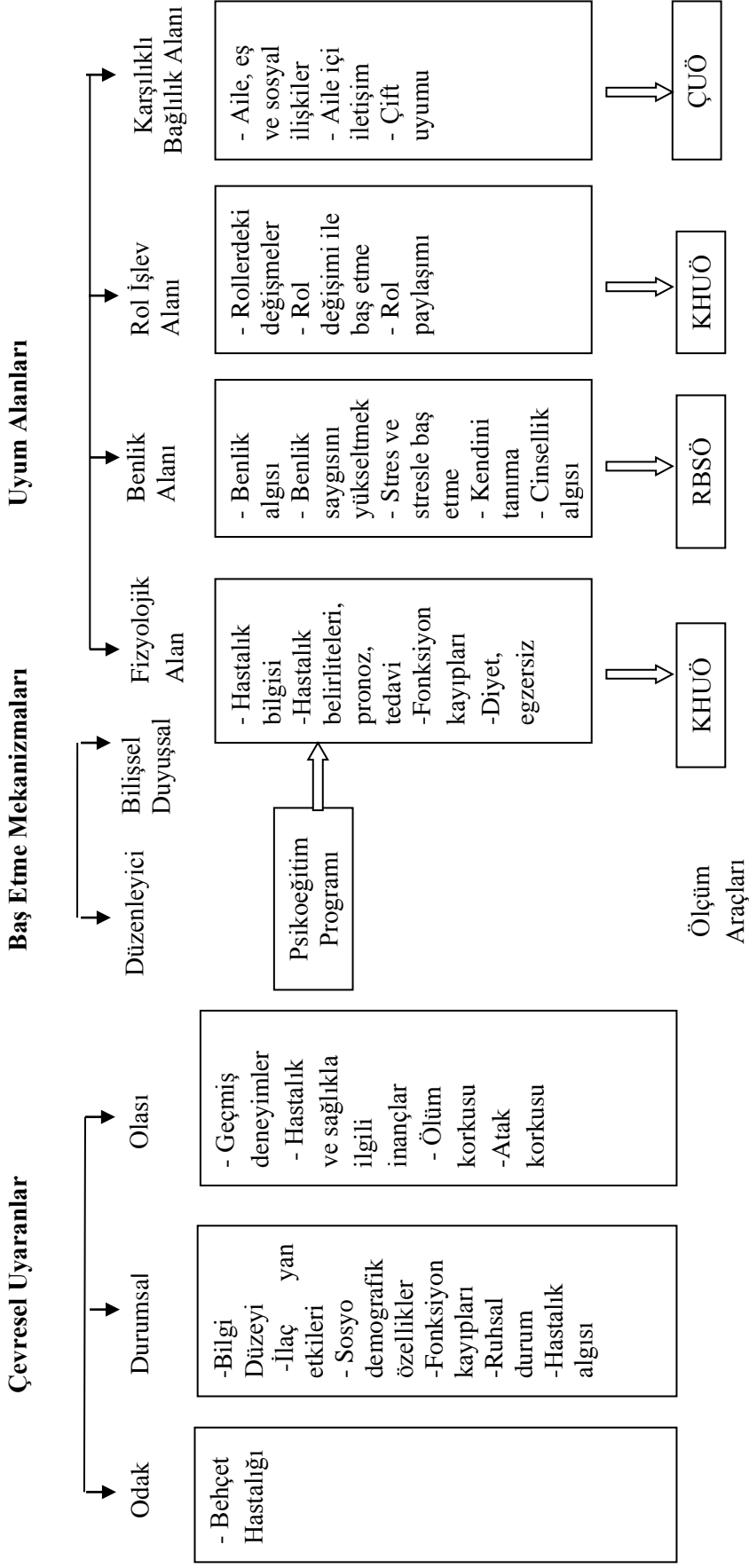
4. Karşılıklı bağlılık alanında; Behçet hastalığı bireyin aile yaşantısını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir (19). Bireyin sosyal destek sistemleri ile yaşadığı problemler yeterli sosyal destek almasını engellemekte bu durumda hastanın hastalığa uyumunu azaltmaktadır (4).

Karşılıklı bağlılık alanında hastanın aile, eş ve sosyal ilişkileri, çift uyumu, aile içi iletişim, sosyal destek kaynakları ve bu alanla ilgili yaşadıkları problemlerin ele alınması hastanın bu alanla ilgili yaşadığı zorluklarla baş etmesini de güçlendirebilir.

Planlanan bu psikoeğitim programının amacı; fiziksel alan, benlik alanı, rol işlev alanı ve karşılıklı bağlılık alanında bireyin yaşadığı sorunlarla baş etmesini

öğretmek ve bireyi güçlendirmektir. Behçet hastalığına Roy Adaptasyon Modelinin uygulaması Şema 1'de verilmiştir

ROY ADAPTASYON MODELİ VE BEHÇET HASTALIĞI



Şekil 2.1. Behçet Hastalığına Roy Adaptasyon Modelinin Uygulanması

2.6. Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Hemşireliği

Hastalık yaşantısı bireyin sadece fiziksel, biyolojik ya da bedensel olarak tanımlanan organik rahatsızlıkları değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal alanları da ilgilendiren bir durumdur (20). Kronik hastalıklar, fiziksel problemlerin yanında öfke, üzüntü, çaresizlik, anksiyete, depresyon, gelecek kaygısı, belirsizlik, beden imajı problemleri, ölüm korkusu, rol ve işlev kayıpları, sosyal geri çekilme, ümitsizlik, güçsüzlük, tedaviyi reddetme, utanç, başarısızlık, yetersizlik ve özgüven kaybı gibi psikolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getirmektedir (20,81). Hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda birinde yaşanan bir uyum problemi diğer alanlarda da uyum problemleri yaşamasına neden olmaktadır. Hastanın bakım ve tedavisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarıyla bir bütün olarak değerlendirilmesi hastanın hastalığına uyumunu artırması açısından çok önemlidir (20).

Hasta bakım ve tedavisinde biyopsikososyal anlayışı hayata geçiren KLP, tıbbi bölümlerde hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek, tanımlamak, tedavi etmek, hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenlerin rolünü inceleyerek, hizmetleri bütüncül kılmayı amaçlamaktadır (82).

KLP hemşireliği, fiziksel hastalığı ya da yakınması nedeniyle sağlık sistemine başvuran hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştirerek, primer korumadan rehabilitasyona kadar uzanan süreçte ortaya çıkan bilişsel, psikolojik, davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlamakta ve psikososyal bakımı sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanı olan KLP hemşireliği, ekibe, bireye, aileye danışmanlık ve eğitim vermekte, kurumda psikososyal bakımın kurumsallaşması için yönetime danışmanlık hizmeti sunmaktadır (83).

Primer korumadan, müdahale ve rehabilitasyona kadar uzanan bir uygulama alanı olan KLP hemşireliği uygulamaları; uyum, stresle başa çıkma, sağlık ve hastalık yaşantısında biyolojik ve sosyokültürel faktörlerin birbiri ile etkileşimi üzerine temellenir. Hastanın fiziksel durumu ve hastanın tedavisine katılmasını etkileyen psikolojik ve çevresel koşullar KLP hemşireliğinin odak merkezini oluşturur (84).

KLP hemşiresinin; fiziksel hastalığı olan hastaları bütüncül bir anlayışla ele alarak, hastanın psikososyal uyumuna yardım etmek, hastanın hastalığı ve hastalığın

neden olduğu yaşam sorunlarıyla baş edebilmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmak ve psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak birincil amacıdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli: Araştırma Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastaların hastalığa uyumu, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtileri üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test, son test, kontrol gruplu, izleme desenli müdahale araştırması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara İli Büyükşehir Belediye sınırları içinde hizmet veren, SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz (uvea) polikliniğine, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi dermatoloji ve romatoloji polikliniğine, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi göz (uvea) polikliniğine, SBÜ Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz (uvea) polikliniğine ve SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Bu polikliniklerde hastaların yalnızca takipleri yapılmakta ve tedavileri düzenlenmektedir.

Behçet hastaları SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yalnızca çarşamba günleri göz (uvea) polikliniğine takip için gelmektedirler. Poliklinikte tek doktor çalışmakta, hemşire sadece hastaların gözle ilgili ölçümlerini yapıp, damlalarını damlatmaktadır.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesinde, Behçet hastaları dermatoloji ve romatoloji polikliniğine haftanın her günü başvurabilmektedirler. Poliklinikte sadece doktor çalışmakta, herhangi bir hemşirelik hizmeti verilmemektedir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi göz (uvea) polikliniğinde, Behçet hastaları çarşamba günleri takip edilmekte, poliklinikte tek doktor çalışmakta, hemşire muayene öncesinde hastanın sadece damlasını damlatmaktadır.

Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz (uvea) polikliniğinde, Behçet hastaları pazartesi, çarşamba ve perşembe günleri takip edilmektedir. Poliklinikte bir uzman ve bir asistan doktor çalışmakta, hemşire muayene öncesinde hastaların ölçümlerini yapıp, damlalarını damlatmaktadır.

Behçet hastaları SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine haftanın her günü başvurabilmekte poliklinikte uzman ya da asistan doktor çalışmaktadır. Hemşire bulunmamaktadır.

Bu merkezlerin hiç birinde hastaya yönelik psikososyal bir müdahale ya da planlı bir eğitim verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara İli Büyükşehir Belediye sınırları içinde hizmet veren, SB Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz (uvea) polikliniğine, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi dermatoloji ve romatoloji polikliniğine, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi göz (uvea) polikliniğine, SBÜ Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz (uvea) polikliniğine ve SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran Behçet hastaları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, PASS (Power Analysis and Sample Size) istatistik paket programı ile hesaplanmıştır. Özellikle araştırma deseni ve kullanılan ölçekler açısından benzer olan bir çalışma incelenmiş (85), bu çalışmadaki sonuçlar üzerinden çalışmamızın %5 hata ile %90 güçle 35 müdahale, 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 hasta ile yapılabileceği hesaplanmıştır. Çalışma sürecinde olabilecek kayıplar nedeniyle çalışmanın 45 müdahale, 45 kontrol olmak üzere toplam 90 hasta ile yapılması planlanmış olup çalışma 35 müdahale, 35 kontrol grubu olmak üzere 70 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın;

İçleme kriterleri

- Behçet hastalığı tanısı almış olmak
- Evli veya partner yaşamının olması
- 18 yaş üstünde olmak
- Okur yazar olmak

Dışlama kriterleri

- İşitme ve konuşma engeli olması
- Psikiyatrik bir tanısının olması
- Nörolojik tutulumunun olması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve psikoeğitime devam edebilecek hastalar müdahale grubuna, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ancak psikoeğitime devam edemeyecek hastalar kontrol grubuna alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın birçok merkezde yürütülmesi nedeniyle randomizasyon yapılamamıştır. Bu durum çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması için aşağıdaki formlar ve ölçekler kullanılmıştır.

3.5.1 Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan hasta bilgi formu hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalığı ile ilgili bilgileri içermektedir. (Bkz. Ek 1) (2,4).

3.5.2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)

KHUÖ Atik ve Karatepe tarafından 2016'da geliştirilen 25 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum olmak üzere 3 alt ölçeği vardır (Bkz. Ek 2). Ölçekten alınan toplam puan 125'tir. Alt ölçeklerden ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir (86). Çalışmamızda KHUÖ'nin fiziksel uyum alt ölçeği için Cronbach Alfa değeri 0.45, sosyal uyum alt ölçeği için 0.49, psikolojik uyum alt ölçeği için 0.51 ve toplam ölçek puanı için 0.70 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.1. KHUÖ Alt Ölçek Madde ve Puanları

| Ölçek ve Alt Ölçekler | Madde Sayısı | Madde Numaraları | Cronbach Alpha Değeri |
|-----------------------|--------------|--------------------------------|-----------------------|
| Fiziksel Uyum | 11 | 1,9,10,13,14,15,16,18,22,23,24 | ,97 |
| Sosyal Uyum | 7 | 2,3,5,7,17,19,25 | ,98 |
| Psikolojik Uyum | 7 | 4,6,8,11,12,20,21 | ,98 |
| Toplam | 25 | | ,88 |

3.5.3. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

ÇUÖ 1976 yılında Spainer tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1997 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılan ölçek, çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik bir ölçektir (87). “Eşler arası tatmin”, “eşler arası bağlılık”, “eşler arası fikir birliği”, “duygusal ifade” olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır (Bkz. Ek 3). Toplam ölçek puanı, evlilik doyumu ve tatmin derecesini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek puanların dağılımı 0-151 'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir (87). Çalışmamızda eşler arası tatmin alt ölçeği için Cronbach Alfa değeri 0,81, eşler arası fikir birliği alt ölçeği için 0,92, eşlerarası bağlılık alt ölçeği için 0,71, duygusal ifade alt ölçeği için 0,64 ve toplam ölçek puanı için 0,93 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.2. ÇUÖ Alt Ölçek Madde ve Puanları

| Ölçek ve Alt Ölçekler | Madde Sayısı | Madde Numaraları | Cronbach Alpha Değeri |
|--------------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Eşler arası tatmin | 10 | 16,17,18,19,20,21,22,23,31,32 | ,83 |
| Eşlerarası Fikir birliği | 13 | 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 | ,84 |
| Eşlerarası Bağlılık | 5 | 24,25,26,27,28, | ,82 |
| Duygusal İfade | 4 | 4,6,29,30 | ,61 |
| Toplam | 32 | | ,92 |

3.5.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri 63 maddeden ve 12 alt ölçekten (benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana-baba ilgisi, babayla ilişki, psişik izolasyon) oluşmakta olup, 1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, genel olarak karışık derecelenmeli, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir (88). Alt ölçekler birbirinden bağımsız olarak kullanılabilir. Araştırmada Rosenberg Benlik Saygısı Envanterinin ilk 10 maddesinden oluşan Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır (Bkz. Ek 4). Ölçekte “çok doğru”, “doğru”, “yanlış”, “çok yanlış” şeklinde dördü nitelendirmeler yapılmaktadır. Ölçekten 0-1 puan alanların benlik saygısı yüksek, 2-4 puan alanların orta ve 5-6 puan alanların benlik saygısı düşük olarak yorumlanır. Ölçeğin Cronbach Alpha (α) ,71’dir. Çalışmamızda Cronbach Alpha (α) değeri 0,42 olarak tespit edilmiştir.

3.5.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

KSE 90 maddelik Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List-90) (SCL-90) üzerine temellendirilmiş, her faktörde en yüksek yükü alan maddelerden

oluşan 53 maddelik bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılan ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” olarak beş alt ölçeği vardır (Bkz. Ek 5). Maddeleri “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var” ve “çok fazla var” ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir (89). Çalışmamızda KSE Cronbach Alpha değerleri, anksiyete alt ölçeğinde 0,87, depresyon alt ölçeğinde 0,90, olumsuz benlik alt ölçeğinde 0,85, somatizasyon alt ölçeğinde 0,76, hostilite alt ölçeğinde 0,79 ve toplam ölçek puanı için 0,96 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.3. KSE Alt Ölçek Madde ve Puanları

| Ölçek ve Alt Ölçekler | Madde Sayısı | Madde Numaraları | Cronbach Alpha Değeri |
|-----------------------|--------------|---|-----------------------|
| Anksiyete | 13 | 12,13,28,31,32,36,38,42,43,45, 46,47,49 | ,81 |
| Depresyon | 12 | 9,14,16,17,18,19,20,25,27,35, 37,39 | ,85 |
| Olumsuz Benlik | 12 | 15,21,22,24,26,34,44,48,50,51,52,53 | ,80 |
| Somatizasyon | 9 | 2,5,7,8,11,23,29,30,33 | ,71 |
| Hostilite | 7 | 1,3,4,6,10,40,41 | ,72 |
| Toplam | 53 | | ,94 |

3.6.Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması, 15.09.2016-15.05.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın uygulama izni alındıktan sonra yürütüleceği kliniklerden Behçet hastalığı tanısı ile takip edilen hastaların iletişim bilgileri alınarak hastalara ya telefonla ya da kontrolleri sırasında ulaşılmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olan hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş çalışmaya katılıp katılmayacağı sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla eğitimin günü ve saati için ortak bir zaman belirlenmiştir. Kadın ve erkeklerin hastalık sürecinde yaşadıkları problemlerin farklı olabileceği ve psikoeğitim esnasında cinsellik konusunun da ele alınması nedeniyle hastaların mahremiyeti ve kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri için gruplar kadın ve erkek olarak ayrılmıştır.

6 kişilik bir erkek grubu ile ön uygulama yapılmıştır. Çalışmanın ilk tasarımında 9 olan psikoeğitim oturumları ön uygulama sonrasında “Stresle baş etme” ile “Stresle baş etme yöntemleri” oturumları ve “Aile içi iletişim” ile “Eş, Aile ve sosyal ilişkiler” oturumları birleştirilerek 7 oturuma indirilmiştir.

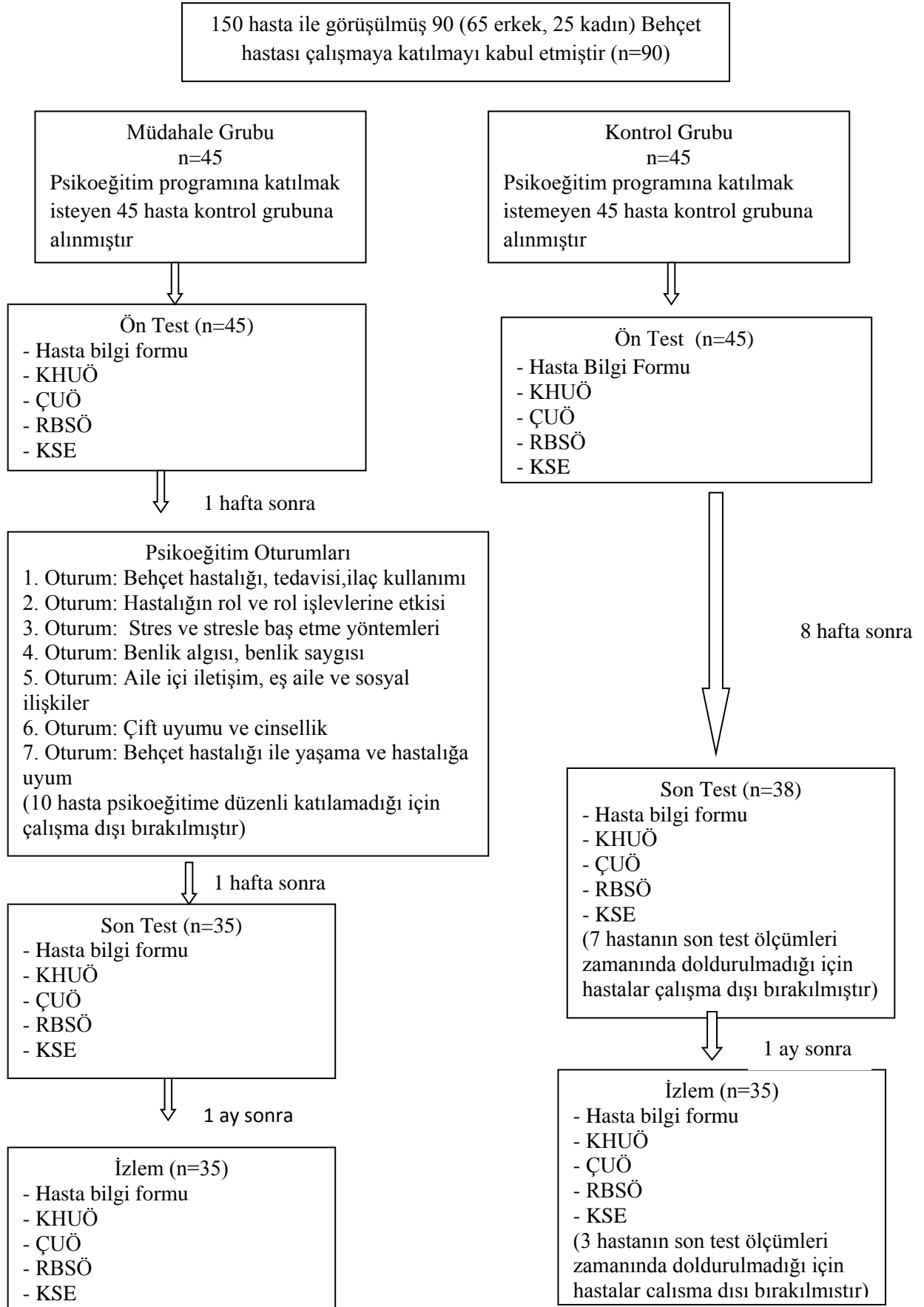
Araştırmanın başlangıcında 65 erkek ve 25 kadın hastadan araştırmaya katılım için sözel onam alınmasına rağmen, psikoeğitim süreci esnasında hastaların geçirdikleri atak, hastalık komplikasyonları, iş yeri problemleri ve ulaşım problemleri nedeniyle psikoeğitim oturumlarına katılma ya da devam etme konusunda güçlükler yaşamıştır.

Araştırma, 10-12 kişilik 3 erkek grubu ve 10 kişilik 1 kadın grubu ile toplam 35 hastayla tamamlanmıştır. Uygulamadan önce hem müdahale grubundaki hastalardan, hem de kontrol grubundan yazılı onam alınmıştır. Ardarda iki psikoeğitim oturumuna katılmayan ya da toplamda iki oturuma katılmayan hastalar için telafi oturumu yapılmıştır. Ancak telafi oturumuna da katılmayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak hazırlanan 7 oturumluk psikoeğitim programı haftada bir defa 90-120 dakika olacak şekilde SBÜ Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinin eğitim salonunda uygulanmıştır. Veri toplama araçları, ön test için ilk görüşmede, son test için psikoeğitim uygulaması bittikten sonra son görüşmede doldurulmuştur. Son görüşmeden 1 ay sonra izlem ölçümü için psikoeğitim grubu ile bir araya gelinmiştir.

Kontrol grubu ölçümleri için çalışma kriterlerine uygun hastalara ölçekler ön test için elden, posta yolu ve e-mail yolu ile ulaştırılmış, son test ve izlem ölçümlerinde de aynı kanallar kullanılmıştır. Zamanında doldurularak ulaştırılmayan ölçekler çalışma dışı bırakılmıştır.

Psikoeğitim oturum içerikleri araştırmacı tarafından, Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur (2,4,8,11,13,14,17,19,24,25,26,28,51,55,57,61,64,65). Psikoeğitimin her bir oturumu; konusu, hedefleri, süresi, yöntemi ve işleyişini içeren bir plan dahilinde yürütülmüştür (Bkz Ek 6). Anlatım, soru cevap, beyin fırtınası, problem çözme, cümle tamamlama, tartışma ve oyun gibi eğitim ve öğretim teknikleri kullanılmıştır. Her bir oturumun sonunda “Bu oturumdan.....öğrendim” cümlesi katılımcılar tarafından sözel olarak tamamlanması istenmiş böylece her bir oturumda

öğrenilenler değerlendirilmiştir. Psikoğitimin konusuna göre hastalara ev ödevleri verilmiş bilişsel davranışçı tekniklerden yararlanılmıştır. Araştırma uygulamasının akış şeması aşağıda verilmiştir.



Şekil 3.1. Uygulama Akış Şeması

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan GO16/229-21 izin numaralı etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın yapılacağı hastanelerden uygulama izni alınmıştır. Uygulamaya başlamadan önce çalışmanın amacı ve kapsamı konusunda hastalara bilgi verilmiş çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ilk görüşmede yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Kontrol grubu için de hastalara gerekli bilgiler verildikten sonra onlarında yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Ölçeklerden ve anket formundan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 22 istatistik programında yapılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kullanılmıştır. Verilerin sunumunda yüzdeler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri arasındaki fark için Ki kare testi, kontrol grubu ve müdahale grubunun ölçek ortalama puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. KHUÖ, ÇUÖ, RSBE ve KSE ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasındaki değişim, zaman ve zaman*grup etkileşimleri tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçümler arasındaki farkı belirlemek için Bonferroni Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bulgular bölümünde çalışmadan elde edilen veriler iki bölümde sunulmuştur.

1. Bölüm

Müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarının sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir.

2. Bölüm

Müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarının çalışmada kullanılan ölçeklerin ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamaları ve değişimleri, zaman ve zaman grup karşılaştırmaları yer almaktadır.

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Behçet Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Tablo 4. 1. Behçet hastalarının sosyodemografik özellikleri

| Sosyodemografik Özellikler | Müdahale Grubu (n=35) | | Kontrol Grubu (n=35) | | X ² | p |
|----------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------|----------|
| | n | % | n | % | | |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 10 | 28,6 | 10 | 28,6 | | 1,00 |
| Erkek | 25 | 71,4 | 25 | 71,4 | | |
| Medeni durum | | | | | | |
| Evli | 35 | 100 | 35 | 100 | | 1,00 |
| Bekar | - | - | - | - | | |
| Dul/boşanmış | - | - | - | - | | |
| Eğitim durumu | | | | | | |
| İlköğretim | 17 | 48,6 | 15 | 42,9 | 0,86 | 0,649 |
| Lise | 13 | 37,1 | 12 | 34,3 | | |
| Yükseköğretim | 5 | 14,3 | 8 | 22,8 | | |
| Çalışma durumu | | | | | | |
| Çalışıyor | 23 | 65,7 | 26 | 74,3 | 0,27 | 0,602 |
| Çalışmıyor | 12 | 34,3 | 9 | 25,7 | | |
| Meslek | | | | | | |
| İşçi | 12 | 52,2 | 18 | 69,2 | 2,35 | 0,308 |
| Memur | 6 | 26,1 | 6 | 23,1 | | |
| Serbest meslek | 5 | 21,7 | 2 | 7,7 | | |
| Sosyal güvence | | | | | | |
| Var | 35 | 100 | 35 | 100 | | 1,00 |
| Yok | - | - | - | - | | |
| Maddi durum | | | | | | |
| Düşük | 11 | 31,4 | 11 | 31,4 | 2,86 | 0,239 |
| Orta | 22 | 62,9 | 24 | 68,6 | | |
| Yüksek | 2 | 5,7 | - | - | | |
| | Ort±SS | Min - Max | Ort±SS | Min - Max | t | p |
| Yaş ortalaması | 37,34±7,81 | 23-55 | 35,74 ±7,31 | 23-56 | 0,884 | 0,380 |

X²: Ki-kare testi

t= bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki Behçet hastalarının sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %71,4’ünün erkek, tamamının evli, %48,6’sının eğitim düzeyi ilköğretim düzeyinde, %65,7’sinin çalıştığı, çalışanların %52,2’sinin işçi statüsünde olduğu, hepsinin sosyal güvencesinin olduğu ve %62,9’unun maddi durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunun yaş ortalaması 37,34±7,81, kontrol grubunun yaş ortalamasının ise 35,74 ±7,31 olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların %71,4’ünün erkek, tamamının evli, %42,9’unun eğitim düzeyinin ilköğretim düzeyinde olduğu, %74,3’ünün çalıştığı ve

çalışanların %69,2'sinin işçi statüsünde olduğu, hepsinin sosyal güvencesinin olduğu ve %68,6'sının maddi durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analize göre kontrol ve deney grubu arasında yaş ortalaması, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence ve maddi durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Behçet hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri

| Hastalığa ilişkin özellikler | Müdahale Grubu (n=35) | | Kontrol Grubu (n=35) | | X ² | p |
|---|-----------------------|------------------|----------------------|----------------|----------------|----------|
| | n | % | n | % | | |
| Hastalık için şu anda ilaç kullanma durumu | | | | | | |
| Kullanıyor | 33 | 94,3 | 33 | 94,3 | | 1,00 |
| Kullanmıyor | 2 | 5,7 | 2 | 5,7 | | |
| Başka bir kronik hastalık varlığı | | | | | | |
| Var | 7 | 20,0 | 2 | 5,7 | | 0,151 |
| Yok | 28 | 80,0 | 33 | 94,3 | | |
| | Ort±SS | Min - Max | Ort±SS | Min-Max | t | p |
| Hastalık süresi Ortalaması | 11,22±9,09 | 1-30 | 8,94±7,45 | 1-30 | 1,150 | 0,254 |

X²: Ki-kare testi

t= bağımsız gruplarda t testi

Müdahale grubunun hastalık süresi ortalaması 11,22±9,09 iken, kontrol grubun hastalık süresi ortalaması 8,94±7,45 olarak tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %94,3'ünün hastalığı için araştırmanın yapıldığı sırada ilaç kullandığı ve %80'inin başka bir kronik hastalığa sahip olmadığı saptanmıştır.

Kontrol grubunun hastalık ile ilgili bilgileri incelendiğinde, %94,3'ünün hastalığı için ilaç kullandığı ve %94,3'ünün başka bir kronik hastalığa sahip olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analize göre kontrol ve deney grubu arasında başka bir kronik hastalık varlığı, hastalık için ilaç kullanma durumu ve hastalık süresi ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.3 Müdahale ve Kontrol Grubu Behçet Hastalarının Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerindeki Hastalık Bulguları

| Ön test bulguları | Oral aft | | Genital ülser | | Deri bulguları | | Eklem bulguları | | Damar bulguları | | Göz bulguları | | GİS bulguları | | | | | | | |
|--------------------|----------|-----------|---------------|-----------|----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|---------|-----------|
| | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | | | | | | |
| Müdahale grubu | n 17 | % 48,6 | n 10 | % 28,6 | n 7 | % 20,0 | n 28 | % 80,0 | n 29 | % 54,3 | n 8 | % 22,9 | n 26 | % 74,3 | n 9 | % 25,7 | n 6 | % 17,1 | n 29 | % 82,9 |
| Kontrol grubu | n 16 | % 45,7 | n 6 | % 17,1 | n 29 | % 82,9 | n 29 | % 82,9 | n 19 | % 54,3 | n 6 | % 17,1 | n 34 | % 97,1 | n 1 | % 2,9 | n 4 | % 11,4 | n 31 | % 88,6 |
| X ² | 0,00 | | 0,72 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,089 | | 0,089 | | 0,117 | | | | | | 0,117 | |
| p | 1,00 | | 0,393 | | 1,00 | | 1,00 | | 0,765 | | 0,765 | | 0,013 | | | | | | 0,733 | |
| Son test bulguları | Oral aft | | Genital ülser | | Deri bulguları | | Eklem bulguları | | Damar bulguları | | Göz bulguları | | GİS bulguları | | | | | | | |
| | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | | | | | | |
| Müdahale grubu | n 19 | % 53,4 | n 4 | % 11,4 | n 31 | % 88,6 | n 26 | % 74,3 | n 18 | % 51,4 | n 8 | % 22,9 | n 25 | % 71,4 | n 1 | % 28,6 | n 4 | % 11,4 | n 31 | % 88,6 |
| Kontrol grubu | n 14 | % 40,0 | n 1 | % 2,9 | n 34 | % 97,1 | n 30 | % 85,7 | n 14 | % 40,0 | n 6 | % 17,1 | n 32 | % 91,4 | n 3 | % 8,6 | n 2 | % 5,7 | n 33 | % 94,3 |
| X ² | 0,917 | | | | 0,804 | | 0,518 | | 0,089 | | 0,089 | | | | | | | | | |
| p | 0,338 | | 0,356 | | 0,370 | | 0,472 | | 0,765 | | 0,765 | | 0,620 | | | | | | 0,673 | |
| İzlem Bulguları | Oral aft | | Genital ülser | | Deri bulguları | | Eklem bulguları | | Damar bulguları | | Göz bulguları | | GİS bulguları | | | | | | | |
| | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | Var | Yok | | | | | | |
| Müdahale grubu | n 15 | % 42,9 | n 4 | % 11,4 | n 31 | % 88,6 | n 27 | % 77,1 | n 18 | % 51,4 | n 9 | % 25,7 | n 24 | % 68,6 | n 6 | % 17,1 | n 6 | % 17,1 | n 29 | % 82,9 |
| Kontrol grubu | n 14 | % 40,0 | n 2 | % 5,7 | n 33 | % 93,3 | n 34 | % 97,1 | n 13 | % 37,1 | n 7 | % 20,0 | n 30 | % 85,7 | n 5 | % 14,3 | n 3 | % 8,6 | n 32 | % 91,4 |
| X ² | 0,00 | | | | 0,280 | | 0,926 | | 0,081 | | 0,081 | | 2,025 | | | | | | 0,477 | |
| p | 1,00 | | 0,673 | | 0,280 | | 0,336 | | 0,776 | | 0,776 | | 0,155 | | | | | | 0,477 | |

Tablo 4.3’de çalışmaya katılan Behçet hastalarının ön test, son test ve izlem ölçümleri dönemindeki hastalık bulguları verilmektedir. Behçet hastalarının çalışmanın yapıldığı sırada ön test döneminde müdahale ve kontrol grubu arasında göz bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bunun dışında ön test, son test ve izlem döneminde Behçet hastalarının sahip oldukları hastalık belirtileri açısından müdahale grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarının çalışmada kullanılan ölçeklerin ön test, son test ve izlem ölçümü puan ortalamaları, değişimleri zaman ve zaman grup karşılaştırmaları

Tablo 4.4. KHUÖ Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları, Değişimleri, Zaman ve Zaman*Grup Karşılaştırmaları

| KHUÖ Alt Ölçekler | Müdahale Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam $\bar{X} \pm SS$ | T | p | Zaman | Zaman*Grup |
|--------------------------|-------------------|---------------|------------------|--|----------------------------|--------|--------------|-----------------|-----------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | | $\bar{X} \pm SS$ | | | | | | |
| Fiziksel Uyum | Ön Test | 35,94±4,72 | 37,42±5,46 | | 36,69±5,126 | -1,217 | 0,22 | F=24,585 | F=26,662 |
| | Son Test | 42,08±4,08 | 37,80±4,83 | | 39,94±4,940 | 4,00 | 0,000 | p=0,000* | p=0,000* |
| | İzlem | 43,11±4,08 | 36,97±5,25 | | 40,04±5,604 | 5,460 | 0,000 | Fark;1-2,3 | |
| | F | 49,290 | 0,597 | | | | | | |
| | p | 0,000* | 0,553 | | | | | | |
| Sosyal Uyum | Ön Test | 23,00±4,56 | 21,57±4,55 | | 22,29±4,588 | 0,990 | 0,195 | F=2,382 | F=11,876 |
| | Son Test | 25,28±3,73 | 20,60±4,71 | | 22,94±4,836 | 4,610 | 0,000 | p=0,096 | p=0,000* |
| | İzlem | 25,62±3,73 | 20,62±4,45 | | 23,13±4,794 | 5,090 | 0,000 | | |
| | F | 9,699 | 2,573 | | | | | | |
| | p | 0,000* | 0,084 | | | | | | |
| Psikolojik Uyum | Ön Test | 22,17±2,78 | 24,45±5,21 | | 23,31±4,306 | -2,288 | 0,026 | F=2,798 | F=13,233 |
| | Son Test | 23,37±2,87 | 23,97±4,81 | | 23,67±3,948 | -0,633 | 0,529 | p=0,064 | p=0,000* |
| | İzlem | 24,71±2,58 | 23,51±4,61 | | 24,11±3,759 | 1,343 | 0,185 | | |
| | F | 13,127 | 2,090 | | | | | | |
| | p | 0,000* | 0,132 | | | | | | |
| Toplam ölçek puanı | Ön test | 81,11±9,07 | 83,45±12,35 | | 82,29±10,826 | -,904 | 0,369 | F=16,561 | F=32,746 |
| | Son test | 90,74±7,17 | 82,37±11,12 | | 86,56±10,205 | 3,741 | 0,000 | p=0,000* | p=0,000* |
| | İzlem | 93,45±7,78 | 81,11±12,05 | | 87,29±11,836 | 5,089 | 0,000 | Fark;1-2,3 | |
| | F | 41,771 | 1,821 | | | | | | |
| | p | 0,000* | 0,170 | | | | | | |

*:p<0,001

\bar{X} =Ortalama SS=Standart Sapma

F=Tekrarlı ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi

p=Anlamlılık Düzeyi t= bağımsız gruplarda t testi

Fark=Bonferroni Testi 1=Ön Test 2=Son Test 3=İzlem

Müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarının KHUÖ'nden aldıkları puan ortalamalarına göre karşılaştırmak için uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grupları arasında fiziksel ve sosyal uyum alt ölçek ve toplam ölçek ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklılık saptanmamış ($p>0,05$) iken, son test ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Psikolojik uyum alt ölçeğinde ise, müdahale ve kontrol grupları arasında son test ve izlem ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış iken ($p>0,05$), ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubu ayırımında Behçet hastalarının KHUÖ'nden aldıkları puan ortalamalarını zamana göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonuçları incelendiğinde; müdahale grubu KHUÖ alt ölçekleri ve toplam ölçek ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p<0,05$) iken, kontrol grubu KHUÖ alt ölçekleri ve toplam ölçek ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Behçet hastalarının KHUÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarını zamana ve zaman*grup etkileşimine göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde; fiziksel uyum alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; fiziksel uyum ön test puan ortalamasının ($36,69\pm 5,126$), son test ($39,94\pm 4,940$) ve izlem ($40,04\pm 5,604$) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Fiziksel uyum alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda fiziksel uyum alt ölçeğinin son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre yükseliş görülmüş iken, kontrol grubunda ise son test puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre yükseliş, izlem puan ortalamasında ise düşüş görülmüştür.

Sosyal uyum alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0,05$) iken, sosyal uyum alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda sosyal uyum alt ölçeğinin son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre yükseliş görülmüş iken, kontrol grubunda ise son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre düşüş görülmüştür.

Psikolojik uyum alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiş ($p>0,05$) iken, psikolojik uyum alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda psikolojik uyum alt ölçeğinin son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre yükseliş görülmüş iken, kontrol grubunda ise son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre düşüş görülmüştür.

Toplam uyumun zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p>0,05$). Buna göre; toplam uyum ön test puan ortalamasının ($82,29\pm 10,826$), son test ($86,56\pm 10,205$) ve izlem ($87,29\pm 11,836$) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Toplam uyumun zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda toplam uyum, son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre yükseliş görülmüş iken, kontrol grubunda ise toplam uyum, son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre düşüş görülmüştür.

Tablo 4.5. ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları, Değişimleri, Zaman ve Zaman*Grup Karşılaştırmaları

| ÇUÖ Alt Ölçekler | Müdahale Grubu X̄±SS | Kontrol Grubu X̄±SS | Toplam X̄±SS | t | p | Zaman | Zaman*Grup |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|---------------|--------|---------|------------|
| Eşlerarası Tatmin | Ön Test | 36,54±6,73 | 36,25±8,46 | 36,4±7,594 | 0,156 | F=0,191 | F=0,220 |
| | Son Test | 36,51±6,67 | 35,62±9,76 | 36,07±8,317 | 0,443 | p=0,806 | p=0,782 |
| | İzlem | 36,65±6,80 | 35,74±8,92 | 36,20±7,893 | 0,482 | | |
| Eşlerarası Fikir Birliği | F | 0,018 | 0,443 | | | | |
| | p | 0,982 | 0,644 | | | | |
| | Ön Test | 48,31±11,21 | 51,42±11,69 | 49,87±11,483 | -1,137 | F=0,006 | F=0,143 |
| Eşlerarası Bağlılık | Son Test | 48,02±8,14 | 51,82±9,78 | 49,93±9,139 | -1,766 | p=0,994 | p=0,867 |
| | İzlem | 48,42±8,93 | 51,22±12,50 | 49,83±10,881 | -1,078 | | |
| | F | 0,060 | 0,083 | | | | |
| Duygusal İfade | p | 0,941 | 0,920 | | | | |
| | Ön Test | 13,74±5,01 | 13,91±4,85 | 13,83±4,899 | -0,145 | F=2,807 | F=0,142 |
| | Son Test | 14,71±3,69 | 14,48±4,85 | 14,60±4,288 | 0,221 | p=0,071 | p=0,841 |
| Toplam Ölçek Puanı | İzlem | 14,80±3,87 | 14,62±4,18 | 14,71±4,008 | 0,178 | | |
| | F | 0,298 | 0,721 | | | | |
| | p | 0,082 | 0,490 | | | | |
| Eşlerarası Tatmin | Ön Test | 8,80±2,59 | 8,97±2,77 | 8,89±2,668 | -0,267 | F=0,730 | F=0,200 |
| | Son Test | 9,02±2,40 | 9,05±2,91 | 9,04±2,656 | -0,045 | p=0,484 | p=0,819 |
| | İzlem | 9,17±2,81 | 9,08±2,83 | 9,13±2,802 | 0,127 | | |
| Eşlerarası Fikir Birliği | F | 0,736 | 0,100 | | | | |
| | p | 0,483 | 0,905 | | | | |
| | Ön Test | 107,40±21,35 | 110,57±22,97 | 108,99±22,078 | -0,598 | F=0,214 | F=0,159 |
| Duygusal İfade | Son Test | 108,28±16,89 | 111,00±22,43 | 109,64±19,766 | -0,572 | p=0,808 | p=0,853 |
| | İzlem | 109,05±18,81 | 110,68±24,31 | 109,87±21,596 | -0,313 | | |
| | F | 0,379 | 0,023 | | | | |
| Eşlerarası Tatmin | p | 0,689 | 0,977 | | | | |

X̄=Ortalama SS=Standart Sapma F=Tekrarlı ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi
p=Anlamlılık Düzeyi t=bağımsız gruplarda t testi 1=Ön Test 2=Son Test 3=İzlem

Tablo 4.5'te ÇUÖ'nin alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Behçet hastalarının ÇUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları zamana göre karşılaştırıldığında, hem müdahale grubunda, hem de kontrol grubunda ÇUÖ'nin eşlerarası tatmin, eşlerarası fikir birliği, eşlerarası bağlılık, duygusal ifade alt ölçekleri ve toplam ölçek puan ortalamaları açısından ön test, son test ve izlem ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Behçet hastalarının ÇUÖ'nin alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarını zamana ve zaman*grup etkileşimine göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde; ÇUÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). ÇUÖ toplam ölçek ve tüm alt ölçekleri zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.6. RSBÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları, Değişimleri, Zaman ve Zaman*Grup Karşılaştırmaları

| RSBÖ puanları | Ölçümler | Müdahale Grubu $\bar{x} \pm SS$ | Kontrol Grubu $\bar{x} \pm SS$ | Toplam $\bar{x} \pm SS$ | t | p | Zaman | Zaman*Grup |
|---------------|----------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------|-------|-------------------|------------|
| | | | | | | | | |
| | Ön test | 1,15±0,70 | 1,07±0,64 | 1,12±0,670 | 0,461 | 0,646 | F=4,410 | F=1,109 |
| | Son test | 0,96±0,58 | 0,99±0,68 | 0,98±0,635 | -0,200 | 0,842 | p= 0,014 * | p=0,333 |
| | İzlem | 0,89±0,53 | 1,00±0,70 | 0,94±0,626 | -0,728 | 0,469 | Fark; 1-3 | |
| | F | 4,557 | 0,576 | | | | | |
| | p | 0,014 | 0,565 | | | | | |

*:p<0,05

\bar{X} =Ortalama SS=Standart Sapma

F=Tekrarlı ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi

p=Anlamlılık Düzeyi t= bağımsız gruplarda t testi

Fark=Bonferroni Testi 1=Ön Test 2=Son Test 3=İzlem

Tablo 4.6’da müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarını RSBÖ’nden aldıkları puan ortalamalarına göre karşılaştırmak için uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grupları arasında RSBÖ’nin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Behçet hastalarının RSBÖ’nden aldıkları puan ortalamaları zamana göre karşılaştırıldığında, Müdahale grubunun RSBÖ’nin ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$), kontrol grubunun ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Behçet hastalarının RSBÖ’den aldıkları puan ortalamalarını zamana ve zaman*grup etkileşimine göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde; RSBÖ zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; RSBÖ’nin ön test puan ortalamasının ($1,12\pm0,670$), izlem ($0,94\pm0,626$) puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Benlik saygısının zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.7. KSE Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları, Değişimleri, Zaman ve Zaman*Grup Karşılaştırmaları

| KSE | Müdahale Grubu $\bar{X} \pm SS$ | Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$ | Toplam $\bar{X} \pm SS$ | t | p | Zaman | Zaman* Grup |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------|--------|-------------|----------------|
| Anksiyete | Ön Test | 10,94±7,99 | 9,37±9,87 | 10,16±8,957 | 0,731 | F=3,455 | F=5,528 |
| | Son Test | 8,25±5,53 | 9,22±9,59 | 8,74±7,794 | -0,519 | p=0,050 | p=0,008** |
| | İzlem | 7,00±4,94 | 9,97±10,94 | 8,49±8,558 | -1,464 | | |
| Depresyon | F | 6,388 | 0,513 | | | | |
| | p | 0,003** | 0,601 | | | | |
| | Ön Test | 15,00±10,29 | 12,31±11,12 | 13,66±10,728 | 1,048 | F=3,704 | F=4,286 |
| Olumsuz Benlik | Son Test | 11,77±7,68 | 11,68±10,07 | 11,73±8,897 | 0,040 | p=0,031* | p=0,019* |
| | İzlem | 10,37±6,23 | 12,71±11,98 | 11,53±9,559 | -1,038 | Fark; 1-3 | |
| | F | 6,567 | 0,430 | | | | |
| Somatizasyon | p | 0,002** | p=0,652 | | | | |
| | Ön Test | 11,17±7,73 | 8,91±9,02 | 10,04±8,419 | 1,124 | F=3,330 | F=2,868 |
| | Son Test | 8,45±5,89 | 8,82±9,19 | 8,64±7,667 | -0,201 | p=0,039* | p=0,060 |
| Hostilite | İzlem | 8,60±4,66 | 8,80±10,47 | 8,70±8,049 | -0,103 | Fark; 1-2,3 | |
| | F | 5,632 | 0,010 | | | | |
| | p | 0,005** | 0,990 | | | | |
| Somatizasyon | Ön Test | 7,77±4,80 | 7,60±6,12 | 7,69±5,465 | 0,130 | F=3,845 | F=3,329 |
| | Son Test | 5,82±4,04 | 8,12±7,92 | 7,00±6,359 | -1,557 | p=0,034* | p=0,051 |
| | İzlem | 5,11±3,48 | 7,25±7,58 | 6,19±5,957 | -1,519 | Fark; 1-3 | |
| Hostilite | F | 6,871 | 0,685 | | | | |
| | p | 0,002** | 0,507 | | | | |
| | Ön Test | 7,42±4,48 | 7,88±6,26 | 7,66±5,410 | -0,351 | F=5,652 | F=0,982 |
| Hostilite | Son Test | 5,97±3,80 | 7,11±5,51 | 6,54±4,739 | -1,009 | p=0,004** | p=0,377 |
| | İzlem | 5,65±3,87 | 7,22±6,01 | 6,44±5,081 | -1,300 | Fark; 1-2,3 | |
| | F | 5,755 | 1,042 | | | | |
| Hostilite | p | 0,005** | 0,358 | | | | |

Tablo 4.7. KSE Toplam ve Alt Ölçek Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümü Puan Ortalamaları, Değişimleri, Zaman ve Zaman*Grup Karşılaştırmaları (Devamı)

| KSE Ölçek Puanı | Ön Test | Müdahale Grubu $\bar{X} \pm SS$ | Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$ | Toplam $\bar{X} \pm SS$ | t | p | Zaman | Zaman* Grup |
|-----------------|---------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------|-------|-----------|----------------|
| | | | | | | | | |
| | | 52,31±31,37 | 46,08±39,49 | 49,20±35,548 | 0,731 | 0,468 | F=5,317 | F=4,760 |
| | | 40,28±23,41 | 45,02±38,58 | 42,66±31,769 | -0,622 | 0,537 | p=0,008** | p=0,013* |
| | | 36,71±19,48 | 45,97±44,34 | 41,34±34,322 | -1,131 | 0,264 | Fark;1-3 | |
| | F | 8,289 | 0,064 | | | | | |
| | p | 0,001** | 0,938 | | | | | |

*:p<0,05 **:p<0,01

\bar{X} =Ortalama SS=Standart Sapma

F=Tekrarlı ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi

p=Anlamlılık Düzeyi t=bağımsız gruplarda t testi

Fark=Bonferroni Testi 1=Ön Test 2=Son Test 3=İzlem

Müdahale ve kontrol grubu Behçet hastalarının KSE'nden aldıkları puan ortalamalarına göre karşılaştırmak için uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde KSE, alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Behçet hastalarının KSE'nden aldıkları puan ortalamalarını zamana göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonuçları incelendiğinde; müdahale grubunun KSE'nin alt ölçek ve toplam ölçek ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0,05$), kontrol grubunun KSE'nin alt ölçek ve toplam ölçek ön test, son test ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Behçet hastalarının KSE toplam ölçek ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarını zamana ve zaman*grup etkileşimine göre karşılaştırmak için uygulanan tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde; anksiyete alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Anksiyete alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda anksiyete alt ölçeğinin son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre düşüş görülmüş iken, kontrol grubunda ise son test puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre düşüş, izlem puan ortalamasında ise yükseliş görülmüştür.

Depresyon alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; depresyon alt ölçeği ön test puan ortalamasının ($13,66\pm 10,728$), izlem ($11,53\pm 9,559$) puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Depresyon alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda depresyon alt ölçeğinin son test ve izlem puan ortalamalarında ön test puan ortalamasına göre düşüş görülmüş iken kontrol grubunda ise son test puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre düşüş, izlem puan ortalamasında ise yükseliş görülmüştür.

Olumsuz benlik alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; olumsuz benlik ön test puan ortalamasının ($10,04\pm 8,419$), son test ($8,64\pm 7,667$) ve izlem ($8,70\pm 8,049$) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Olumsuz benlik alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Somatizasyon alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; somatizasyon ön test puan ortalamasının ($7,69\pm 5,465$), izlem ($6,19\pm 5,957$) puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Somatizasyon alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hostilite alt ölçeğinin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; hostilite ön test puan ortalamasının ($7,66\pm 5,410$), son test ($6,54\pm 4,739$) ve izlem ($6,44\pm 5,081$) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Hostilite alt boyutunun zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Toplam KSE'nin zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; toplam ölçek puan ortalamasının ($49,20\pm 35,548$), izlem ($41,34\pm 34,322$) puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Toplam KSE'nin zamana göre puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; müdahale grubunda KSE'nin toplam ölçek son test ve izlem puan ortalamalarında, ön test puan ortalamasına göre düşüş görülmüş iken, kontrol grubunda ise son test puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre düşüş, izlem puan ortalamasında ise yükseliş görülmüştür.

5.TARTIŞMA

Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastalık uyumu, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda Roy Adaptasyon Modelinin fiziksel alan ve rol işlevi alanını değerlendirmek için KHUÖ, benlik kavramı alanı için RBSE ve karşılıklı bağlılık alanı için ÇUÖ kullanılmıştır.

Kronik hastalıklarda hastalığa uyum hastalığın ve tedavinin seyrini etkilemektedir (90). Hastalığa uyumun iyi olması hastaların hastalığın belirtileri ve zorlukları ile daha iyi baş edebilmelerini ve eski fonksiyonel düzeylerine ulaşabilmelerini sağlarken (91), uyumun iyi olmaması kronik yorgunluk, psikojenik ağrı, anksiyete, depresyon, bilişsel bozukluklara ve sosyal geri çekilmeye neden olmaktadır (1,92). Kronik hastalıklarda hastanın sağlık durumu hakkında bilgili olması hastanın hastalığa uyumunu da artıran önemli bir faktördür (93). Behçet hastalığında hastalık hakkında bilgisi yetersiz olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bildirilmektedir (4). Atak ve remisyon dönemleri ile seyreden Behçet hastalığında hastalık uyumu tedavinin seyrini de etkilemektedir. Hastaların düzenli doktor kontrolü altında olmaları gerektiğini bilmeleri, hastalık belirtileri, tedavide kullanılan ilaçlar ve ilaç yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları bile çok basit olsa da tedavide çok etkilidir.

Hastalığa uyum sadece fiziksel uyumu değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik uyumu da içermektedir. Çalışmamızda Behçet hastalarına verdiğimiz psikoeğitimin Roy Adaptasyon Modelinin fiziksel alan ve rol ve rol fonksiyonu alanındaki değişimi ortaya koymak için KHUÖ kullanılmıştır. Psikoeğitim oturumlarında Behçet hastalığı, belirtileri, ilaç ve ilaç yan etkileri, hastanın yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik problemler ve bu problemlerle baş etmeleri ele alınmış olup hastalığa uyumlarının artması hedeflenmiştir. Verilen psikoeğitim sonrasında hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik uyumlarının ve toplam hastalık uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Literatürde Behçet hastalarına yönelik Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak uygulanan bir psikoeğitim çalışması bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçları diğer kronik hastalarla yapılan çalışmalarla karşılaştırılacaktır.

Kronik hastalıklarda verilen psikoeğitimin; meme kanseri olan hastaların kansere uyumlarını artırdığı (75), miyokart infaktüsü geçiren hastaların da hastalığa psikososyal uyumlarını artırdığı (76) bildirilmektedir. Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak KOAH ve hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin hastalığa uyumu artırdığı saptanmıştır (85,94). Afrasiabifar ve ark. (95) çalışmalarında, Roy Adaptasyon Modelini temel alarak hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin, modelin fiziksel alanı, benlik saygısı, rol işlevi alanı ve karşılıklı bağlılık alanlarında uyumu artırdığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda da Roy adaptasyon modeli bağlamında Behçet hastalarına verdiğimiz psikoeğitim hastalık uyumunu artırmıştır. H1 hipotezimiz olan “Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların hastalık uyumu artırır” hipotezi kabul edilmiştir.

Çift uyumu; eşlerin birbirleri hakkında olumlu duygulara ve düşünelere sahip olması, eşler arasında meydana gelen çatışmaları çözebilme becerisi, olumlu ilişki şemasına sahip olma, iyi iletişim kurabilme ve eşlerin zevk alarak birlikte etkinlikler yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır (96). Cinsellik ve çift uyumu yakından ilişkilidir ve birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebilmektedir. Cinsel sorunlar çift uyumunu etkileyebildiği gibi, çift uyumunun kötü olması cinsel sorunlara neden olabilmektedir. Erbek ve ark. çalışmalarında cinsel sorunu olan ve olmayan çiftleri karşılaştırmışlar ve cinsel sorunu olmayanların çift uyumunun daha yüksek olduğunu saptamışlardır (97). Çift uyumu azaldıkça cinsel ilişkiden alınan doyumda azalmaktadır (96). Behçet hastalığının öngörülemez ataklarla seyretmesi hem hasta, hem de ailede bir kriz yaşantısına neden olabilmekte, iletişim problemleri ortaya çıkabilmektedir. Çift uyumu ve psikiyatrik belirtiler (98), çift uyumu ve cinsellik birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebilen faktörlerdir (97). Behçet hastalığında psikiyatrik belirtilerin ve cinsel disfonksiyonun yaygın bir şekilde görüldüğü düşünüldüğünde, çift uyumunu artırmak hastanın en yakınındaki kişinin yani eşinin de desteğini sağlamak açısından önemlidir.

Çalışmamızda psikoeğitim sonrasında Roy Adaptasyon Modelinin karşılıklı bağlılık alanındaki değişimi ortaya koymak için ÇUÖ kullanılmıştır. Psikoeğitim sürecinde aile ve eş ilişkileri, çift uyumu, cinsellik ve iletişim problemleri ayrıntılı olarak ele alınmış olup hastaların bu alanlarda yaşadıkları problemlerle baş etmeleri desteklenmiştir. Ancak psikoeğitim sonrasında çift uyum ölçeğinde anlamlı bir

değişim saptanmamıştır. Bunun hasta eşlerine herhangi bir etki verilmemesinden, ayrıca aile ve evlilikle ilgili uzun süreli bir etkinin verilememesinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. H12 hipotezimiz olan “Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların çift uyumlarını artırır” hipotezi kabul edilmemiştir.

Benlik, bireyin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra ne olmak istediği konusundaki görüşlerindeki kapsamaktadır. Bireyin kendisine yönelik tutum ve inançlarını içermektedir. Benlik, benlik saygısının ve beden imgesinin, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin etkileşimi ile gelişir. Beden imgesi bireyin kendisinin ne olduğunu tanımlama biçimi iken, benlik saygısı bireyin kendini değerlendirmesi ve bu değerlendirme ile ilgili duygularını açıklaması anlamına gelmektedir (99).

Behçet hastalığının neden olduğu fonksiyon kayıpları, dermatolojik belirtiler, ağrılı tutulumlar, ruhsal problemler, cinsel disfonksiyon, hastalığın öngörülemez ataklarla seyretmesi ilerleyici yapısı hastanın vücudu üzerindeki kontrol duygusunun azalması hastanın kendini algılamasını ve benlik kavramını olumsuz yönde etkileyebilir. Literatürü incelediğimizde Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumunun incelendiği bir çalışmada, araştırmaya katılan hastaların çoğunun hastalığa ve tedaviye bağlı görünüm değişikliği yaşadığı (%66,7), bu görünüm değişikliği yaşayanların %53,4’ünün bu değişikliğin başkaları tarafından fark edildiği ve %56,7’sinin görünüm değişikliğine bağlı kendisiyle ilgili duygularında ve düşüncelerinde değişiklik yaşadığı ve bu kişilerin hastalığı psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (4). Özkaraman ve ark. (66) Behçet hastaları ile yaptıkları çalışmada da, beden imajının ve benlik saygısının Behçet hastalarında olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Gilworth ve ark. (65) yaptıkları başka bir çalışmada, Behçet hastalığının hastaların kendine güvenlerini ve çevre ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini, günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırdığını, ağrılı ağız ülserlerinin de hastaların yemek yemelerini ve konuşmalarını engellediğini ve kişinin beden imajını olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verdiğimiz psikoeğitimin benlik kavramı alandaki etkinliğini ölçmek için RBSÖ kullanılmıştır. Psikoeğitim sürecinde hastaların benlik algısı ve benlik saygısı, stresle başetme, cinsellikle ilgili

problemler, hastanın hastalık üzerindeki kontrol duygusu ele alınmış bu alanla ilgili yaşadıkları problemlerle ilgili baş etmelerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Behçet hastalarının benlik saygıları yüksek bulunmuş, psikoeğitim sonrasında benlik saygıları daha da artmıştır. Çalışmamıza benzer olarak hemodiyaliz hastalarına Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak verilen bir eğitim çalışmasında eğitim sonrasında hastaların benlik saygılarının arttığı bildirilmiştir (85). Çalışmamızın H13 hipotezi olan “Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların benlik saygılarını artırır” hipotezi kabul edilmiştir.

Behçet Hastalığında en sık görülen psikiyatrik belirtiler anksiyete, depresyon ve somatizasyon bozukluğudur (100). Karlıdağ ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık problemleri ile uğraşma, günlük yaşamda zorluk çekme, hastalığın ataklar şeklinde seyretmesi ve yeme problemi yaşamak depresyon düzeyini artırırken, hastalığın sinsi başlaması, sosyal etkileşimlerde güçlük yaşama, yeme problemi yaşama ve geçmişte psikiyatrik bir öykünün olması anksiyete düzeyini artırdığı bildirilmiştir (28). Dursun ve arkadaşlarının çalışmasında Behçet hastalığında psikiyatrik bozukluk oranının %41,1 olduğu ve en sık görülen psikiyatrik problemin majör depresyon, anksiyete bozukluğu, spesifik fobi ve sosyal fobi olduğu bildirilmiştir (101). Aslan ve arkadaşlarının 60 Behçet hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %40’ında ruhsal bir hastalık belirlenmiştir. En sık görülen problemler duygudurum ve kaygı bozukluklarıdır. Hastaların kaygı, depresyon, aleksitemi ve umutsuzluk puanlarının atak döneminde olan hastalarda ve sık ve şiddetli atak geçiren hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (17). İlhan ve ark. (63) çalışmasında hastaların %43’ünde depresyon %28’inde anksiyete saptanmıştır. Baghari ve ark. (2013) 101 Behçet hastasıyla yürüttükleri çalışmalarında hastaların %69.3’ünde çeşitli seviyede psikiyatrik belirti saptamışlardır. Hastaların %91,7’sinde somatizasyon, %78’inde anksiyete, %77,8’inde depresyon görülmüştür (18). Behçet hastalığına eşlik eden psikiyatrik belirtiler hastalığa psikososyal uyumun azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (4,9,64).

Behçet hastalığının semptomları hastanın aile ve iş yaşantısını, sosyal yaşamını, ekonomik durumunu, psikolojik durumunu, hareket, yemek yeme ve konuşmasını etkilemektedir (19). Çalışmamızda psikoeğitim oturumlarında hastalığın bu etkileri üzerinde durularak yaşanan problemler ortaya konulmuş ve bu

problemlerle baş etme konusunda hastalar desteklenmiştir. Hastaların farklı alanlarda yaşadığı problemlerin ele alınması psikiyatrik belirtileri de azaltmıştır. Ünüvar'ın (102) erken evre kanser hastalarına verilen psikoeğitimi değerlendirdiği çalışmasında psikoeğitim sonrasında hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini azaldığı bildirilmiştir. Aynı şekilde Daştan'ın (103) meme kanseri hastalarına verdiği psikoeğitim sonrasında da anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Öz'ün (77) MS hastaları ile yaptığı psikoeğitim çalışmasında da psikiyatrik belirtilerin azaldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda Psikoeğitim sonrasında hastaların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, hostilete ve somatizasyon puanlarında anlamlı düzeyde bir azalma olmuş ve azalma izlem ölçümünde de devam etmiştir. Çalışmamızın H14 hipotezi olan “Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitim hastaların psikiyatrik belirtilerini azaltır” hipotezi kabul edilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoeğitimin hastalığa uyum, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Roy Adaptasyon Modeli bağlamında Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin hastalık uyumunu artırdığı,

6.1.2. Roy Adaptasyon Modeli bağlamında Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin benlik saygısının artırdığı,

6.1.3. Roy Adaptasyon Modeli bağlamında Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin çift uyumunu etkilemediği,

6.1.4. Roy Adaptasyon Modeli bağlamında Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin psikiyatrik belirtileri azalttığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Roy Adaptasyon Modeli bağlamında Behçet hastalarına verilen psikoeğitim çalışmasından elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin hastalık uyumunu ve benlik saygısını artırdığı, psikiyatrik belirtileri azalttığı saptanmıştır. Bu nedenle bu hasta grubuna Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak hazırlanan psikoeğitim programının yaygınlaştırılarak kullanılması,

6.2.2. Behçet hastalarına verilen psikoeğitimin Roy Adaptasyon Modelinin karşılıklı bağlılık alındaki etkinliğini ortaya koymak için ölçülen çift uyumunu etkilemediği saptanmıştır. Bu psikoeğitim modelinin karşılıklı bağlılık uyum alanı için hastaların eşlerinin ve yakınlarının da psikoeğitimlere dahil edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Barry P. Psychosocial Nursing Care of Physically III Patients and Their Families. 3th.Ed Philadelphia: Lippicott; 1996
2. Akbatur H H, Şengün A. Behçet Hastalığı, Endoftalmiler ve Üveitler. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2002
3. Yazıcı H, Fresco I, Yurdakul S. Behçet's syndrome: disease manifestations, management, and advances in treatment. Nat Clin Prac Rheumatol. 2007; 3(3):148-55
4. Öyke N. Behcet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu. (Yüksek Lisans Tezi) Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2008
5. Çalıklar E, Onder M, Cosar B, Candansayar S. Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behçet's disease. Dermatology. 2001; 203(3): 238-240.
6. Fresco I, Çelik S, Kural Seyahi E, Ünal H, Yazıcı H. The effect of disease activity, eye disease, and gender on the quality of life in Behçet's syndrome. Clin Exp Rheum. 2004; 22(34):87
7. Gur A, Sarac A J, Burkan Y K, Nas K, Cevik R. Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behcet's disease: relationship between arthritis and these factors. Clin Rheumatol. 2006; 25:524-531
8. Mumcu G, Inane N, Ergun T, İkiz K, Gunes M, Islek U, et al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behcet's disease. Oral Dis. 2006; 12:145-151.
9. Kılınç Y, Yıldırım M Ceyhan A M. Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2009; 16(1):6-10
10. Erdoğan Z. Pınar R. Hamuryudan V. Behçet hastalığında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi; 2010; İzmir.
11. Havlucu Y D. İnanır I, Aydemir Ö. Behçetli hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve hastalık hakkındaki bilgileri. Anatol J Clin Investig. 2011; 5(2):82-88
12. Kocak M, Basar M M, Vahapoğlu G, Mert C, Güngör S. The effect of Behcet's disease on sexual function and psychiatric status of premenopausal women. J Sex Med. 2009; 6; 1341-8.

13. Özdemir L, Kalyoncu U, Akdemir N. Behçet hastalığında cinsel sorunlar ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Trakya Üniv Tıp Fak Dergisi*. 2010; 27:238-242
14. Yılmaz Y. Behçet hastalarındaki yaşam kalitesi, cinsel sorunlar, anksiyete ve depresyon düzeylerinin psoriyazis hastaları ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı; 2011
15. Yetkin D O, Çelik O, Hatemi G, Kadioğlu P. Sexual dysfunction and depression in premenopausal women with mucocutaneous Behcet's Disease. *International Journal Of Rheumatic Diseases*. 2013;16: 463–468
16. Erturan İ, Atay A M, Oksay T, Yürekli V A, Demirdaş A, Ceyhan A M ve ark. Kadın Behçet hastalarında cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. *Türk Dermatol*. 2014; 2: 79-83
17. Aslan H, Soylu M B, Alparslan N, Ünal M. Behcet hastalığında psikososyal etkenler ve ruhsal bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996; 7(3):215-221.
18. Bagheri F, Mani A, Tadayyoni A, Firozi F, Nazarinia M A. The prevalence of Psychiatric symptoms in the patients with Behcet's disease in Shiraz, Southwest of Iran. *Journal of Mood Disorders*. 2013; 3(1):28-32
19. Özel F. Behçet Hastalığı semptom değerlendirme ölçeği'nin geliştirilmesi: karma metod çalışması (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 2014
20. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Kitabevi; 2014
21. Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 4th ed. America: Mosby Company; 1998; p.407-422
22. Velioğlu, P. *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset. 1999
23. Birol, L. *Hemşirelik Süreci*. Genişletilmiş 5. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti; 2002
24. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health. 2009; 35-50.
25. Pektekin Ç. *Hemşirelik felsefesi, kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. İstanbul Tıp Kitabevi. 2013
26. Şengün F, Altıok H, Ö, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: Psikoegitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2011; 27(3): 66-74

27. Üstün B. Psikoeğitim.Turkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics. 2016;2(3):100-6
28. Karlıdağ R, Unal S, Evreklioğlu C, Sipahi B, Er H, Yoğlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *European Academy of Dermatology and Venereology* 2003; 17:670–675
29. Sekane T, Takeno M, Suzuki N et al. Behcet's disease. *N Engl J Med.* 1999;341:1284–91.
30. Ergil G, Atalay F, Atalay H, Çalışkan Ç. Psikotik belirtilerle komplike olmuş bir Behçet Hastalığı olgusu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005; 6:281-284.
31. Azizlerli G, Köse A A, Sarıca R. Prevalence of Behçet's Disease in İstanbul, Turkey. *International Journal of Dermatology.* 2003; 42: 803-806.
32. Idil A, Gurler A, Boyvat A, et al. The prevalence of Behcets disease above the age of 10 years. The results of a pilot study conducted at the Park Primary Health Care Center in Ankara, Turkey. *Ophthalmic Epidemiol.* 2002; 9: 325–331
33. Çölgeçen E,Özyurt K, Ferahbaş A, Borlu M, Kulluk P, Öztürk A, et al.The prevalence of Behcet's disease in a city in Central Anatolia in Turkey. *International Journal of Dermatology.* 2015;54, 286–289
34. Nakae K, Masaki F, Hashimoto T. Recent epidemiological features of Behçet's disease in Japan. In: Wechsler B, Godeau P, eds. *Behçet's Disease.* Amsterdam: Excerpta Medica, 1993: 145–151.
35. Davatchi F, Shahram N, Chams H. The influence of gender on the frequency of clinical symptoms in Behcet's disease. *Adv Exp Med Biol.* 2003;528:65-6
36. Ucar-Comlekoglu D, Fox A, H. Nida Sen H N. Gender differences in Behçet's disease associated uveitis. *Journal of Ophthalmology Volume* 2014; 820710: 8
37. Önder M, Gürer M A. Ülkemizde Behçet hastalığı epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2007;3(9):4-7
38. Türsen U, Gürler A, Boyvat A,. Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's Disese. *International Journal of Dermatology* 2003; 42: 346-351
39. Seyahi E, Behçet Hastalığında prognoz. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2005;1(25):59-63

40. Yazici H, Fresko I, Yurdakul S. Behçet's syndrome: disease manifestations, management, and advances in treatment. *Nat Clin Prac Rheumatol*. 2007; 3(3):148-55
41. Kural-Seyahi E, Fresko I, Seyahi N, Ozyazgan Y, Mat C, Hamuryudan V, Yurdakul S, Yazici H. The long-term mortality and morbidity of Behçet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine (Baltimore)*2003;82:60-76
42. Yazıcı H, Baflaran G, Hamuryudan V, Hizli N, Yurdakul S, Mat C, et al. The ten-year mortality in Behçet's syndrome. *Br J Rheumatol* 1996;35:139-41
43. Savey L, Resche-Rigon M, Wechsler B, Comarmond C, Piette J C, Cacoub P, et al. Ethnicity and association with disease manifestations and mortality in Behçet's disease. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2014; 9:42
44. Alpsyoy E, Cayirli C, Er H, Yilmaz E. The levels of plasma interleukin-2 and soluble interleukin-2r in Behçet's disease; A marker of disease activity. *The Journal of Dermatology*. 1998;25:513-6
45. Mumcu G, Ergun T, Inanc N, Fresko I, Atalay T, Hayran O et al. Oral health is impaired in Behçet's disease and is associated with disease severity. *Rheumatology*. 2004;43:1028-33.
46. Alpsyoy E, Dönmez L, Bacanlı A, Apaydın C, Bütün B. Review of the chronology of clinical manifestations in 60 patients with Behçet's disease. *Dermatology*. 2003;207:354-6.
47. Karabacak E, Aydın E, Doğan D, Tekeli H, Tekin L. Göker K ve ark. Behçet Hastalığı: 182 hastanın klinik ve demografik özellikleri. *Türkderm*. 2014; 48: 121-6
48. Özyazgan Y. Behçet Hastalığında göz tutulumu. *Türkderm*. 2009; 43 Özel Sayı 2: 48-53
49. Soylu M, Şekeroğlu HT, Erdem E, Demircan N. Behçet's disease: The clinical and demographic characteristics of 406 patients. *Turk J Rheumatol*. 2012;27:115-120
50. Yanof M, Dukar J S. *Ophthalmology* . 2.Ed. Mosby. 2004.
51. Özçetin H. Klinik göz hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi. 2003
52. Fatami A, Shahram F, Akhlaghi M, Smiley A, Nadjji A, Davatchi F. Prospective study of articular manifestations in Behçet's Disease: five-year report. *Int J Rheum Dis*. 2017;20(1):97-102. doi: 10.1111/1756

53. Gür A, Saraç A J, Burkan Y K, Nas K, Cevik R. Arthropathy, quality of life, depression and anxiety in Behcet's disease: relationship between arthritis and these factors. *Clin Rheumatol* 2006;25:524-531
54. Öktem T, Baykan Kurt B, Gürvit I H, Akman-Demir G, Serdaroğlu P. Neuropsychological follow-up of 12 patient's with neuro Behçet disease. *J Neurol* 1999;246:113-9.
55. Can M, Direskeneli H. Behçet hastalığında kas, iskelet sistemi ve damar tutulumu. *Türkderm.* 2009; 43 Özel Sayı 2: 54-60
56. Bayraktar Y, Ozaslan E, Van Thiel D. Gastrointestinal manifestations of Behcet's disease. *J Clin Gastroenterol.* 2000;30:144-154.
57. Akbaylar H. Multisistem tutulumlarıyla Behçet Hastalığı: Entero-Behçet. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2007, 3(9):29-32
58. International Study Group For Behçet's Disease. *Lancet.* 1990;335:1078-80
59. Mat C. Behçet Hastalığının tedavisinde yeni yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2007; 3(9):50-54
60. Hatemi G, Silman A, Bang D, Bodaghi B, Chamberlain A M, Gul A, et al. EULAR Expert Committee. EULAR recommendations for the management of Behcet disease. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(12):1656-62.
61. Mat C. Behcet Hastalığında tedavi. *Türkderm.* 2009; 43(2): 92-7
62. Yazici H, Pazarli H, Barnes C G, Tuzun Y, Ozyazgan Y, Silman A, et al. A controlled trial of azathioprine in Behçet's syndrome. *N Engl J Med.* 1990;332:281-285
63. Ihan B , Can M, Alıbaz F, Öner Y S, Korkmaz Ö P, Özen G, et al. Fatigue in patients with Behcet's Syndrome: relationship with quality of life, depression, anxiety, disability and disease activity. *International Journal Of Rheumatic Diseases.* 2016 ; 23
64. Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli A S. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2006; 7:133-139
65. Gilworth G, Chamberlain MA, Bhakta D, Haskard D, Silman A, Tennant A. Development of the BD-QOL: a quality of life measure specific to Behcet's disease. *J Rheumatol.* 2004;31:931-7.

66. Özkaraman A, Özel F, Alparıslan G B, Yılmaz H, Kul E S, Kaşıfoğlu T, et al. Evaluation of the body image and self-esteem in Behcet's syndrome. ACU Sağlık Bil Dergisi. 2017;(4):226-231
67. Lukens E P, Mcfarlane W R. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2004; 4 (3): 205-225
68. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J et al. Psychoeducation in schizophrenia- Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophrenia Bulletin. 2006; 32(4):765-777
69. Donker T, Griffiths K M, Cuijpers P et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Medicine. 2009; 7 (79): 1-9
70. Williams C A. Psychoeducation. Mental Health Nursing in The Community (Edit: KN. Worley) St.Louis: Mosby Yaer Book;1997
71. Katz M R, Irish J C, Devins G M. Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. Psycho-Oncology. 2004; 13: 642-653.
72. Swaminath G. Psychoeducation. Indian J Psychiatry. 2009; 51(3): 171-172.
73. Walsh J. Psychoeducation in Mental Health. Chicago: Lyceum Books Inv. 2010
74. Gümüő, A B.Őizofrenide hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2006; 1: 23-33.
75. Daştan N B. Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psikoeğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı. 2008
76. Nehir S. Miyokart infaktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi (Doktora Tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. 2011
77. Seki Öz H. Multiple Skleroz'lu hastalara verilen psikoeğitimin stresle baőtme tarzları, psikiyatrik belirtiler ve yaőtam kalitesine etkisi (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. 2017

78. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition, Philadelphia: Fa Davis Company. 2005; 364-437
79. Clarke PN, Barone SB, Hanna D, Senesac PM. Roy's Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4) 337-344
80. Çatal E, Dicle A. Teori-araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014; 7(1):33-45.
81. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1 (1): 57-72
82. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi*. İstanbul: Roche İlaç Sanayii A.Ş; 1993
83. Kocaman, N. Psikiyatri konsültasyonlarında KLP hemşiresinin rolü, işlevi (Kongre Sunumu). 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi; 2010; İzmir
84. Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001; 4(2):75-80
85. Vicdan A, K. Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi (Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı; 2013.
86. Atik D, Karatepe H. Scale development study: Adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea*. 2016; 32: 135
87. Fışıloğlu H, Demir A. Applicability of the dyatic adjustmentof marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*. 2000; 16(3): 214-128
88. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı. (Uzmanlık Tezi)* Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 1986
89. Şahin, N.H. ve Durak, A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI) Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994; 9(31):44-56.
90. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 1995

91. Dorogatis L, Flemming M, Sudler N, Dellapretra L. Psychological Assessment. Psybooks; 1996
92. Livneh H, Antonak R F. Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure. *Journal of applied Rehabilitation Counselling*. 1990; 21(4) 13-21
93. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon, liyazon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabaları. (Doktora tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2003.
94. Akyıl R Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa uyumuna Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin etkisi (Doktora Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2010
95. Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's Adaptation Model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(7):566-72. doi: 10.5812
96. Arkar H, Öztürk Ş. Evli Ciftlerde Evlilik Uyumu ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişkiler. www.literatursempozyum.com. 2014; 1(3)
97. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradamlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2005;18(2), 72-81
98. Yüksel Ö. Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki; stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. 2013
99. F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara İmaj İç Dış Ticaret A.Ş.2004
100. Taner E, Coşar B, Burhanoğlu S, Calikoğlu E, Onder M, Arıkan Z. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol* 2007;46(11):18-24.
101. Dursun R, Uguz F, Kaya K, Cıllı A S, Endogru H. Psychiatric disorders in patients with Behçet's Disease. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 2007; 11(1): 16-20
102. Ünüvar E. Erken evre kanser hastalarında psikoeğitimin anksiyete ve depresyon üzerinde etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı; 2017
103. Daştan N B. Evre I-II Meme Kanseri Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Kanser Uyum, Anksiyete, Depresyon ve Duygudurum Profiline Etkisi (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Anabilim Dalı; 2008

8. EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Anket No:

Telefon No:

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

a-Kadın ()

b-Erkek ()

3. Medeni Hali:

a-Evli ()

b-Bekar ()

c-Dul/Boşanmış ()

4. Eğitim düzeyi:

a-İlköğretim ()

b-Lise ()

c-Yükseköğretim ()

5. Mesleğiniz

6. Sosyal güvenceniz var mı?

a- Var (Nedir)

b-Yok

7. Size göre maddi durumunuz nasıldır?

a) Düşük (Gelir giderden az)

b) Orta (Gelir ve gider eşit)

c) Yüksek (gelir giderden fazla)

8. İlaç kullanmanızı gerektirecek herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

a- Evet (açıklayınız)

b- Hayır

9. Behçet Hastalığınızın tanısı ilk ne zaman kondu?

9. Hastalığınızla ilgili şu anda ilaç kullanıyor musunuz?

a- Evet (Belirtiniz)

b-Hayır

10 Behçet Hastalığı dışında bildiğiniz kronik bir hastalığınız var mı ?

a-Var () Nedir?

b-Yok ()

11. Şu anda Behçet Hastalığı nedeniyle hangi belirtileri yaşıyorsunuz.(Sizde olan belirtiler karşısına X işareti koyunuz)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Oral aft | |
| Genital ülser | |
| Deri bulguları (yerini belirtiniz) | |
| Eklem bulguları | |
| Damar bulguları | |
| Göz bulguları | |
| Sindirim sistemi bulguları | |
| Sinir sistemi bulguları | |

Ek 2: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)

| | Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı;Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır | Hiç Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Tamamen katılıyorum |
|----|--|-------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|----------------------------|
| 1 | Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum | | | | | |
| 2 | Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere atılıyorum. | | | | | |
| 3 | Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim. | | | | | |
| 4 | Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum. | | | | | |
| 5 | Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi. | | | | | |
| 6 | Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor. | | | | | |
| 7 | Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum. | | | | | |
| 8 | Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum. | | | | | |
| 9 | Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor. | | | | | |
| 10 | Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor. | | | | | |
| 11 | Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum. | | | | | |
| 12 | Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor. | | | | | |
| 13 | Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum. | | | | | |
| 14 | Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum. | | | | | |
| 15 | Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum. | | | | | |
| 16 | Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum. | | | | | |
| 17 | Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi. | | | | | |
| 18 | Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum. | | | | | |
| 19 | Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum. | | | | | |
| 20 | Hasta olmak beni endişelendiriyor. | | | | | |
| 21 | Sağlık çalışanlarına güveniyorum. | | | | | |
| 22 | Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim. | | | | | |
| 23 | Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim. | | | | | |
| 24 | Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum. | | | | | |
| 25 | Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi. | | | | | |

Ek 3. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

Bir çok insanın, ilişkilerinde anlaşmazlıklar vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz (eşiniz sözcüğü evli iseniz karınız veya kocanız, evli değil iseniz birlikte yaşadığınız kişi anlamında kullanılmaktadır.) arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

| | Her zaman anlaşırız | Hemen hemen her zaman anlaşırız | Nadiren anlaşamayız | Sıkça anlaşamayız | Hemen hemen her zaman anlaşamayız | Her zaman anlaşamayız |
|---|---------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 1.Aile ilgili parasal işleri idaresi | | | | | | |
| 2.Eğlenceyle ilgili konular | | | | | | |
| 3.Dini konular | | | | | | |
| 4.Muhabbet-sevgi gösterme | | | | | | |
| 5 Arkadaşlar | | | | | | |
| 6.Cinsel yaşam | | | | | | |
| 7.Gelenek-sellik (doğru ve uygun davranış) | | | | | | |
| 8.Yaşam felsefesi | | | | | | |
| 9.Anne baba yada yakın akrabalarla ilişkiler | | | | | | |
| 10.Önemli olduğuna inanılan amaçlar,hedefler ve konular | | | | | | |
| 11. Birlikte geçirilen zaman miktarı | | | | | | |
| 12.Temel kararların alınması | | | | | | |
| 13.Ev ile ilgili görevler | | | | | | |
| 14. Boş zaman ilgi ve uğraşlar | | | | | | |
| 15. Mesleki | | | | | | |

| kararlar | | | | | | |
|---|-----------|-----------------------|-------------|----------|---------|--------------|
| | Her zaman | Hemen hemen her zaman | Zaman zaman | Ara sıra | Nadiren | Hiçbir zaman |
| 16. Ne sıklıkla boşanmayı yada ilişkinizi birmeyi düşünür yada tartışsınız? | | | | | | |
| 17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz | | | | | | |
| 18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genellikle iyi gittiğini düşünürsünüz | | | | | | |
| 19. Eşiniz güvenir misiniz? | | | | | | |
| 20. Evlendiğiniz yada birlikte yaşadığınız için hiç pişmanlık duyarmısınız? | | | | | | |
| 21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz | | | | | | |
| 22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz? | | | | | | |

| | Her zaman | Hemen hemen her gün | Ara sıra | Nadiren | Hiç bir zaman |
|--|-----------|---------------------|------------|-----------|---------------|
| 23. Eşinizi öper misiniz | | | | | |
| | Hepsine | Çoğuna | Bazılarına | Çok azına | Hiçbirine |
| 24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız? | | | | | |

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

| | Hiçbir zaman | Ayda birden az | Ayda bir veya iki defa | Haftada bir veya iki kere | Günde bir defa | Günde birden fazla |
|---|--------------|----------------|------------------------|---------------------------|----------------|--------------------|
| 25. Tesvik edici fikir alışverişinde bulunmak | | | | | | |
| 26. Birlikte gülmek | | | | | | |
| 27. Bir şeyi sakince tartışmak | | | | | | |
| 28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak | | | | | | |

Eşlerin bazı zamanlar anlaştıkları bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz. (Evet veya Hayır'ı işaretleysiniz)

| | Evet | Hayır |
|--------------------------------|------|-------|
| 29. Seks için çok yorgun olmak | () | () |
| 30. Sevgi göstermemek | () | () |

31. Aşağıda ilişkinizin farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini, gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- Aşırı mutsuz ()
- Oldukça mutsuz ()
- Az mutsuz ()
- Mutlu ()
- Oldukça mutlu ()
- Aşırı mutlu ()
- Tam anlamıyla mutlu ()

32-Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- A. İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiç bir şey yok
- B. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunu için yapabileceğimin hepsini yapacağım
- C. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım
- D. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam
- E. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı red ederim
- F. İlişkim asla başarılı olamayacak ve ilişkinin yürümesi için daha fazla yapabileceğim bir şey yok

Ek 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
4. Bende diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak bir şey bulamıyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığını düşünüyorum.
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum
a.Çok doğru b.Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış

Ek 5. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Yönerge: Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZİ BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR RAHATSIZ ETTİĞİNİ yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Cevaplarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz, eğer fikir değiştirirseniz ilk cevabınızı silerek yeni cevabınızı işaretleyiniz.

Aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Bu belirtiler arasında yaşamadıklarınız varsa yine “HİÇ” seçeneğini işaretleyiniz.

| | Hiç | Biraz | Orta derecede | Epey | Çok fazla |
|--|-----|-------|---------------|------|-----------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali | | | | | |
| 2. Baygınlık, baş dönmesi | | | | | |
| 3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği hissi | | | | | |
| 4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu | | | | | |
| 5. Olayları hatırlamada güçlük | | | | | |
| 6. Çok kolayca kızıp, öfkelenme | | | | | |
| 7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar | | | | | |
| 8. Meydanlık yerlerde korkma duygusu | | | | | |
| 9. Yaşamınıza son verme düşünceleri | | | | | |
| 10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi | | | | | |
| 11. İştahta bozukluklar | | | | | |
| 12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular | | | | | |
| 13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları | | | | | |
| 14. Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetme | | | | | |
| 15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme | | | | | |
| 16. Yalnızlık hissetme | | | | | |
| 17. Hüzünlü, kederli hissetme | | | | | |
| 18. Hiçbir şeye ilgi duymama | | | | | |
| 19. Ağlamaklı hissetme | | | | | |
| 20. Kolayca incinebilme, kırılma | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanma | | | | | |
| 22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme | | | | | |
| 23. Mide bozukluğu, bulantı | | | | | |
| 24. Diğerlerinin sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu | | | | | |
| 25. Uykuya dalmada güçlük | | | | | |
| 26. Yaptığınız şeyleri tekrar doğru mu diye kontrol etme | | | | | |
| 27. Karar vermede güçlük | | | | | |
| 28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatten korkma | | | | | |
| 29. Nefes darlığı, nefessiz kalma | | | | | |
| 30. Sıcak, soğuk basmaları | | | | | |
| 31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışma | | | | | |
| 32. Kafanızın bomboş kalması | | | | | |
| 33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşma ve karıncalanma hissi | | | | | |
| 34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi | | | | | |
| 35. Gelecekle ilgili ümitsizlik duyguları içinde olmak | | | | | |
| 36. Konsantrasyonda (Dikkati bir şey üzerinde toplamakta) güçlük/ zorlanma | | | | | |
| 37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi | | | | | |
| 38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme | | | | | |
| 39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler | | | | | |
| 40. Birini dövme, yaralama ya da ona zarar verme isteği | | | | | |
| 41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği | | | | | |
| 42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak | | | | | |
| 43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak | | | | | |
| 44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak | | | | | |
| 45. Dehşet ve panik nöbetleri | | | | | |
| 46. Sık sık tartışmaya girmek | | | | | |
| 47. Yalnız bırakıldığında/kaldığında sinirlilik hissetme | | | | | |
| 48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmeme | | | | | |
| 49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme | | | | | |
| 50. Kendini değersiz görme/ değersizlik duyguları | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi smreceği duygusu | | | | | |
| 52. Suğluluk duyguları | | | | | |
| 53. Aklınızda bir bozukluk olduğu hissi | | | | | |

Ek 6. PSİKOEĞİTİM OTURUMLARI

1.OTURUM

Konu: Behçet Hastalığı, belirtileri, tedavisi, ilaç kullanımı konularında bilgi verilmesi, grup üyelerinin hastalık deneyimlerinin paylaşılması

Amaç:

1. Grup üyelerinin hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları
2. Grup üyelerinin hastalığı nasıl yaşadığı, hastalığı nasıl anlamlandırıldığını ortaya koymak

Hedef davranışlar:

1. Grup üyeleri hastalığın nedenleri, belirtileri, tedavisi ve ilaç kullanımında nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgi sahibi olacak
2. Hastalığın belirtileri ile nasıl baş edebileceğini bilecek
3. Hastalık deneyimlerini ve hastalığın onun için anlamını ifade edecek

Süre : 90-120 dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma

İşleyiş:

10 Dakika

1. Grup üyelerine ilk görüşmeden sonra geçen sürede neler yaptıkları,
2. Oturumun konusu söylenir.

70 dakika

3. Grup üyelerine;

Hastalığın sizin için anlamı nedir?

Size göre Behçet hastalığı nasıl bir hastalıktır? Soruları sorularak hastaların hastalığı nasıl anlamlandırıldığı, hastalıkla ilgili doğru ve yanlış bilgileri ortaya konulmaya çalışılır.

4. Behçet hastalığının nasıl bir hastalık olduğu, nedenleri, belirtileri, olabilecek komplikasyonlar, tedavisi, takibi, ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgi verilir.

5. Hastalığın fizyolojik belirtileri (oral aftlar, genital ülserler, eklem ağrıları, görme kaybı) ile ilgili hastaların yaşadıkları zorluklar, hastaların bu belirtilerle baş etme yöntemleri sorgulanır ve tartışılır.

6. Grup üyelerine ağrı ile nasıl baş edebilecekleri, oral aftlarının oluşmaması ve olduğu dönemlerde diyetinde olması ve olmaması gereken yiyecekler, fizyolojik problemlerin yoğun yaşandığı atak döneminde günlük yaşantının nasıl düzenleneceği ile ilgili bilgi verilir.

7. Tedaviye uyumun önemi düzenli ilaç kullanmanın ve düzenli kontrollerin önemi vurgulanır. Hastaların bu konu ile ilgili deneyimleri paylaşılır.

10 dakika

8. Oturum özetlenir. Grup üyelerine oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri sorulur. Grupla paylaşımları sağlanır.

9. “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir.

10. Sonraki oturumun konusu bildirilerek oturum sonlandırılır.

2.OTURUM:

Konu: Behçet Hastalığı nedeniyle hastanın yaşamında meydana gelen değişikliklerin hastanın rol ve işlevlerine etkisi

Amaç:

1. Hastalığın hastanın yaşantısındaki etkilerini ve hastanın nasıl etkilendiğini hastanın grupla paylaşmasını sağlamak
2. Bireylerin kendi rollerinden uzaklaşmadan, sosyal yaşam aktivitelerini değiştirmeden hastalığa uyum sürecini kolaylaştırmaktadır.

Hedef Davranışlar:

Grup üyeleri;

- 1.Hastalığın fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kendini nasıl etkilediğini ifade edecek,
2. Hastalık nedeniyle rol ve işlevlerindeki değişiklikleri ifade edecek,
3. Kendi rollerinden uzaklaşmadan var olan potansiyeli ile bu rollerini nasıl devam ettirebileceğini bilecek,

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma, cümle tamamlama

Süre: 90-120 dakika

İşleyiş:

10 dakika

1. Grup üyelerine önceki oturumdan sonra geçen sürede neler yaptıkları sorulur.

2. Önceki oturum grup üyelerinden biri tarafından özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Paylaşımlar varsa konuşulur, yoksa yeni oturumun konusu açıklanır.

70 dakika

3. Hastalık yaşantısının herkes tarafından farklı yaşanabileceği, Behçet hastalığının özellikleri nedeniyle insanın yaşantısında bir çok alanda değişikliklere neden olabileceği açıklaması yapılarak,

Grup üyelerine;

Hastalığınız sizi fiziksel olarak nasıl etkiledi?

Hastalığınız sizi duygusal olarak nasıl etkiledi?

Hastalığınız sizi sosyal olarak nasıl etkiledi?

Hastalığınız işinizi ve ekonomik durumunuzu nasıl etkiledi?

Hastalığınız cinselliğinizi, cinsel yaşantınızı nasıl etkiledi?

Hastalığınız sizi bir eş, anne, baba, bir kadın ve bir erkek olarak nasıl etkiledi? Soruları sorularak hastalığın birey üzerindeki etkileri ortaya konulur ve bu etkilerin grup içinde paylaşılması sağlanır.

3.Toplum içinde kadın olmak, erkek olmak, anne, baba, eş, öğretmen ve bir gruba üye olmak gibi farklı rollerimiz ve sorumluluklarımız vardır. Hastalık yaşantısı ile birlikte bu rollerimizde de bazı değişiklikler olabilir. Az önce hastalığınızın saydığınız farklı alanlardaki etkileri sizin bu rollerinizi nasıl etkiledi?

Rolleriniz ve işlevlerinizdeki bu değişikliklerle ilgili yaşadığınız sorunları nasıl çözümlersiniz? Sorusu sorularak hastaların rolleri ve rol işlevleri ile ilişkili yaşadıkları problemleri ve çözümlerini paylaşmaları sağlanır.

4. Paylaşımlardan sonra konuşulanlar özetlenir ve hastanın rol işlevlerinden uzaklaşmadan yaşantısını nasıl düzenleyebileceği ve yeni rolüne nasıl uyum sağlayabileceği anlatılır.

10 dakika

5. Oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri

herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur. Yoksa “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir. Sonraki oturumun konusu bildirilerek oturum sonlandırılır.

3.OTURUM

Konu: Stres ve stresle baş etme yöntemleri

Amaç:

1. Grup üyelerine stresin tanımı, nedenleri ve vücut üzerindeki etkilerini anlatmak.
2. Grup üyelerinin etkin bir şekilde stresle baş edebilmesini sağlamak

Hedef davranışlar:

- 1.Grup üyeleri stres kavramını tanıyacak ve stresin nedenlerini hakkında paylaşımlarda bulunacak,
- 2.Grup üyeleri kendi stres yapıcılarını tanımlayabilecek, stresörlerle baş etme tarzını açıklayacak.
3. Stres durumlarında vücutta meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimlere dair farkındalık kazanacak
- 4.Durum, duygu ve davranış ilişkisinin farkında olabilecek. Böylece olaylar karşısındaki duygusal farkındalığı artarak olaylara farklı bakış açıları geliştirebilecek.
5. Kullandığı etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerinin farkına varacak
6. Etkisiz baş etme yöntemlerinin yerine etkili baş etme yöntemlerini uygulayabilecek.

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma, beyin fırtınası, cümle tamamlama

Süre:90-120 dakika

İşleyiş:

10 dakika

1. Önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur. Grup üyelerinin biri tarafından önceki oturumun özetlenmesi istenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak

istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Paylaşımlar varsa konuşulur, yoksa yeni oturumun konusu açıklanır.

100 dakika

1. Stresin ne olduğu gruba sorulur. Gelen tanımlar değerlendirilir ve stresin tanımı yapılır.

2. Grup üyelerine;

Sizin yaşamınızdaki stres kaynaklarınız neler?

Hastalığınız sizde strese neden oluyor mu? Nasıl? Soruları sorularak hastanın stresörlerini tanımlarına yardımcı olunur.

3. Size göre stres hastalığınızı nasıl etkilemektedir? Sorusu sorulur. Cevaplar alındıktan sonra, Behçet hastalığında stresin hastalığı nasıl etkilediği ve stresle baş etmenin önemi gruba anlatılır.

4. Üyelerin kendi hastalıkları ile ilgili stres faktörlerini keşfetme ve bu koşullarda başa çıkma adına neler yaptıklarına dair iç görü geliştirme amacıyla “Endişe Penceresi” oyunu oynanır. Bu oyunla, grup üyeleri endişelerini kendileri için taşıdığı “önem sırasına” ve “kontrol edilip-edilemeyeceğine” göre belirleyip, bu endişelerin yarattığı sıkıntı ve bunlarla baş etme için çözüm yollarının neler olabileceğine dair grup ile paylaşımlarda bulunur.

5. Stresin fizyolojik ve psikolojik etkileri tartışılır.

6. Grup üyelerine

Stres yaratan durumlar karşısında ne yaparsınız?

Bu yaptıklarınız stresi azaltma konusunda etkili olur mu? Soruları sorularak üyelerin stresle baş etme yöntemleri ortaya konulmaya çalışılır. Bu yöntemlerin etkinliği grupla tartışılır. Etkili baş etme yöntemleri desteklenir, etkisiz baş etme yöntemlerinin yerine kullanabilecek etkili baş etme yöntemleri gruba anlatılır.

7. Stres durumlarında vücutta meydana gelen fizyolojik değişikliklerin farkına vararak, bu değişikliklerin yarattığı gerginlikten kurtulabilmek için nefes alma egzersizi öğretilir.

8. Zihinsel düzenleme tekniği kullanılarak olaylar karşısındaki düşüncelerin duygu ve davranışları nasıl etkilediği anlatılır. Üyelerden birine sizin için önemli olan ve stres yaratan bir olayı anlatır mısınız? Sorusu sorulur.

Sorun tahtaya yazılır.

Bu olay karşısında ne düşündünüz?

Bu olay karşısında ne hissettiniz?

Bu olay karşısında nasıl davrandınız? soruları sorulur ve tahtaya yazılır.

9. Gruba bu olay karşısında ne düşünülebileceği sorulur ve beyin fırtınası yöntemi ile alternatif olumlu düşünceler ortaya konulur. Sorun tanımlayan bireye bu sorun karşısında böyle olumlu bir düşünceye sahip olsaydınız ne hissederdiniz, nasıl davranırdınız soruları sorularak düşüncelerin duygu ve davranışlar üzerindeki etkisi ile ilgili farkındalık artırılır.

6. Stres yaratan olay karşısında problem çözme tekniği üyelere anlatılır ve tanımlanan bir problem grupla birlikte çözülür.

7. Stresle baş etmede sosyal destek kaynaklarını kullanma, öfke yönetimi, istekte bulunma gibi yöntemleri kullanmanın önemi vurgulanır.

10 dakika

8. Grup üyelerine, sonraki oturuma kadar karşılaştıkları onlara sıkıntı veren bir durum karşısında ne düşündükleri ne hissettikleri ve nasıl davrandıklarını, bu sorunu nasıl çözdüklerini yazarak getirmeleri istenir.

9. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur. Yoksa “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir. Yanlış anlamalar düzeltilir.

10. Sonraki oturumun konusu bildirilerek oturum sonlandırılır.

4.OTURUM

Konu: Benlik algısı ve benlik saygısı

Amaç

1. Bireylere benlik saygısının ne olduğunu açıklamak, bireylerin olumlu ve olumsuz özelliklerinin fark etmesini sağlamak
2. Grup üyelerinin hastalık yaşantısının benlik algıları üzerine etkisini ortaya koymak.
3. Bireylerin kendilerini olduğu gibi kabul etmeleri ve gerçekçi beklentiler içinde olmaları konusunda yardım etmek

Hedef davranışlar

1. Grup üyeleri olumlu ve olumsuz özelliklerini sıralayabilecek,
2. Grup üyeleri, hastalığının; vücutlarını, kendileri hakkındaki duygu ve

düşüncelerini ve başkalarının onlara bakış açılarını etkileyip etkilemediğini grupla paylaşabilecek,

3. Üyeler kendi benliklerine yönelik olumlu ve olumsuz yüklemelerinin farkına varacak, olumsuz yüklemeleri olumluya çevirebilecek.

Süre:90-120 Dakika

Yöntem: Anlatım, soru-cevap, tartışma, cümle tamamlama

İşleyiş

15 dakika .

1.Önceki oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Yoksa grup üyelerine önceki oturumda istenilen stres yaratan olay karşısındaki düşünce, duygu ve davranışlarının neler olduğunu hastaların okumaları ve yaşadıkları deneyimi grupla paylaşmaları istenir. Bunu yapamayan hastaların hangi alanda problem yaşadıkları sorgulanır. Yaşanılan problemler grupla birlikte çözülür. Yeni oturumun konusu açıklanır.

70 dakika

1. Grup üyelerinden

En olumlu özelliğim.....

En olumsuz özelliğim.....dır.

Çevrem tarafındanbir insan olarak tanırım. Cümlelerini sözlü tamamlamaları istenir. Bu egzersizle grup üyelerinin kendilerinin olumlu ve olumsuz özelliklerinin ve çevreleri tarafından nasıl tanımlandıklarını farkına varmalarını sağlar.

2. Grup yöneticisi tarafından benlik algısı ve benlik saygısının tanımı yapılır.

3. Grup üyelerine;

Behçet hastalığı sizde herhangi bir kayba neden oldu mu?

Sorusu sorularak fiziksel ve fonksiyonel kayıplar ortaya konulur.

4. Yaşadığımız bu kayıplar kendinize yönelik duygu ve düşüncenizi değiştirdi mi? Nasıl?

Sorusu sorularak hastalığın grup üyelerinin benlik algısında bir değişiklik yapıp yapmadığı ortaya konulmaya çalışılır.

5. Hastalık yaşantısı ile kendilerine yönelik algılarındaki düşüncelerindeki değişiklikleri grupla paylaşımları sağlanır ve grupla tartışılır.

6. Fiziksel ve fonksiyonel değişimlerle ilgili bireyin baş etme yöntemleri değerlendirilir. Hastanın etkili baş etme yöntemleri belirlemesini destekleme, hem sorunlarının çözümüne, hem de benlik saygısını arttırmaya yardımcı olur.

7. “Her insanın güçlü ve güçsüz yönleri olabilir. Bir alanda ile ilgili çok İyiysen başka bir alanda kötü olabiliriz. Hiçbir insan mükemmel değildir. Sağlıklı olan insanın potansiyelinin farkına varması ve hayatta gerçekçi hedefler oluşturmasıdır. Hastalık nedeniyle birçok kayıp yaşayabiliriz. Bu kayıpları kabul edip var olan potansiyelimizi kullanmak, değiştiremeyeceğimiz güçsüz yönlerimiz yerine değiştirebileceklerimize ve güçlü yönlerimize odaklanmak bizim kendimizi daha iyi hissetmemizi sağlayabilir”. Konuları anlatılarak grubun bu konu ile ilgili düşünceleri sorulur. Deneyimleri paylaşılır.

8. Grup üyelerinin güçlü ve güçsüz yönlerini fark edebilmeleri için sonraki oturuma kadar kendilerinin güçlü ve güçsüz yönlerini yazarak getirmeleri istenir.

10 dakika

9. Oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur. Yoksa “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir. Yanlış anlamalar düzeltilir. Sonraki oturumun konusu bildirilerek oturum sonlandırılır.

5.OTURUM

Konu: Aile içi iletişim, Eş, Aile ve sosyal ilişkiler

Amaç:

1. Grup üyelerinin aile içi iletişim becerilerini artırmak
2. Bireyin hastalık nedeniyle eş, aile ve sosyal ilişkilerde yaşadığı zorlukları ele almak ve ilişkilerini güçlendirmek.

Hedef davranışlar:

Grup Üyelerinin;

1. Kişilerarası iletişim becerileri artacak
2. Aile üyeleri ile yaşadıkları iletişim sorunların farkına varıp çözüm bulabilecekler

3. Etkili iletişim becerilerini kullanabilecekler

Süre:90-120 Dakika

Yöntem: Anlatım, soru cevap, cümle tamamlama, tartışma

İşleyiş:

10 dakika

1. Önceki oturumun özeti yapılır ve önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur.
2. Önceki oturumda üyelerden yazarak getirmeleri istenen güçlü ve güçsüz yönlerini grupla paylaşmak isteyenlerin paylaşımları alınır.
3. Yeni oturumun konusu hatırlatılır.

100 dakika

4. Grup üyelerine

Çevrenizdeki insanlarla iletişim kurarken zorlandığınız olur mu? Anlatırmısınız. Diyerek grup üyelerinin iletişimde yaşadıkları problemler ortaya konulmaya çalışılır.

5. Hastalık yaşantısı bazı duygusal belirtilere neden olabilmektedir. Bu belirtiler bizim iletişimle ilgili problemler yaşamamıza neden olabilir. İnsan daha alıngan olabilmekte, her şeye ani tepkiler verebilmekte ya da içe çekilmekte ve problemleri konuşmamaktadır. Bu durum çevresindeki insanları yanlış anlamasına ya da çevresi tarafından yanlış anlaşılmasına neden olabilmektedir.

Sizin bu şekilde deneyimleriniz oldu mu? Sorusu sorularak iletişimde yaşanan problemlerin hastalıkla ilişkisi olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılır.

6.İletişimde kendini tanımanın önemi, iletişim engelleri, iletişim çatışmaları ve çözümleri, açık iletişim, ben dili, empati anlatılır ve önemi vurgulanır.

7. Açık iletişim ve ben dili örnekleri verilerek hastaların konu ile ilgili yaşadıkları bir problemi açık iletişim kurarak ben dili ile ifade etmeleri sağlanır.

- 8.Grup üyelerinin;

“Bu hastalık eşimle ilişki mi.....şekilde,

Aile üyeleri ile ilişkilerimişekilde,
Sosyal ilişkilerimi.....şekilde etkiledi”
cümlesini sözel tamamlamaları istenir.

9.Bu etkilerin gerçekten hastalıktan kaynaklı mı yoksa başka sebeplerden mi kaynaklı olduğu ortaya konulmaya çalışılır. Grup içinde tartışılır.

10.Grup üyelerinin eşleri, aile üyeleri, iş ve arkadaş çevresi ile ilgili yaşadıkları problemlerin ve sebeplerinin farkına varmaları ve bu problemlerden çözebileceklerine çözüm araması, çözemediklerine olumlu bakış açıları geliştirmeleri konusunda danışmanlık verilir.

11. Öğrenilen stresle başatme yöntemlerini ve kişilerarası iletişim tekniklerini bu alanlardaki sorunlarda nasıl kullanabilecekleri anlatılarak daha önceki oturumlarda öğrenilen beceriler pekiştirilir.

12. Grup üyelerinden sonraki oturuma kadar çevresindeki insanlarla en az 3 kez ben dili kullanarak açık iletişim kurmaları istenir.

10 dakika

13. Oturum özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur. Yoksa “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir. Yanlış anlamalar düzeltilir. Sonraki oturumun konusu bildirilerek oturum sonlandırılır.

6.OTURUM

Konu: Cinsellik ve eş uyumu

Amaç:

1. Eş uyumunu artırmak.
2. Sağlıklı cinselliğin tanımlanması ve hastalığın cinsel yaşantılar ve eş uyumu üzerindeki etkilerinin ortaya konulması

Hedef davranışlar:

Grup üyeleri

1. Eşi ile yaşadığı uyum problemlerinin farkına varacak, bu problemlere çözüm önerileri getirebilecek
2. Hastalıklarının cinsel yaşamlarındaki etkisini ifade edebilecek,
3. Cinsel yaşamdaki problemleri ifade edebilecek,

4. Cinsel yaşamdaki problemlerini eşi ile konuşabilecek,

Süre: 90-120 dakika

Yöntem: Anlatım, soru cevap, tartışma, beyin fırtınası, cümle tamamlama

İşleyiş:

10 dakika

1. Önceki oturumun özeti yapılır ve önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur.

2. Önceki oturumda anlatılan açık iletişim ve ben dilini çevresindeki insanlarla iletişiminde uygulayıp uygulamadığı sorulur. Uygulayabilmişse ne hissettiği, uygulayamamışsa neden uygulamadığı sorulur ve bununla ilgili problemler ele alınır.

3. Yeni oturumun konusu hatırlatılır.

70 dakika

4. Grup üyelerine

Eşinizle ilişkiniz nasıldır?

Eşinizle problem yaşar mısınız?

Hangi konularda problem yaşarsınız?

Problemlerinizi nasıl çözersiniz? Soruları sorularak grup üyelerinin eşleri ile ilgili yaşadıkları problemler ve problem çözme yöntemleri ortaya konulmaya çalışılır.

5. Hastalığınızın eşinizle olan ilişkinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?
Nasıl?

Sorusu sorularak hastalık yaşantısının eş ilişkileri üzerindeki etkileri ortaya konulur.

6. Eş uyumunun ne olduğu açıklanarak. Grup üyelerinin eşleri ile yaşadıkları problemlerde neler yapabilecekleri ve uyumlarını nasıl artırabilecekleri konusu tartışılır. Eşle yaşanan sorunlarda açık iletişim kurmanın, ben dili kullanmanın önemi, problem çözme becerilerinin bu alanda etkili bir şekilde kullanabileceği üzerinde durulur.

7. Hastalık yaşantısı bireyin cinselliğini etkileyebilmektedir. Behçet hastalığı cinsel yaşantınızı etkiledi mi?

Sorusu sorularak hastalığın cinsellik üzerindeki etkisi konuşulur.

8. Cinsel problemlerin eş uyumu üzerindeki etkisi tartışılır.

9. Grup üyeleri eşleri ile konuşamadıkları cinsel problemlerini açık iletişim ve ben dili kullanarak ifade etmeleri konusunda cesaretlendirilir ve yönlendirilir.

10 dakika

10. Oturumun özeti gönüllü bir üye tarafından yapılır. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur. Yoksa “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir. Sonraki oturumun konusu bildirilerek oturum sonlandırılır.

7.OTURUM

Konu: Behçet Hastalığı ile yaşama ve hastalığa uyum

Amaç:

Bireyin Behcet Hastalığı ile birlikte yaşamını daha anlamlı ve etkin bir şekilde sürdürebilmesi

Hedef davranışlar:

Grup üyeleri:

1. Mevcut sağlık durumunu, hastalığın meydana getirdiği engellenmeleri kabul edecek,
2. Gerekliğinde geleceğe yönelik amaç ve hedeflerinde değişiklik yapabilecek ve bu değişikliğe uyum sağlayabilecek.

Süre: 90-120 dakika

Yöntem: Anlatım, soru cevap, cümle tamamlama

İşleyiş:

10 dakika

1. Önceki oturumun özeti yapılır ve önceki oturumdan sonra geçen sürede grup üyelerinin nasıl olduğu paylaşmak istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur.
2. Yeni oturumun konusu hatırlatılır.

70 dakika

3. Grup üyelerinden;

“Bu hastalık bana.....yı öğretti” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir.

4. Behçet Hastalığının ataklarla seyretmesi, görme, hareket ve cinsellik gibi

bazı fonksiyonlarda kayıplara neden olması hastaların hayatlarındaki önceliklerini ve amaçlarını değiştirmelerine neden olabilmektedir.

Sizin böyle bir deneyiminiz var mı? Neler yaptınız? sorusu sorularak hastalığın hastanın yaşam önceliklerini ve amaçlarını nasıl etkilediği ve hastaların bununla nasıl başa çıktıkları ortaya konulmaya çalışılır. Grup içinde tartışılır.

5. Hastaların yaşamında yeni ilgi ve amaçlar belirlemesi hastalığa uyum sağlamada olumlu sonuçlar vermektedir. Bu doğrultuda hastaya yaşama bakış açısını netleştirme, gelecekle ilgili planlarını belirleme ve kısa ve uzun süreli gerçekçi amaçlar oluşturmasında yardımcı olunur.

6. Hastalığa uyumun hastalığın hastalığın gidişatını nasıl etkilediği anlatılarak, uyumun önemi vurgulanır.

10 dakika

7. Oturumun özetlenir. Grup üyelerine konu ile ilgili paylaşmak istedikleri herhangi bir şey olup olmadığı sorulur. Varsa konuşulur. Yoksa “Bu oturumdayı öğrendim” cümlesini sözel olarak tamamlamaları istenir.

8. Psikoeğitim süreci değerlendirilir.

Ek 8. “Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Psikoëğitimin Hastalık Uyumu, Stresle Baş etme, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi” Başlıklı Araştırmanın Müdahale Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması

Sayın Katılımcı

Behçet hastaları ile ilgili bir çalışma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoëğitimin hastalık uyumu, stresle baş etme, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisi”dir. Bu çalışma ile siz Behçet hastalarının hastalıkla ilgili yaşadıkları problemleri ele alarak hastalık uyumunu artırarak, hastalık yaşantısının olumsuz etkilerini azaltmayı ve hastalığın neden olduğu problemlerle baş edebilmelerini sağlamayı ve yaptığımız müdahalenin etkinliğini ortaya koymayı amaçlıyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizin bu çalışmaya katılmanızı öneririz. Ancak çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Öncelikle çalışma ile ilgili size bilgilendirmek istiyoruz bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda size ve hastalığınıza ilişkin bazı sorular sorulacak, bazı formları doldurmanız istenecektir. Daha sonra size eğitim hizmeti verilecektir. Eğitimler haftada bir gün toplam 7 kez 1.5-2 saat sürecek şekilde verilecektir. Eğitimlerin günü ve saatine grup üyelerinin uygunluğuna göre sizlerle birlikte karar verilecektir. Konu başlıkları, tarihi saati size yazılı olarak verilecektir. Tüm eğitimler bittikten sonra eğitimin başında doldurulan formlar tekrar doldurulacak ve son eğitim oturumundan bir sonra aynı formlar tekrar doldurulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Çalışmaya katılmadığınız takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz. Şimdiden vereceğiniz yanıtlar ve samimi paylaşımlar için teşekkür ederim.

Nermin Erdoğan
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 9. “Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Psikoëğitimin Hastalık Uyumu, Stresle Baş etme, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi” Başlıklı Araştırmanın Kontrol Grubu İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması

Sayın Katılımcı

Behçet hastaları ile ilgili bir çalışma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen psikoëğitimin hastalık uyumu, stresle baş etme, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisi”dir. Bu çalışma ile siz Behçet hastalarının hastalıkla ilgili yaşadıkları problemleri ele alarak hastalık uyumunu artırarak, hastalık yaşantısının olumsuz etkilerini azaltmayı ve hastalığın neden olduğu problemlerle baş edebilmelerini sağlamayı ve yaptığımız müdahalenin etkinliğini ortaya koymayı amaçlıyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizin bu çalışmaya katılmanızı öneririz. Ancak çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Öncelikle çalışma ile ilgili size bilgilendirmek istiyoruz bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda size ve hastalığınıza ilişkin bazı sorular sorulacak, bazı formları doldurmanız istenecektir. Formları doldurduktan 8 hafta sonra aynı formlar tekrar doldurulacaktır. İkinci kez formları doldurduktan 1 ay sonra aynı formlar tekrar doldurulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Çalışmaya katılmadığınız takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz. Şimdiden vereceğiniz yanıtlar ve samimi paylaşımlar için teşekkür ederim.

Nermin Erdoğan

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 10. Katılımcının Beyanı

Sayın Nermin Erdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte araştırmacı Nermin Erdoğan'a 05530456670 no'lu telefonda arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel. :

İmza:

Ek 11



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 737

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/14
Proje No : GO 16/429(Değerlendirme Tarihi : 13.07.2016)
Karar No : GO 16/429- 21

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma ÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu, Nermin ERDOĞAN'ın doktora tezi olan, GO 16/429 kayıt numaralı ve "*Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Grup Danışmanlığının Hastalık Uyumu, Stresle Baş Etme, Çift Uyumu, Benlik Saygısı Ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|---|
| 1. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | İZİNLİ 12. Doç. Dr. Güzde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | İZİNLİ 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | İZİNLİ 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLİ 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

Ek 12

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/09/2016-E.110785



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Romatoloji Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 34493368-100-
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 09/09/2016 tarihli ve 84296238-100- 106817 sayılı yazı,


İlgi yazıya istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Fatma ÖZ danışmanlığında doktora öğrencisi Nermin ERDOĞAN'ın, 15.09.2016 - 15.09.2017 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalımızda "Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Grup Danışmanlığının Hastalık Uyumu, Stresle Baş etme,Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi" konulu tez uygulamasını yapma talebi uygun görülmüştür.


Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


e-imzalıdır
FERİDE NUR GÖĞÜŞ
Bilim Dalı Başkanı

Ek 13

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/09/2016-E.107563

 **T.C.**
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı


* 8 5 0 8 8 4 9 8 *



Sayı : 15374471-100-
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 09/09/2016 tarihli ve 84296238-100- 106817 sayılı yazı,

Hacettepe Üniversitesi doktora öğrencisi Nermin ERDOĞAN 'ın konu ile ilgili olarak Anabilim Dalımızda uygulamasını yapması tarafımızdan uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet Ali GÜRER
Anabilim Dalı Başkanı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler/ANKARA
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks 0 (312) 221 32 02
e-Posta :tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://med.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Sevim Aysar
Birim Evrak Sorumlusu

Ek14



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
04/05/2017 17:43 - 93471371 - 604.01.02 - E.7033
90044834



Sayı : 93471371-604.01.02
Konu : Nermin ERDOĞAN- Anket İzni

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 02/05/2017 tarihli ve 51700877-604.01.02-6622 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Nermin ERDOĞAN'ın Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında "Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Grup Danışmanlığının Hastalık Uyumu, Stresle Başetme, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında anket yapma talebi klinik işleyişini aksatmayacak şekilde hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Mevlüt Recep PEKÇİCİ
Hastane Yöneticisi V.

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Şükriye Mh. Ulucanlar Cd.
No:89 Altındağ / ANKARA
Faks No:0 312 595 31 01

e-Posta:talip.tur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.ankarahastanesi.gov.tr

Bilgi için:Talip TÜR

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 61347dce-b41b-431a-a567-491a24065813 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 15



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ULUCANLAR GÖZ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK
BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ULUCANLAR GÖZ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
23-11/2016 15:43 - 16631222 - 806.01.03 - E.672
9003992442

Sayı : 16631222-806.01.03
Konu : Nermin ERDOĞAN - Tez çalışması

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 17/11/2016 tarihli ve 70629056-604.01.02-60 sayılı yazı

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Nermin ERDOĞAN'ın "Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Grup Danışmanlığının Hastalık Uyumu, Stresle Başetme, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi " konulu tez çalışması kapsamında hastanemizde anket yapma talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Pelin YILMAZBAŞ
Hastane Yöneticisi

Ulucanlar Cad. No: 59 Altındağ

Faks No:312 312 38 05

e-Posta:ayfer.yildirim5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ulucanlargoz.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a2239176-8e08-457e-9e9f-4916f7f6e830 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ayfer YILDIRIM

Unvan:BİLGİSAYAR İŞLETMENİ

Telefon No:3216261-1129

Ek 16



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu

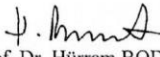


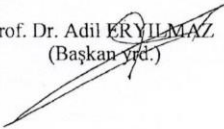
Başvuru No : 1170/2016
Karar No : 2016/1170

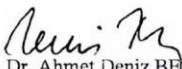
07.09.2016

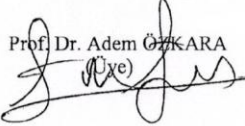
Sayın; Nermin Erdoğan
Hacettepe Üniversitesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

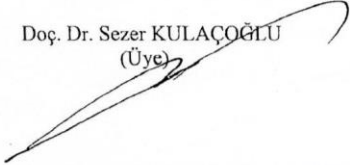
22.08.2016 tarih ve 51700877/806.01.03 sayılı yazısıyla genel sekreterliğimize bildirilen, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğrencisi Nermin Erdoğan'ın "*Behçet hastalarına Roy Adaptasyon Modeli bağlamında verilen grup danışmanlığının hastalık uyumu, stresle başetme çifti uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisi*" konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebiniz, Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

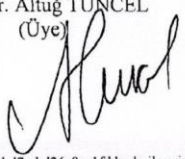

Prof. Dr. Hürrem BODUR
(Başkan)


Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan vfd.)


Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN
(Üye)


Prof. Dr. Adem ÖZKARA
(Üye)


Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)


Doç. Dr. Altuğ TUNCEL
(Üye)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d05ef74e-7872-418b-bbd7-abd26e8ca1fd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 17



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/3597
Konu: Tez uygulama izni

12/12/2016

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Nermin ERDOĞAN'ın "Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Grup Danışmanlığının Hastalık Uyumu, Stresle Baş Etme, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi" başlık doktora tezinin uygulamasını 01.12.2016 - 01.12.2017 tarihleri arasında Dermatoloji Anabilim Dalı, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Anabilim Dalı'nda yapmaları uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

SEVGİ SİMŞEK
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürü



Ek 18

BEHÇET HASTALARINA ROY ADAPTASYON MODELİ BAĞLAMINDA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN HASTALIK UYUMU, ÇİFT UYUMU, BENLİK SAYGISI VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ

ORIJİNALLIK RAPORU

| | | | |
|-------------------|------------------------|------------|------------------|
| % 12 | % 9 | % 7 | % |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | acibadem.dergisi.org İnternet Kaynağı | % 2 |
| 2 | ÇİTİRİK, Mehmet, SOYKAN, Emel, BİÇER, Tolga, BERBER, Nilüfer and ZİLELİOĞLU, Orhan. "Behçet hastalığında oküler bulgular", MEBAS Medikal Basın, 2007. Yayın | % 1 |
| 3 | pdrdergisi.org İnternet Kaynağı | % 1 |
| 4 | hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 5 | www.researchgate.net İnternet Kaynağı | % 1 |
| 6 | www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | % 1 |

Ek 19



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Nermin Erdoğan
 Ödev başlığı: BEHÇET HASTALARINA ROY ADA...
 Gönderi Başlığı: BEHÇET HASTALARINA ROY ADA...
 Dosya adı: turnit_n_14.01.docx
 Dosya boyutu: 181.43K
 Sayfa sayısı: 56
 Kelime sayısı: 11,677
 Karakter sayısı: 83,260
 Gönderim Tarihi: 14-Oca-2019 10:48AM (UT C+0300)
 Gönderim Numarası: 1063898455

GİRİŞ

1.1 Projelem Tanımı ve Önerisi

Konuk hizmetleri normal faaliyetler kapsamında veya belirli bir amaçla veya belirli bir süre için gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir.

Konuk hizmetleri, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir.

Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir. Hizmetler, genellikle bir kişi veya kurum tarafından gerçekleştirilir.

9.ÖZGEÇMİŞ

BİREYSEL BİLGİLER:

Adı Soyadı : Nermin Erdoğan
 Doğum Tarihi : 1979
 Doğum Yeri : Bolu
 E posta : n_oyke@mynet.com
 Cep tel : 05334687922

EĞİTİMİ

| Öğrenim Durumu | Kurum Adı | Mezuniyet Yılı |
|----------------|--|----------------|
| Doktora | Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Bölümü | 2019 |
| Yüksek Lisans | Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Bölümü | 2008 |
| Lisans | Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü | 2002 |
| Lise | Bolu Sağlık Meslek Lisesi | 1998 |

| MESLEKİ DENEYİM | Kurum Adı | Yıl |
|---------------------------------|--|-----------|
| İş Durumu/Pozisyon | | |
| Acil Servis/ Dahiliye hemşiresi | Bolu SSK hastanesi | 2001-2003 |
| Ameliyathane Hemşiresi | Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2003-2005 |
| Göz Klinik Hemşiresi | Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve | 2005-2008 |

Araştırma Hastanesi

| | | |
|---------------------------------|---|-----------|
| Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi | Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2008-2010 |
| Göz Klinik sorumlu Hemşiresi | Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2014... |

YAYINLARI

1.Aşık E, **Erdoğan N**, Çıtak Tunç G. (2013) Compliance Problems To Treatment in Schizophrenic Patients, The Horatio European Psychiatric Nursing Congress,(Poster) İstanbul, 2013

2.**Erdoğan N**, Eker F, Aşık E. Effects Of Behcet Disease Patients' Anxiety And Depression Levels On Psychosocial Adaptation To Disease, The Horatio European Psychiatric Nursing Congress,(Sözel) İstanbul, 2013

3.**Erdoğan N**, Aşık E, Çıtak Tunç G. Effects Of Social Support On Psychosocial Adjustment In Chronic Diseases, The Horatio European Psychiatric Nursing Congress, (Poster) İstanbul, 2013

4.**Erdoğan N**, Aşık E. Kronik Hastalıklara Psikososyal Uyumda Anksiyete ve Depresyon, III Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Poster) Ankara, 2014

5.Aşık E, Albayrak S, **Erdoğan N**. Hemşirelerin Antipsikotik İlaç Kullanan Hastalarda Metabolik Sendrom Riskine Yönelik Uygulamaları. Clin Exp Health Sci 2016; 6(4): 161-165

SERTİFİKALAR, KATILIM VE BAŞARI BELGELERİ

| Tarihi | Etkinliğin Adı | Yeri | Süresi | Alınan Belge |
|--------|--|----------------|--------|-----------------|
| 2004 | I Ulusal Hemşirelik ve Etik Sempozyumu | Bolu | 2 Gün | Katılım Belgesi |
| 2008 | Temel Yönetim | Uzaktan Eğitim | | Sertifika |

| | | | | |
|------|--|--------|-------|-----------------|
| | Becerileri Eğitimi | | | |
| 2009 | Enfeksiyon hemşireliği kursu | Ankara | 1 ay | Sertifika |
| 2010 | IV Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu | Ankara | 2 Gün | Katılım belgesi |
| 2014 | III Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Hemşirelikte Araştırma Kursu | Ankara | 1 gün | Sertifika |

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA FAALİYETLERİ

a) Yüksek Lisans Tezi: Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu

b) Doktora Tezi: Behçet Hastalarına Roy Adaptasyon Modeli Bağlamında Verilen Psikoeğitimin Hastalık Uyumu, Çift Uyumu, Benlik Saygısı ve Psikiyatrik Belirtiler Üzerine Etkisi

ALDIĞI DERSLER

| Akademik Yıl | Dönem | Dersin Adı |
|--------------|-------|---|
| 2013-2014 | Güz | Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği I |
| | | Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması I |
| | | Biyoistatistik |
| | | İleri Toplumsal Cinsiyet I |
| | Bahar | Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği II |
| | | Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması II |
| | | Geçerlik ve Güvenirlığe İlişkin İstatistiksel |

| | | Yöntemler |
|------------------|--------------|---|
| 2014-2015 | Güz | Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Kavramsal Modeller |
| | | Seminer |
| | | Bilim Felsefesi |
| | | Hemşirelikte Etik |
| | Bahar | Nitel Araştırma Tasarımı |