



**DEPRESYON HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK İLE
OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mehmet Osman AYHAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK**

Yüksek Lisans Tezi -2019

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DEPRESYON HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK
İLE OLUMSUZ OTOMATİK DÜŞÜNCELER ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Mehmet Osman AYHAN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı


Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

MALATYA

2019

| | | | |
|---|-------------------------|-----------------|--|
|  | KABUL ONAY FORMU | Doküman No | |
| | | Yayın Tarihi | |
| İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ | | Revizyon No | |
| SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ | | Revizyon Tarihi | |
| | | Sayfa No | |

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**DEPRESYON HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK İLE OLUMSUZ
OTOMATİK DÜŞÜNCELER ARASINDAKİ İLİŞKİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

DOÇ. DR. FUNDA KAVAK BUDAK

HAZIRLAYAN

MEHMET OSMAN AYHAN

Jürimiz tarafından 19/12/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği** ile başarılı bulunarak Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul etmiştir.

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı

1.Prof. Dr. Behice ERCİ

2.Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

3.Dr. Öğr. Üyesi Ceyda BAŞOĞUL

İmza

.....
B. Erci

.....
F. Budak

.....
C. Başoğul

O N A Y

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve 20.../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

.....

Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | viii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | ix |
| TABLolar DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Depresyon Tanımı..... | 3 |
| 2.2. Depresyon Epidemiyolojisi..... | 3 |
| 2.3. Depresyon Belirtileri..... | 4 |
| 2.4. Depresyonun Etiyolojisi | 4 |
| 2.4.1. Biyolojik Faktörler..... | 4 |
| 2.4.2. Psikososyal Faktörler | 5 |
| 2.4.2.1. Depresyon Kuramları..... | 5 |
| 2.5. Bilinçli Farkındalık | 6 |
| 2.6. Bilinçli Farkındalığın Kuramsal Temeli | 8 |
| 2.6.1. Psikedinamik Yaklaşım | 8 |
| 2.6.2 Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım | 8 |
| 2.6.3. Gestalt Kuramı | 8 |
| 2.7. Farkındalık Becerileri | 9 |
| 2.7.1 Yargıların Farkında Olma;..... | 9 |
| 2.7.2. Şimdiye Odaklanmak;..... | 9 |
| 2.7.3. Mesafe Koyma..... | 10 |
| 2.7.4. Serbest Bırakma | 10 |
| 2.7.5. Kabullenme | 11 |
| 2.8. Olumsuz Otomatik Düşünceler..... | 12 |
| 2.8.1. Bilişsel Model | 12 |
| 2.8.2. Olumsuz Otomatik Düşünceler..... | 12 |
| 2.8.3. Ara İnançlar (Kurallar) | 13 |
| 2.8.4. Temel İnançlar | 13 |
| 2.9. Depresyon, Olumsuz Otomatik Düşünceleri Azaltmada ve Bilinçli Farkındalığı Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü | 14 |

| | |
|---|----|
| 3. MATERYAL ve METOT..... | 16 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 16 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 16 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 16 |
| 3.3.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri..... | 17 |
| 3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri | 17 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 17 |
| 3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)..... | 17 |
| 3.4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-3) | 17 |
| 3.4.3. Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği (OODÖ) (EK-4) | 17 |
| 3.5. Verilerin Toplanması | 18 |
| 3.6. Araştırmanın Değişkenleri..... | 18 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi | 18 |
| 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri | 18 |
| 4. BULGULAR..... | 19 |
| 5. TARTIŞMA | 22 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 24 |
| KAYNAKLAR | 25 |
| EKLER..... | 30 |
| EK-1. Özgeçmiş..... | 30 |
| EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu..... | 31 |
| EK-3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği..... | 32 |
| EK-4. Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği | 34 |
| EK-5. Etik Kurul İzni..... | 36 |
| EK-6. Kurum İzni | 37 |

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin boyunca ve tezimin tüm safhalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, sözleriyle ve davranışıyla şahsiyetime ve kariyerime kattığı önemi unutmayacağım, değerli danışmanım ve hocam Doç. Dr. Sayın Funda KAVAK BUDAK'a, istatistiksel değerlendirmelerde ve diğer katkılarıyla yanımızda bulunan değerli hocam Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, araştırmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için şükranlarımı sunar, araştırmanın yapıldığı Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Servisi'nde çalışan tüm sağlık personeline ve araştırmama katılan değerli hastalarım, ve son olarak hayatımın her anında yanımda olan aileme,

EN KALBİ DUYGULARIMLA TEŞEKKÜR EDERİM.

Mehmet Osman AYHAN

ÖZET

Depresyon Hastalarında Bilinçli Farkındalık ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki

Amaç: Bu çalışmanın amacı depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal ve Metot: İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde tedavi gören 800 yetişkin depresyon hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi yapılan güç analizi ile 151 depresyon hastası olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında psikiyatri kliniğindeki hastalarla araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verileri toplamak için Tanıtıcı Özellikler Formu, ‘Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)’, ‘Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği (OODÖ)’ kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelerik dağılım, aritmetik ortalama ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların, bilinçli farkındalık ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 32.59 ± 8.55 , olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 109.06 ± 15.07 olduğu belirlenmiştir. Araştırmada depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmada hastaların olumsuz otomatik düşüncelerinin yüksek, bilinçli farkındalıklarının düşük olduğu ve bilinçli farkındalık azaldıkça olumsuz otomatik düşüncelerin arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli Farkındalık, Depresyon, Hemşirelik, Olumsuz Otomatik Düşünce

ABSTRACT

The Relationship Between Mindfulness and Automatic Negative Thoughts Among Patients with Depression

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between mindfulness and automatic negative thoughts among patients with depression.

Material and Method: This research was conducted as a correlational descriptive study. The study was conducted in the psychiatry clinic of Inonu University Medical Centre. There are 800 adult patients with depression treated in psychiatry clinic. The sample of the study consisted of 151 patients using the power analysis. In order to collect the data, the Descriptive Form, The Mindfulness Scale and Automatic Negative Thoughts Scale were used. In the analysis of the data; percentage distribution, arithmetic mean, pearson correlation analysis and regression analysis were used.

Results: Total mean score of Mindfulness Scale was 32.59 ± 8.55 and total mean score of Automatic Negative Thoughts Scale was 109.06 ± 15.07 . There was a statistically negative and strong correlation between the subscale and total mean scores obtained by the patients from the of Mindfulness Scale and their total mean score of Automatic Negative Thoughts Scale and their subscales ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the patients had a high level of automatic negative thoughts and low level of mindfulness. It was determined that as mindfulness of the patients decreased, their negative thoughts also increased.

Key words: Automatic Negative Thought, Depression, Mindfulness, Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|-------------|---|
| BİFÖ | : Bilinçli Farkındalık Ölçeği |
| DSM | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| MDB | : Majör Depresif Bozukluk |
| ODÖ | : Otomatik Düşünceler Ölçeği |
| WHO | : World Health Organization |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| Şekil No. | Sayfa No |
|---|-----------------|
| Şekil 2.1. Bilişsel Model..... | 12 |
| Şekil 3.1. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi | 16 |



TABLolar DİZİNİ

| Tablo No. | Sayfa No |
|---|-----------------|
| Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı | 19 |
| Tablo 4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden Alınan Puanlar ve Ortalamaları | 20 |
| Tablo 4.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki..... | 20 |
| Tablo 4.4. Bilinçli Farkındalığın Olumsuz Otomatik Düşüncelere Etkisinin Regresyon Analizi ile Açıklanması..... | 21 |



1. GİRİŞ

Depresyon yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, işlevsellikte kayıplara yol açan, tıbbi hastalık ve ölümlerle sonuçlanabilen, tekrarlayıcı ruhsal bir rahatsızlıktır (1-3). Depresyonun Türkiye'deki yaygınlığı %1.5 ile %19 arasında değişmektedir (2). DSÖ'nün (2008) Güncellenmiş raporunda 2020 yılında majör (yeğin) depresyonun yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında başlarda yer alacağını ve 2030 yılına gelindiğinde en fazla konan klinik tanı olacağını belirtmiştir (1-5).

Hemen her gün çökkünlük, durgunluk ve mutsuz hissettiğini belirten depresyon hastaları bu durumun normal mutsuzluktan veya yas durumundan farklı olduğunu bildirmişlerdir (2). Depresyondaki bireyin dünyaya, çevresine, kendine ve geleceğe yönelik negatif bilişsel yapıları vardır. Beck'in bilişsel üçlüsü denilen bu yapılar birçok olumsuz otomatik düşünceleri de barındırmaktadır. Hastalar yaşantılarından hep olumsuzluk çıkarmakta ve bilişsel çarpıtmalar ile bu düşüncelerini beslemektedir (6). Bilişsel teoriye göre, olumsuz otomatik düşüncelerin depresyon gibi duygusal bozuklukların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde, kritik rolü olduğu varsayılmıştır (7). Olumsuz otomatik düşünceler, hızlı bir şekilde ortaya çıkan ve kişinin değerlendirme yapmaksızın kabul ettiği bilişsel yapılardır (8). Beck' e göre, stresli durumları takiben, bireyin bilgi işleme sürecindeki yanlılığı neticesinde olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkmakta ve böylece stres cevabında hatalar meydana gelmektedir. Bu da depresif semptomların ortaya çıkmasına katkı sağlamaktadır (9). Aldahadha ve Sulaiman üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları bir araştırmada, olumsuz otomatik düşüncelerle depresyon arasında artı yönde bir ilişki olduğunu ve olumsuz otomatik düşüncelerin, depresif belirtilere sebep olduğunu saptamıştır (7). Kwon, olumsuz otomatik düşüncelerin depresif belirtilerin ortaya çıkmasındaki rolünün yanı sıra depresyon seviyesini de etkileyebildiğini ortaya koymuştur (10). Wang ve ark. tarafından Çin'de yürütülen çalışmada, olumsuz otomatik düşüncelerin doğum öncesi depresyon ile ilişkili olduğu ve doğum öncesi depresyonla olumsuz hayat olayları arasında bir araç olduğu bulunmuştur (11). Choon ve ark. Tarafından Malezya'da adölesanlarda yapılmış bir çalışmada, olumsuz otomatik düşüncelerin, depresyonda ve intihar riskinde önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir (12). Du ve ark. olumsuz otomatik düşüncelerin sağlıklı bireylerde de depresyon semptomları üzerinde etkili olduğunu ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyonun ön belirleyicisi olabileceğini belirtmiştir (9). Aysan ve Bozkurt'un elde ettiği sonuca göre, depresyonun seviyesinin ilerlemesiyle olumsuz

otomatik düşünceler arasında artı yönde bir korelasyon vardır (13). Yukarıda ki araştırma sonuçları çerçevesinde, depresif kişilerin olumsuz otomatik düşüncelerinin belirlenmesi ve bu spontane gelişen düşüncelerini algılamalarının hastalığın seyri açısından önemli olabileceği söylenebilir. Bilinçli farkındalığın temel öğreti kavramlarından olan algılama ve algılananı kabullenme bu durumda faydalı olabilir.

Bilinçli farkındalık anda olup biten ne varsa yargısız ve açık olarak dikkatini vermek ve bu anda meydana gelenleri kabullenmektir (14). Yapılan çalışmalar bilinçli farkındalığın, depresyon ve olumsuz otomatik düşünceler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Demir'in araştırmasında, depresyon seviyesini düşürmede bilinçli farkındalığın etkin bir yol olduğu saptanmıştır (15). Hofmann ve ark. bilinçli farkındalığı arttıran girişimlerin, depresyon ve anksiyete semptomlarını düşürmede etkili olduğu saptanmıştır (16). Winnebeck ve ark. kronik depresyonu olan bireylerde bilinçli farkındalık girişimlerinin akut depresif durumu azaltmada önemli etkisinin olduğunu belirtmiştir (17). Ritvo ve ark. bilinçli farkındalığın, olumsuz otomatik düşünceleri azalttığı ve yaşam doyumunu arttırdığını saptanmıştır (18). Farokhzad ve Yazdanfar depresyon hastalarında yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık girişimlerinin olumsuz otomatik düşünceleri azalttığını saptanmıştır (19).

Depresyon hastalarında bilinçli farkındalığın sağlanarak olumsuz otomatik düşüncelerin azaltılmasında hastayla her an iletişimde olan psikiyatri hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin bilinçli farkındalığın önemini anlaması, hastalara fayda sağlamak amacıyla nasıl etkili bir şekilde kullanılması gerektiğini bilmesi, bilinçli farkındalık eğitimlerine katılması, klinikteki depresyon hastalarının iyileşme sürecinde ve hasta yakınlarının bakım yüklerinin azaltılmasında etkili olacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarının psikiyatri hemşirelerinin hasta gruplarıyla ilgili farkındalıklarının artırılması yönünde literatüre katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Bu araştırmanın amacı depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırmada şu soruya cevap aranmaktadır:

- Depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Tanımı

Depresyon(çökkünlük), derin kederli, bazen de hem kederli, hem sıkıntılı bir duygudurum ile beraber bireylerde konuşmada fakirlik, düşünceyle birlikte hareketlerde yavaşlama gibi durumlara ek olarak, durgunluk, değersizlik, küçüklük hissi, güçsüzlük, isteksizlik, karamsar duygu ve düşüncelerin hakim olduğu bir sendromdur (20). Süreğen hayal kırıklıkları ve engellenmeler karşısında duygusal bir tepkidir olarak depresyon açığa çıkar. Temel özelliği ise benlik saygısında azalma ve çökkünlüktür. Sıkça rastlanan bir rahatsızlıktır, belirtileri fazla olmakla birlikte karışıktır, yaşa bağlı değişebilen belirtileri de vardır (21). Çocukluk, ergenlik ve yaşlılık dönemlerinde başlayabilen depresyon, genel olarak 25-44 yaşları arasında ilk ortaya çıkışı diğer dönemlere nazaran daha fazla olmaktadır. Depresyon spontan, tetikleyici bir etken olmadan ortaya çıkabileceği gibi başka bir hastalığa sekonder, bazı ilaçların kullanımına bağlı, alkol kullanımına bağlı olarak, doğumun ardından ve zor bir hayat olayına tepki olarak da ortaya çıkabilmektedir (21). Depresyonun bir çok türü olması ile birlikte Majör Depresif Bozukluk içlerinde en fazla odaklanılan bozukluk olmuştur.

2.2. Depresyon Epidemiyolojisi

Psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yaygın olan hastalık majör depresif bozukluktur. Büyük çapta yapılmış çalışmalarda Amerika’da ve Avrupa ülkelerinde depresyon sıklığı %6,7-%87 arasında olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde ise bu sıklık %8-%20 arasında bulunmuştur (22). Depresyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık ve yaygın olduğu yapılan epidemiyolojik çalışmalardaki genel olarak varılan ortak bir sonuçtur. Kadınlarda depresyon görülme sıklığı erkeklerden iki kat fazladır; yaklaşık her on erkekten biri (%10) ve her beş kadından biri (%20) hayatının bir döneminde klinik depresyonla karşılaşmaktadır (22, 23). Ancak yaş ilerledikçe bu durum değişmekte olup oranlar birbirine yaklaşmaktadır. 2020 yılında depresyonun dünyada her iki cinsiyette ve bütün yaş gruplarında yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada konumlanacağı, 2030 yılında ise tüm dünyada HIV enfeksiyonunun ardından ikinci sırada, gelir düzeyi ileri olan ülkelerde de birinci sıraya yerleşeceği tahmin edilmektedir. Herhangi bir tıbbi tanıyla hastaneye yatan hastaların % 14’ünde de depresyon görüldüğü belirtilmiştir (23).

2.3. Depresyon Belirtileri

Depresyon duygusal, düşünsel, davranışsal ve bedensel olarak ayrılabilen birçok belirti içermektedir.

Duygusal değişiklikler. Bireyde çökkünlük, üzgün olma, çaresizlik ve umutsuzluk görülmeye başlamakta; özsaygıda ve kendine güvende azalmalar görülebilmektedir. Depresyon yaşayan çoğu bireyde değersizlik, makul olmayan aşırı pişmanlık ve suçluluk duyguları görülmektedir. Huzursuzluk, kolay kızma ve daha önceden hoşlanılan faaliyet ve etkinliklere karşı olan alakanın kaybolması da depresyonun duygusal belirtileri arasındadır.

Düşünsel değişiklikler. Düşünce sürecinin durması, kendileri ve dünya hakkında genel olumsuz düşüncelerin varlığı, tek bir olayı baz alarak yapılan genel olumsuz çıkarsamalar, küçük aksilikler üzerine odaklanma, karar verme zorluğu, bellek bozulmaları, düşünceleri özellikle bir konu üzerine odaklama konusunda zorluk ve en önemli belirtilerden olan intihar düşünceleri düşünsel olarak ortaya çıkabilmektedir.

Davranışsal değişiklikler. Kişisel bakımda özensizlik, sorumluluklarını ihmal etme, sosyal izolasyon eğilimi ve içine kapanma, insanlarla daha sık çatışma yaşama gibi belirtiler görülebilmektedir.

Bedensel değişiklikler. İlk öne çıkan bedensel belirtilerden birisi uyku bozukluğudur bununla birlikte yemek düzeninde bozulmalar da görülebilmektedir. Bu bozulmalarla hem uyku ve iştaha azalma hem de artma şeklinde karşılaşılmaktadır. Göze çarpan bir diğer belirti ise psikomotor retardasyon-ajitasyon. Cinsel istekte azalma veya tamamen isteksizlik olabilmekte; birey çoğu zaman yorgunluk hisseder ve gündelik bir işin yürütülmesi zordur ve bu işlerin çok çaba gerektirdiği hissiyatı ortaya çıkabilmektedir. Vücutta herhangi bir yerde yersiz ve tıbbi durumla açıklamak pek mümkün olmayan şikayetler ve ağrılar oluşabilmektedir (21, 22).

2.4. Depresyonun Etiyolojisi

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Genetik Faktörler: Genetik araştırmalar, depresyonun genetik yolla geçişini kanıtlamıştır. Özellikle ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda depresif bozuklukların gelişiminde genetik faktörün önemli bir rolü olduğu saptanmıştır.

Biyokimyasal Faktörler: Nöronların iletiminde görev alan nörotransmitterlerin anormal etkinliği, depresyona sebep olabilmektedir. Bazı özel nörotransmitterlerin seratonin ve

nörepinefrin gibi duygudurumun deęiřimiyle doęrudan iliřkili olduęu dūřunūlmektedir. Dopaminin de depresyonda rolū olabileceęine yōnelik gōrūřler ortaya atılmıřtır. Arařtırmalarda dopamin etkinlięinin manide yūkselmesi depresyondaysa azalması sōz konusudur.

Nōroendokrin Etkiler: Hormonlar insan psikolojisine etkileri vardır. Hormonal dalgalanmaların depresyon ūzerine etkileri; gūnūmūzde ūzerinde durulan ōnemli huřulardan birisidir. Bazı arařtırmalar; duygudurum bozukluklarının tiroid, adrenal bez ve paratiroid bezlerle iliřkin endokrin bozukluklarla beraber gōrūlebildięini belirtmiřtir. Strese yanıt olarak glukokortikoid aktivitenin ve kortizol sekresyonunun artıřının ōzellikle, ileri yař depresyon tanısı alan bireylerin %40'ında gōrūldūęu saptanmıřtır (23).

2.4.2. Psikososyal Faktōrler

2.4.2.1. Depresyon Kuramları

Psikoanalitik Kuram: Depresif hastalığın, yaşamın ilk altı ayı sırasına kendisi iēin ōnemli birinden ayrılmış olmanın bir sonucu olarak meydana geldiği ileri sūrūlmūřtur. Freud'a gōre, hayatın ilk yıllarında kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan hayal kırıklıkları, yetişkinlik yıllarında ambivalan yani hem olumlu hem olumsuz sevgi ilişkilerinin doğmasına sebep olarak depresyona yatkınlığa neden olmaktadır (24). Eriřkin yaşamında gerēek kayıp ya da kayıp tehdidiyle karşılaşma depresyonu tetikler. Freud, melankoliyi yastan ayırarak melankolik depresyonda kişinin ōfkesinin, kaybedilen imgesel nesnenin belirlenmesiyle iēsel olarak kendine yōneltildięini gōstermiřtir. Depresyona yatkınlığı olan kişiler oral bağımlı kişilerdir ve hayatın hangi dōneminde olursa olsun daimi bir narsistik doyum arayışı iēindedirler (22, 24). Sevgisiz kalmaları, ilgiden yoksun kalmaları ve terkedilmeye karşı aşırı duyarlılık onları depresyona sokar. Gerēek kayıplarda da yitirdikleri nesneyi iēselleřtirirler, introjekte ederler ve ōfkelerini iēselleřtirdikleri nesneye, dolayısıyla kendilerine yōneltirler. Bu ōz kıyım davranışlarına da neden olur. Baskıcı ūst benlik nedeniyle saldırgan duygularını dışa vurmayan kiři, bu duygularını kendine yōneltmektedir. Burada saldırgan dūrtūler ūst benlik ve benlik arasında çatışma yaratır, bu da kişide benlik saygısında dūřme, kendini değersiz olarak gōrme, suēlama, bir hiē olduğunu dūřünme ve giderek kendini yaşamaya layık olmayan biri olarak gōrmeyle sonuēlanır (22).

Davranıřcı Gōrūř: Depresyonu aēıklayan bir bařka gōrūř Martin Seligmanın ōęrenilmiř caresizlik gōrūřüdür. Ūē kōpek kafese koyularak birinci kōpek bir sūre bekletilip serbest

birakılmış, ikinci köpeğe pedala bastığında elektrik şokunu durdurabileceği bir düzen mekanize edilmiş, üçüncü köpeğe ise düzenek olmaksızın kafes içerisinde aynı dozda elektrik şoku uygulanmış bir süre sonra birinci ve ikinci köpeğin davranışları normal bulunmuş üçüncü köpeğin ise elektrik şoku uygulansa bile kaçma çabasını bıraktığı, teslim olduğu, üzüntülü ve durgun bir çaresizlik içine düştüğü görülmüş. Bu durum insanlardaki depresyona benzetilmiştir. Bu görüşe göre öğrenilmiş çaresizlik yaşayıp depresyona girmiş bireyler, geçmişlerinden beri olumsuz uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçıp kurtulmayı bilemeyen ve çaresiz kalıp çabalamanın faydasız olduğunu öğrenmişlerdir (20, 22).

Bilişsel (Cognitive) Görüş: Freud'un teorisinin aksine, Aaron Temkin Beck ve arkadaşları depresyonun temelde bilişsel bir bozukluk olduğunu ve düşüncelerin duyguları etkilediğini öne sürmüşlerdir. Duygudurumdaki bozukluk bu görüşe bilişsel bozukluğa ikincil gelişir. Çünkü duygular, düşünceler neticesinde oluştuğu varsayılır. Beck ve arkadaşlarına göre depresyona yatkınlık yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak oturmuş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz zihinsel yapıları vardır. Bu olumsuz zihinsel yapılar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara dönüşür. Kişi her olaydan önce olumsuz tarafları algılar ve düşünür. Bu düşünceler farkına varmadan otomatik olarak kişinin aklına gelir, çarpıtılmıştır, gerçekleri tam manasıyla yansıtmaz, engelleyicidir ve depresyonun devam etmesine neden olurlar. Herhangi bir durumun değişimi için harekete geçmeyi engellerler, sorgulamazlar, gerçeklere uygun ve doğruymuş gibi görünürler, bu sebepten doğruluğu sorgulanmaz, dirençlidir, akıldan uzaklaştırılmaları zordur. Bilişsel (cognitive) görüş depresyonun olumsuz otomatik düşünmenin sonucunda oluştuğunu savunur (22).

2.5. Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık 2500 yıl öncesinden Budistlerin psikoloji dili olan Pali dilindeki Sati kelimesinden almaktadır. Sati hatırlama, farkındalık ve dikkat manalarına gelir (25). Sati kelime kökü olarak hatırlamak anlamına gelse de bilinçli farkındalık modelinde zihinsel varoluş kavramını tanımlamaktadır (26). Bu modelin kavramsallaştırdığı çerçevede 'hatırlamak', sürekli anılarla iç içe olmak anlamına gelmez. Anıları kabullenerek dikkati şu andaki deneyimlere yeniden yönlendirme anlamına gelir (27). En yaygın haliyle tanımlanacak olursa bilinçli farkındalık anda olup bitene dikkatini vermek ve olayların farkında olma durumudur (28). Bilinçli farkındalık, tecrübelerimizden elde ettiğimiz acıyı azaltma kazanımları ile ilişkili olmanın ve olumlu

bir tavra evrilmenin temel bir yöntemidir (29). Kabat-Zinn'e göre, yargılamadan, şimdiki ana, amaçlı bir şekilde dikkat vermektir (30). Farkındalık (mindfulness), şimdiki anın deneyimlerini dikkat odaklanmasında önceleyen ve dahili deneyimlerin niteliklerinin gözlemlenmesini içeren zihinsel ve bedensel bir uygulamadır. Doğuda ki eski meditasyon uygulamaları günümüzde anladığımız farkındalık kavramının temelini oluşturmuştur. Farkındalık meditasyonu olarak adlandırılan bu pratikte, bu meditasyonda ilk bileşen olan farkındalığı beş fiziksel duyu, kinestetik duyu ve zihinsel faaliyetlerdeki uyarıların bilinçli olarak kaydedilmesiyle başlar. Çünkü farkındalık gerçeklik ile kişi arasındaki doğrudan ve ivedi bir temas olarak görülür. Bu uyarılara dikkat yeterli güce ulaştığında ikinci bileşen olan dikkat obje üzerine odaklanarak tezahür eder. Bütün bu içsel deneyimler gerçekleşirken, yargısızca ve kabullenmeyle gözlemlenir (31, 32).

Germer'e göre, bilinçli farkındalık anlarında benzer şekilde ortaya çıkan ortak özellikler vardır. Bu özellikler kısaca şunlardır:

- *Kavramsal değildir.* Bilinçli farkındalık, düşünce süreçlerimizdeki sezgisel farkındalıklarımızı ve yorumlarımızı çözümleyerek somutlaştırır.

- *Ana odaklıdır.* Bilinçli farkındalık daima şu andadır. Düşüncelerin içine dalmak bizi geçici olarak andan uzaklaştırır.

- *Yargılayıcı olmaz.* Eğer deneyimlerimizi beğenmezsek farkındalık özgürce gerçekleşemez.

- *Amaçlıdır.* Bilinçli farkındalıkta ki amaç, dikkati bir yere odaklama noktasında ki daimi gayreti içerir. Dikkatin şimdiki ana odaklanması, bilinçli farkındalığın zamanla kalıcı olmasını sağlar.

- *Katılımcılık içerir.* Bilinçli farkındalık çevremizde ve bedenimizde olanlara şahitliktir. Duygu-düşünce yani bedensel ve zihinsel aktiviteleri detaylı deneyimlemektir.

- *Sözel olmayan yapılardır.* Bilinçli farkındalık kelimelerin ifadesiyle belirtilen yapıdan ziyade kelime haline gelmeden zihinde oluşan niteliktedir.

- *Keşfe dayalıdır.* Algılamada ki ileri seviyelerin keşfini gerçekleştirilmektedir.

- *Özgürleştiricidir.* Bilinçli farkındalığın her anı biraz dahi olsa şartlanmış acıdan özgürleşmeyi sağlar, konforsuzluğumuz içerisinde bir alan oluşturur (33-35).

2.6. Bilinçli Farkındalığın Kuramsal Temeli

2.6.1. Psikodinamik Yaklaşım

Epstein, bilinçli farkındalığı Freud'un ortaya attığı "ideal mind" kavramıyla uyuşturduğunu belirtmiştir (36). Psikodinamik yaklaşımın temsilcileri bilhassa Jung' dan itibaren budist psikolojiye yöneldiği görülmüştür. Psikodinamik kuramı benimsemiş psikoterapistlerin terapi pratiklerinin bilinçli farkındalık pratikleriyle aynı nitelikte olduğu görülmüştür. Her iki pratikte de bilinçaltı süreçlere öncelik vermekle birlikte içsel deneyimleri keşfetmek, farkına varmak ve kabullenmenin değişim için gerekli olan ilk element olduğunu vurgulamak bakımından benzerlik gösterir (27).

2.6.2 Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı terapi pratiklerinde uygulanan değişim mekanizmaları farkındalık temelli terapilerde uygulanan duygu-dikkat düzenleme, metabiliş, maruz bırakma gibi uygulamalarla ortaklık içerdiğinden farkındalık temelli terapiler bilişsel davranışçı terapilerin 'üçüncü kuşak' yaklaşımı olarak kabul edilmektedir. (14). Bilişsel-davranışçı terapiler ve Budizm olayların ve çevremizin yorumlarımız ekseninde portre edildiğini yani "dünyayı düşüncelerimizle oluştururuz" görüşünü esas alırlar. Psikolojik problemlerin açıklanmasında bilişsel kuramın üzerine durduğu kavram bilişsel işlev kavramıdır; bu kavram üçleme şeklinde kişinin kendi özüne, çevresine, geçmiş ve gelecek ile ilgili yaşantı fikirlerine ilişkin düşünce ve yorumların tümünün oluşumudur. Bu kurama göre, olayları olduğumuz gibi yani olayı nasıl yorumladığımız ve olay hakkında ne düşündüğümüz, duygulanımımızda ve davranışlarımızda değişimin esası olan sebeptir. Özetle kişinin kendi düşüncelerini tarayıp gözlemlemesi değişimi başlatan bir anahtar olarak kabul edilir. (27).

2.6.3. Gestalt Kuramı

Gestalt kuramının ana hedeflerinden birisi farkındalığı arttırmaktır. Farkındalık kişinin kendi düşüncelerini ve duygularını analiz ederek "Şu anda ne yaşıyorum" sorusuna verdiği yanıtıdır. Bu kuramın öncülerinden olan Fritz Perls 'e göre, "Geçmiş son bulmuştur. Gelecek ise henüz gelmemiştir. Önemli olan içinden yaşadığımız şu andır." Bu kuram açısından kişinin geçmişe takılıp kalmaması gereklidir (37, 38).

2.7. Farkındalık Becerileri

2.7.1 Yarguların Farkında Olma;

Farkındalığın elde edilebilmesi için kişi yargularının farkında olmalıdır. Zihin geçmiş deneyimlerin oluşturduğu formülasyon ile duyumlardan elde ettiği verileri değerlendirme eğilimindedir. Bu deneyim formülüne konulan olaylar veya düşünceler doğru, yanlış ve nötr olmak üzere üç etikette ortaya koyabilir. Oto pilota alınmış olan beyindeki bu yargılama süreci zihinsel bir sınıflandırmayı meydana getirip tanımlanmayı kolaylaştırırsa da çoğu zaman kişiyi işlevsiz düşüncelerin içerisine sürükler. Bilinçli farkındalık bu noktada kişiye uygunsuz yargılamalardan uzak durmasını öte yandan bu yargılamaları yapmamasını hiçbir şey hakkında fikir elde etmemesini söylemez ancak bu yarguların farkına varıp onu geçmiş deneyimlerin elinden kurtararak cevap bulmamız gerektiğini öğretir. Eğer geçmiş deneyimler ışığında açığa çıkan yargılamalar sürekli hale gelirse bazı psikolojik rahatsızlıklara sebep olabilir. Beden dismorfik bozukluğu olan bir bireyin beden imajına yönelik fiziksel bir kusuru olsun veya olmasın işlevsiz yargılamaları veya depremden dolayı travma sonrası örselenme bozukluğuna sahip olan bir kişinin en ufak titreşim olsun veya olmasın olayı deprem senaryosuna evirmesi bu yargılamalara örnek olarak gösterilebilir (39,40).

2.7.2. Şimdiye Odaklanmak

Farkındalık sürekli biçimde şimdiye odaklanmak değildir çünkü sürekli anda kalabilmek güçtür. Geçmiş ve gelecek arasında gidip gelen zihinsel aktiviteyi şimdiye getirebilmek bilinçli farkındalığın en önemli anda kalabilme becerisidir. Gündelik hayatımızda örneğin yarın iş olduğunu bilerek uyuduğumuzda uykuyu değil işi düşünerek uyumamız, sabah uyanıp elimizi yüzümüzü yıkarken ütüyü düşünmemiz, yemek yerken yolu düşünmemiz veya sabah arkadaşımızla tartışıp gün boyu zihnimizi bu durumla meşgul etmememiz geçmişe ve geleceğe yönelme eğilimlerimizdendir (39, 40). Benzer durum daha ağır bir şekilde psikolojik problemlerde de görülür örneğin; depresif bozukluğu olan kişinin, kendisine verilen bir görevde ‘bardakların mutfağa taşınması gibi’ geçmişe dönerek bir bardak kırdığını düşünüp daha sonra geleceğe yönelerek bu bardakları da tıpkı o bardaklar gibi kıracağım düşüncelerine kapılarak kendini daha da kedere kaptırması örnek olarak söylenebilir. Panik bozukluk, stres ve fobilerde benzer süreçlerin yaşandığı rahatsızlıklardandır. Geçmişe ait hadiseleri değiştiremeyeceğimizin bilincindeyiz ancak zihinsel olarak onlara müdahale etmeyi yine de deneriz. Geçmişle

olan kantağımız hatıralar, anılar ve bunlardan çıkardığımız sonularladır. O sebepten bir düşünürün söylediği gibi ‘dne ait ne varsa söylenen dnde kaldı Şimdi yeni Őeyler söylemek lazım’ geçmişle mesafemizi korumalı Şimdiye odaklanmalı. Öte yandan gelecek ise meçhuldür. Herhangi bir Şeyin geliŐmesi pek mümkündür. GeçmiŐte ki olumsuz anıları izleyerek kederlenmek gibi kötü duygularla veya gelecek ile ilgili olumsuz beklenti ve zaten bir çoğu gerçekleŐmeyecek olaylarla Őimdiyi harcayarak tüketiriz (40).

2.7.3. Mesafe Koyma

Farkındalıkla birlikte gelişen becerilerden bir tanesi de mesafe koyma yeteneğidir. Bireyin duygularına ve düşüncelerine tarafsız kalmasını ve mesafe koyabilmesini sağlamaktadır. Bireylerin, özellikle hasta bireylerin bazı duygu ve düşüncelere yakınlık duyduğunu buna bağlı olarak, birçok psikolojik rahatsızlığın temelini bu Şekil geliŐtiđi düşünülmektedir (40). Bir depresyon hastasının, derin üzüntü, keder, değersizlik, umutsuzluk ve haz almama gibi duygularla karakterize görülmesi, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu gibi rahatsızlıklarda sürekli bir kaygı hali ve korkunun görülmesi örnek olarak gösterilebilir. Bu psikolojik problemlerin temelinde düşüncelerin gerçek oldukları düşünüp bunlara bağlanırlar böylece bu düşüncelere karşı tarafsızlıklarını ve mesafeyi koruma durumu bozulmuş olur (41). Bu sebepten mesafe koyamadıkları düşünceler, bireyin o andaki duygusal halinden etkilenmektedir. Mesafe koyma kişilerin düşünceleri benliğinden ayrı bir parça olduğunu anlamasını sağlar bu sayede bireyin duygu ve düŐünceleriyle arasına mesafe koyması beklenir (40,41).

2.7.4. Serbest Bırakma

Bireyler hayatlarında bir Őeylere tutunma, bazı duygu ve düşüncelere veya durumlara takılma yatkınlığımız vardır. Bilhassa bizi zorlayan yapılara karşın bu yatkınlık söz konusudur. Serbest bırakmak veya akışına bırakmak esasında tutunduğumuz düşünceleri yok saymak, unutmak, düŐünmemek veya hissetmemek değildir (40). Serbest bırakmak tutunduğumuz Şeylerin ne olduğunun farkına varıp onların geçmiş ve gelecekle olan bağını anlamak aynı zamanda onlarla özdeşim sağlamaktır. Aynı zamana da korku, keder ve anksiyete gibi duyguların temelini oluşturan otomatik düşünceler zihnimizde oluŐur. Bu düşünceler ‘hiçbir zaman başaramayacağım’, ‘insanlar benden nefret ediyor’, ‘değersizim’, ‘geleceğim kasvetli’ tarzında otomatik düşünce kalıpları zihnimizi doldurmaktadır. Eğer zihnimizdeki bu ileti kalıpları inandırıcı

hal alırsa kederli, mutsuz, anksiyeteli, stresli ve gergin duygular ruhumuza işleyerek kötüleşmesine sebep olabilir (41). Depresyon, panik bozukluk, obsesyon ve birçok diğer psikolojik problemler, rahatsızlık oluşturan duygu ve düşüncelerin takıntılı hale gelmesi, bastırma veya kaçınma çabaları gibi spontane tepkilerle ilişkilidir. Panik bozukluğu olan bir hastanın, olur olmadık yerde ve zamanda panik nöbet geçireceği endişesi bu kişide otomatik olarak hastaneye yakın bir yerde oturmalıyım düşüncesini açığa çıkarır (40, 41). Farkındalık bu düşüncelere, davranışsal bir tepkinin yerine akışına bırakarak yanıt verebilme yetisi sağlar (40).

2.7.5. Kabullenme

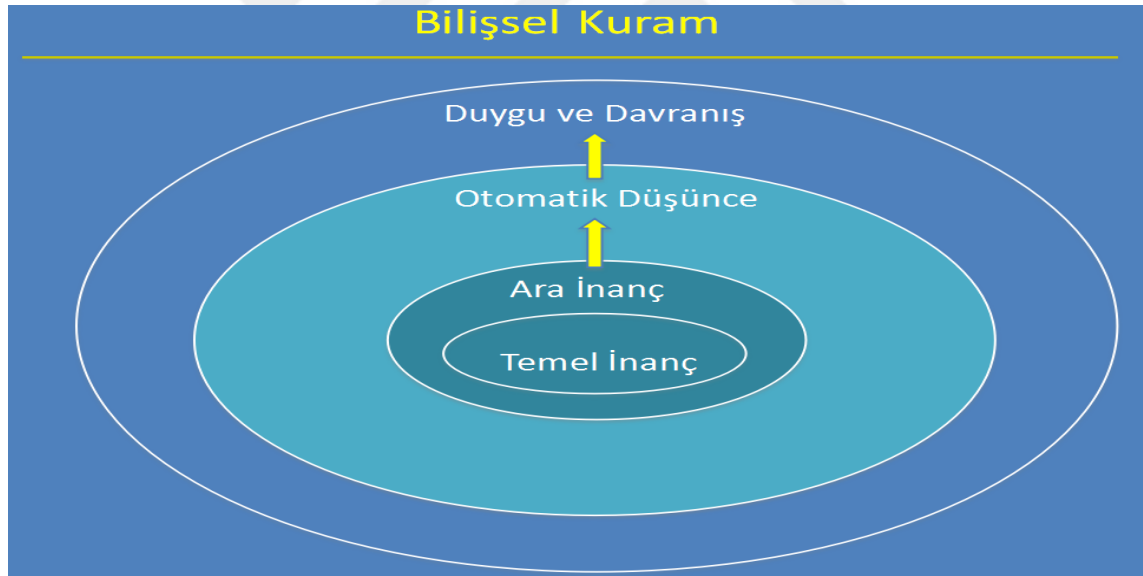
Farkındalığın en zor ve en önemli becerisi kabullenmedir. Deneyimleri kabul edici bir tavırla zihinsel olarak işlenmesidir. Kabullenme, bireylerde zevke ve sıkıntıya aynı oranda açık olmayı, kaybetmeyi tıpkı kazanmak gibi karşılamayı kolaylaştırır. Bu yönüyle kabullenme problematik haline bürünmüş duygu ve düşüncelerin üstesinden gelebilmemizi sağlar (40). Kabullenme yoluyla, içsel sıkıntılara neden olan duygu ve düşünceleri, bastırma ya da onlardan kaçınmak yerine, bu yaşantılara yaklaşılmaya çalışılır. Depresyon hastaları, kendilerini depresif duygu duruma sokan olaylar, kişiler ve çevresel faktörlerin ortadan kalkmasının depresyondan kurtulmanın yegâne yolu olduğunu düşünür (41). Ancak bu kendimize ve çevremize karşı duyduğumuz acımasız bir tepkidir. Düşünceleri veya duyguları yok etmenin mümkün olmadığını düşünürsek bu durumlarda bastırma ve reddetme yoluna gidilir ancak bunun da uzun vadeli getirisi fazlasıyla zarar olacaktır. Kişinin bu noktada ihtiyacı olan durum değerlendirmesi yapabilmesini kolaylaştıran kabullenme kavramıdır (40, 41). Kabullenme rahatsızlık veren, hoş gitmeyen olaylara, kişilere, durumlara karşı bir pes etme veya değişimden vazgeçme kararı değil, duygulara yer açmak ve bunlarla uzlaşabilme kabiliyetidir. Kabullenme, kişinin kendi özüne yönelttiği yargılayıcı ve değerlendirici tutumlardan ziyade nazik, anlayışlı, samimi, arzulu ve anda kalmaya odaklı olmasıdır. Farkındalık psikolojik problemlerde baş gösteren üzüntü, keder, endişe ve korkulardan kaçınmak yerine onlara yaklaşmayı ve kabullenmeyi barındırır (41). Olumsuz bir davranışı veya duyguyu değiştirmek için öncelikli olarak altında yatan düşüncenin değişmesi gerekmektedir. Düşüncenin değişmesinin ön koşulu ise kabullenmedir. Bilinçli farkındalık terapilerinin de önemli bir kısmını kabullenme oluşturmaktadır (40).

2.8. Olumsuz Otomatik Düşünceler

Olumsuz otomatik düşünceler, Albert Ellis ve A.T. Beck' in ortaya koymuş olduğu Bilişsel Teori veya Bilişsel Modelin temel kavramlarından bir tanesidir. Bu sebepten otomatik düşüncelerin anlaşılması için bilişsel modelle birlikte açıklanacaktır.

2.8.1. Bilişsel Model

Bireylerin duygu, davranış ve fizyolojisinin olaylar karşındaki algılamalarından etkilendiğini varsayan modeldir. Bilişsel model, hastaların duygu-durumunu ve davranışını etkileyen işlevsiz düşüncelerin bütün psikolojik sorunlarda yaygın olduğunu savunmaktadır (42). Beck' in ilk olarak sunduğu şekilde klinik bilişsel kuram, bireyin bilişsel yapısını kavramsallaştırmada bilişleri iki ana başlık altında incelemiştir: şemalar ve otomatik düşünceler. Şemaları da kurallar veya ara inançlar ve temel inançlar olarak iki alt başlığa ayırır (43). Bilişsel yapı aşağıdaki şekildeki gibi, en dıştan otomatik düşünceler, merkezinde temel inançlar ve ona bağlı gelişen ara inançlar olarak betimlenebilir.



Şekil 2.1. Bilişsel Model

2.8.2. Olumsuz Otomatik Düşünceler

Zihnimizdeki düşüncelerin bir kısmı yönlendirmemizle meydana gelen düşüncelerden oluşurken yaklaşık %13'lük kısmının niyetlenmeksizin kendiliğinden ortaya çıktığı yapılan bir çalışmada öne sürülmüştür. Bu şekilde ortaya çıkan düşünceler otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşüncelerin aklımıza kendiliğinden gelen, kişinin özellikle düşünmeyi istemediği ve ruhsal bozukluğu olan hastada farklılaşan düşünce

formu ise olumsuz otomatik düşüncelerdir. Olumsuz otomatik düşüncelerin özellikleri şu şekildedir:

- Kendiliğinden ortaya çıkar ve düşünmeye dayalı değildirler,
- Genellikle fark edilmezler, eşlik edilen duyguların farkında olunur, içerik ve anlamları açısından belli duygularla birleşiktir,
- Konuşma dili gibi değildirler, zihinde var oldukları için kısa ve uçuşan doğaları vardır; telegrafik formdadırlar,
- Kısa ve öz, çabuk geçen, steno şeklindedirler,
- Gramer kurallarına uygun değildirler,
- Sözel veya görsel kalıp şeklinde olabilirler,

Otomatik düşüncelerin üç tipi vardır;

1. En sık karşılaşılan olan türü; objektif delillerin oluşmasına karşın, bunun aksine, bir şekilde bozulmuş halde ortaya çıkmasıdır.
2. Bir diğer türünde ise otomatik düşünce doğrudur fakat kişinin veya hastanın vardığı sonuç bozulmuş olabilir. Örneğin, 'işe geç kaldım' geçerli bir düşüncedir ama sonuç 'bu sebepten kötü bir hemşireyim.' Olmamalıdır.
3. Otomatik düşüncenin son tipinde ise, düşünce yine geçerli olmakla birlikte işlevsizdir (42, 44).

2.8.3. Ara İnançlar (Kurallar)

Kişinin yaşantısıyla şekillenen ve köklü olan ara inançlar; tutumlar, kurallar ve varsayımlardan oluşmaktadır. Ara inançlar, yüzeysel olan otomatik düşüncelerden daha derininde bulunur ve kişiler çoğunlukla bu yapıları dile getirmezler. Aşağıdaki örnekte görüldüğü gibi ara inançlar, kişinin davranış ve duyguları üzerindeki düzenleyicidir ve bazen kişinin uyumunu bozucu ve işlevsiz niteliktedir. Bir anlamda da kişinin kalıplaşmış beklentileri, kuralları ve tecrübeleri olarak görülebilir (42,43).

Örnek: Tutum: 'Başaramamak berbat bir durum'

Kural: 'Mücadele çok büyük görünüyorsa vazgeç'

Varsayımlar: 'Zor bir işi yapmaya çalışırsam, başaramayacağım. Onu yapmaktan uzak durursam, okey olacağım.'

2.8.4. Temel İnançlar

İşlevsiz ara inançlar en temelde yer eden ve en önemli inanç düzeyi olan temel inançlara götürür. Temel inançlar büyük ölçekte kapsayıcı, katı ve fazlasıyla

genelleşmiştir. Temel inançlar kişilerin bireysel ve çevresinden gelen bilgiyi ne şekil düzenleyeceğini belirleyen, kişilerin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili yapısal varsayımlarından oluşan, tecrübeleri sonucunda oluşan bilişsel yapılardır (42). Hayatın erken dönemlerinden beri gelen tecrübeler ve çevredeki kendilerince mühim insanlarla özdeşim kurmasından kaynaklı oluşan temel inançlar, hayatın sonraki yıllarında benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Temel inançlar; ‘Yetersizim’, ‘Sevilmiyorum’ gibi koşulsuz mutlak önermeler şeklindedir (42,43).

Temel inanç: ‘Yetersizim.’



Ara İnançlar: ‘Mücadele çok büyük görünüyorsa, vazgeçmeliyim.’



Durum: Yeni bir metin okuma



Otomatik düşünceler: ‘Bu hakikaten çok zor. Hiç anlamıyorum. Bu konuda asla uzmanlaşamayacağım.’



Tepki:

Duygusal; cesaretini kırma

Fizyolojik; vücutta ağırlık

Davranış; görevlerden kaçır ve bunun yerine TV seyreder.

2.9. Depresyon, Olumsuz Otomatik Düşünceleri Azaltmada ve Bilinçli Farkındalığı Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Depresyon hastalığının her aşamasında psikiyatri hemşireliği önemli bir yere sahiptir. Depresyonun medikal tedavisinin ardından hastada depresif düşüncelerin azaldığı görülür. Ancak nüks etme oranı yüksek olan depresyon; bireylerde tedavinin ardından yaşanan moral bozucu tetikleyici bir olayın ardından depresif düşünme modu aktifleşerek tekrardan açığa çıkabilir. Depresif düşünme modu ‘ne yapsam da boş hiçbir

zaman iyi olamayacağım, hastayım’, ‘halsizim çok yorgunum, bitkinim, ‘bir şey yapmak istemiyorum’, ‘bunlar hep benim başıma geliyor’ formunda olumsuz otomatik düşünceler belirerek kişinin negatif moda dönmesine sebep olur (44). Olumsuz otomatik düşünceler bilişsel modelin bir kavramıdır, psikiyatri hemşirelerinin hastaların bu düşüncelerini belirlemesi açısından bilişsel modeli öğrenmesi elzemdir. Bu yüzden bilişsel modeli öğrenmesi bu alanda seminer, eğitim vb. katılması depresyon hastaları açısından önem arz etmektedir (42). Bununla birlikte kökü eskilere dayanan ancak modernize edilmiş ve bilimselleşmiş olan bilinçli farkındalığın tamda bu noktada depresyonun nüks etmesine aracı olan düşüncelerin, gelişip zihne yerleşmesini engeller. Hem depresyonun tedavisinde hem de nüks etmesinin engellemede faydalı olabilecek bilinçli farkındalık kavramının, girişimlerinin psikiyatri hemşireliğinde yer almasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeplerden ötürü psikiyatri hemşirelerinin bilinçli farkındalık ile ilgili eğitim almaları, depresyon hastalarına özellikle olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklığı fazla olan hastalara- pozitif katkı sağlayacağı ön görülmektedir (40).

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğinde Temmuz 2017-Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 1996 senesinde hizmete açılmıştır. Turgut Özal Tıp Merkezi 24.000 m² alan üzerine kurulu 126.000 m² toplam kapalı alana sahiptir. On altı katlı hastane kulesinde aktif hizmet veren merkez toplam 950 yatak kapasitesine sahiptir. Psikiyatri kliniği 52 yatak kapasitesine sahiptir. 14 hemşire, 7 öğretim üyesi, 13 asistan ve 8 diğer personel olmak üzere toplamda 42 sağlık personelinden oluşmaktadır. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde tedavi gören 700 yetişkin psikiyatri hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan güç analizinde 0.05 yanılğı düzeyi, 0.08 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil etme yeteneği ile örneklem büyüklüğü 151 psikiyatri hastası olarak belirlenmiştir. Hastalar olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

3.3.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- İletişime ve iş birliğine açık olma

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Anlama ve anlaşmayı zorlaştıracak ölçüde işitme ya da görme kusuru olmak,
- Bunama, psikoz, zeka geriliği vb. nedenlerle bilişsel yetersizliği olmak,
- Veri alınmasını güçleştirecek ya da engelleyecek ölçüde bedensel hastalığı olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-3), Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği (OODÖ) (EK-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri içeren toplam 8 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık süresi) oluşmuştur.

3.4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (EK-3)

Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Özyeşil ve ark. tarafından yapılmıştır. Altılı likert tipinde olan ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması bilinçli farkındalığın yüksek olduğu anlamına gelir. Ölçeğin geneline ait Cronbach Alpha katsayısı 0.80'dir. Bu araştırmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.4.3. Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği (OODÖ) (EK-4)

Holland ve Kendall tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin ilk Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1990 yılında Aydın ve Aydın tarafından ikinci defa geçerlilik ve güvenilirliği ise 1992 yılında Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır. 5'li likert türünden puanlama gerekmektedir. Tüm sorular düz puanlanmakta olup en düşük 30, en yüksek

150 toplam puan elde edilmekte 67 ve yüksek puanlar olumsuz otomatik düşünceleri yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0.96'dır. Bu araştırmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.93 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğindeki görüşme odalarında depresif bozukluğu olan hastalarla bire bir görüşülerek, araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Ortalama bir görüşmenin 25 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Bilinçli farkındalık ve olumsuz otomatik düşüncelerdir.

Bağımsız Değişken: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık süresi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında yüzdeler dağılım, ölçek toplam puan ortalamalarının hesaplanmasında aritmetik ortalama, ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemede ise Pearson Korelasyon testleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yürütüleceği kurumdan yasal izin (EK-6) alınmıştır. Formlar doldurulmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklanıp hasta veya hasta yakınlarından sözel izin alınmıştır. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikler verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (s=151)

| Tanıtıcı Özellikler | s | % |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Yaş Grupları | | |
| 18-28 | 33 | 21.8 |
| 29-39 | 34 | 22.5 |
| 40-50 | 38 | 25.2 |
| 51 ve üzeri | 46 | 30.5 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 79 | 52.3 |
| Kadın | 72 | 47.7 |
| Eğitim Düzeyi | | |
| Okur- yazar değil | 18 | 11.9 |
| Okur-yazar İlköğretim | 42 | 27.8 |
| Ortaöğretim | 27 | 17.9 |
| Yükseköğretim | 44 | 29.1 |
| Yükseköğretim | 20 | 13.2 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 109 | 72.2 |
| Bekar | 42 | 27.8 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 61 | 40.4 |
| Çalışmıyor | 90 | 59.6 |
| Gelir Düzeyini Algılama Durumu | | |
| Kötü | 64 | 42.4 |
| Orta | 58 | 38.4 |
| İyi | 29 | 19.2 |
| Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü | | |
| Var | 98 | 64.9 |
| Yok | 53 | 35.1 |
| Hastalık Süresi | | |
| 0-5 yıl | 95 | 62.9 |
| 6-11 yıl | 36 | 23.8 |
| 12-17 yıl | 12 | 7.9 |
| 18 yıl ve üzeri | 8 | 5.3 |
| TOPLAM | 151 | 100.0 |

Araştırmaya katılan hastaların %30.1' inin 51 ve üzeri yaş grubunda, %52.3' ünün erkek, %29.1' inin ortaöğretim mezunu, %72.2' sinin evli, %62.9' unun 0-5 yıldır hasta , %64.9' unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu saptandı. Hastaların %42.4' ünün gelir düzeyini kötü olarak algıladığı, %59.6' sının çalışmadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Hastaların Bilinçli Farkındalık ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar ve Ortalamaları Tablo 4. 2'te verilmiştir.

Tablo 4. 2. Bilinçli Farkındalık ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeklerinden Alınan Puanlar ve Ortalamaları (s=151)

| Ölçek | Min-Max Puan | Ort.±SS |
|---|--------------|--------------|
| Bilinçli Farkındalık Ölçek Toplam Puanı | 19-61 | 32.59±8.55 |
| Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçek Toplam Puanı | 63-141 | 109.06±15.07 |

Araştırmaya katılan hastaların, bilinçli farkındalık ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 32.59±8.55, olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 109.06±15.07 olduğu belirlendi. Hastaların bilinçli farkındalıklarının düşük, olumsuz otomatik düşüncelerinin yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Hastaların bilinçli farkındalık ölçeğinin toplam puan ortalaması ile olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinin toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

| | Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği Toplam Puanı |
|---|---|
| Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanı | r |
| | -0.75 |
| | p |
| | 0.000 |

Araştırmaya katılan hastaların, bilinçli farkındalık ölçeğinin toplam puan ortalaması ile olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinin toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların bilinçli farkındalığı azaldıkça olumsuz otomatik düşünceleri artmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bilinçli Farkındalığın Olumsuz Otomatik Düşüncelere Etkisinin Regresyon Analizi ile Açıklanması

| Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği Toplam Puanı | | | | | | | |
|--|------|----------------|---------|----------|--------------|----------|---------|
| Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanı | R | R ² | β | <i>t</i> | p | df1, df2 | F |
| | 0.75 | 0.56 | -0.75 | 13.861 | 0.000 | 1.149 | 192.121 |

Araştırmada hastaların bilinçli farkındalığı olumsuz otomatik düşünceleri açıklamada istatistiksel öneme sahiptir ($p<0.05$). Bilinçli farkındalık olumsuz otomatik düşüncelere %56 oranında açıklamaktadır (Tablo 4.4).

5. TARTIŞMA

Depresyon hastalarında olumsuz otomatik düşünceler ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırma neticesinde çıkan bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan depresyon hastalarının çoğunun erkek, 51 yaş ve üzeri, ortaöğretim mezunu, evli ve bir işte çalışmıyor olduğu ayrıca gelir durumlarını kötü olarak tanımladıkları, ailede ruhsal hastalık öykülerinin olduğu ve hastalık süresinin 0-5 yıl aralığında olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.1). Literatüre bakıldığında depresyon bazı toplumlarda kadınlarda erkeklere oranla daha fazla karşılaşılan bir hastalık olduğu görülse de (1-5) Bar ve ark. bilinçli farkındalık ve depresyonla ilgili yapmış oldukları bir çalışmada çoğunluğun erkek, evli ve eğitim düzeylerini orta bulmuştur. Depresyonla ilgili yapılan diğer çalışmalarda sosyo- ekonomik düzeyi düşük ve işsiz olan bireylerin sayısının fazla olduğu saptanmıştır (45). Bu çalışmada, erkeklerin fazla çıkmasının sebeplerinden biri olarak Helvacı ve ark. çalışmasında belirtildiği gibi yaş ilerledikçe depresyonda cinsiyet farkının azalması söylenebilir (6). Ayrıca çalışmanın yapılmış olduğu toplumda psikiyatrik tanı almanın kadınlar açısından evlilik gibi sosyal olaylara engel teşkil edebilecek bir durum olabilmesi nedeniyle kliniğe yatmak istememe durumunun olabilme ihtimali olarak söylenebilir. Bu sonuçlara göre çalışmanın geneli literatürle paralellik göstermektedir.

BİFÖ toplam puan ortalaması 32.59 ± 8.55 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). BİFÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında; hastaların bilinçli farkındalıklarının düşük olduğu bulunmuştur. Brown & Ryan'ın yapmış oldukları çalışmada, farkındalığın depresyon seviyesinde azalma ile ilişkili olduğu görülmüştür (28). Deng ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma sonuca göre, bilinçli farkındalık puanı azaldıkça depresyon seviyesi artmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmada Bajaj ve ark. bilinçli farkındalık ile depresyon arasındaki negatif korelasyon olduğunu saptamıştır (46). Bowlin ve Baer, bilinçli farkındalığın psikolojik iyi oluş haliyle pozitif, depresyon ve anksiyeteye ise negatif bir korelasyonu olduğunu çalışmalarında saptamıştır (47). Demir'in yapmış olduğu deneysel bir çalışmada, bilinçli farkındalığı arttıran girişimlerin depresyon seviyesini anlamlı düzeyde azalttığı belirtilmiştir (15). Arslan yapmış olduğu çalışmada, bilinçli farkındalığın artmasıyla depresyonun azaldığını tespit etmiştir. Araştırmanın sonucu literatürle paralellik göstermektedir (48). Genel olarak bakıldığında bilinçli farkındalığın anda kalma, yargısızlık, kabullenme gibi ilkelerinin depresif semptomlar ve

duygular ile baş etmede önemli rolü olabileceği düşünülebilir. Bunun yanında farkındalığın, depresyon açısından en önemli uygulaması, depresif zihnin, kendisinin farkında olmasıdır. Farkındalıkta, farkına varmak ve kabullenmek değişimden önce gelmektedir. Depresyondaki kişi zor ve buhranlı dönemler geçirmektedir. Bu dönemlerde bireyin zihnindeki depresif düşünceleri hakkında elde edilecek bilgiler çok önemlidir. Hastalarla yakından ve sürekli iç içe olan hemşirelik profesyonelleri bu durumda hastayı iyi değerlendirmeli, gerekli notları tutmalıdır. Bilinçli farkındalık olmaksızın hasta, depresyonlu düşüncelere doğru yol alabilir. Bilinçli farkındalık uygulamaları esnasında hastaya, “Bunlar olumsuz otomatik düşünceler” veya “depresif düşünceler” diyerek durumunu hatırlatıp farkındalık sağlamak faydalı olacaktır. Bu sayede olumsuz düşünceler ile hareket etmeyi veya bu tarz düşüncelere inanmayı bir kenara koyması sağlanmış olunabilir.

Araştırmada hastaların, olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 109.06 ± 15.07 olduğu belirlendi. Ölçek toplam puanına göre araştırmaya katılan hastaların olumsuz otomatik düşüncelerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aldadha ve Sulaiman depresyon ve olumsuz otomatik düşünceler arasında pozitif bir korelasyon bulmuştur. Clarke ve Goosen otomatik düşünce frekansının artmasının depresif belirtileri de arttıracığını saptamıştır (49). Yıldız çalışmasında olumsuz otomatik düşüncelerin depresyonun yordayıcısı olduğunu tespit etmiştir (8). Araştırmanın sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların, bilinçli farkındalık ölçeğinin toplam puan ortalaması ile olumsuz otomatik düşünceler ölçeğinin toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Hastaların bilinçli farkındalığı azaldıkça olumsuz otomatik düşüncelerin arttığı söylenebilir. Depresyonun etiyojisi ve ilerleyişiyle yakın ilişkisi bulunan olumsuz otomatik düşüncelerin, bilinçli farkındalık ile çıkan sonucuna göre bilinçli farkındalığı arttıran girişimlerin, olumsuz otomatik düşünceleri değiştirebileceği ve buna bağlı olarak depresyonun seviyesinin, kronikleşmesinin ve ortaya çıkmasının olumlu yönde değişebileceği öngörülebilmektedir. Frewen ve ark. yürütmüş oldukları çalışmada mental süreçlere odaklanma becerisini arttıran ve rahatlama sağlayan bilinçli farkındalığın, kişilerin olumsuz otomatik düşüncelere daha az bağlı olacağını saptamıştır (50). Klinikte yatan depresyon hastalarının bakımı ve tedavisi açısından önemli role sahip psikiyatri hemşirelerinin bilinçli farkındalık ile ilgili bilgilerinin ve becerilerinin artması özellikle otomatik düşünceleri olan hastalara olumlu yönde katkı sağlamada önemli rolü olacağı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ❖ Hastaların Bilinçli Farkındalık Ölçek toplam puan ortalamasına göre bilinçli farkındalıklarının düşük düzeyde olduğu,
- ❖ Hastaların Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçek toplam puan ortalamasına göre olumsuz otomatik düşüncelerinin yüksek düzeyde olduğu,
- ❖ Hastaların bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu,

saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Depresyon hastalarına bakım veren hemşirelerin bilinçli farkındalık ile ilgili eğitimlere katılması,
- Depresyon hastalarının bulunduğu psikiyatri kliniklerinde bilinçli farkındalık temelli uygulamalara yer verilmesi,
- Araştırmanın diğer ruhsal hastalık gruplarında yapılması,
- Araştırmanın deneysel ve kontrol gruplu daha geniş kitleleri temsil edilecek şekilde yapılması,
- Araştırmanın daha geniş ölçekli, deneysel ve kontrol gruplu yapılması,

önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013, 34: 119-38.
2. Aydın Aşık E, Çöldür EÖ, Aydemir Ö. DSM-5 düzey 2 depresyon erişkin ölçeği türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017, 18: 57-62.
3. McIntyre RS, Filteau MJ, Martin L, Patry S, Carvalho A, Cha DS, Barakat M, Miguelez M. Treatment-resistant depression: Definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Dis* 2014, 156: 1-7.
4. World Health Organization. The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 25/11/2019
5. World Health Organization. Global Burden Of Disease 2004 Update. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1 25/11/2019
6. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *J Contemp Med* 2016, 6: 51-66.
7. Aldadha BM, Sulaiman SM. The relationship between automatic negative thoughts and depression among a sample of university of mizwa students. *J Educ Psychol Stud* 2012, 1: 12-22.
8. Yıldız M. The effect of dysfunctional attitude and negative automatic thoughts on depression in university students. *Ulusal Eğitim Akademi Dergisi* 2017, 1: 1-7.
9. Du X, Luo W, Shen Y, Wei D, Xie P, Zhang J, Zhang Q, Qiu J. Brain structure associated with automatic thoughts predicted depression symptoms in healthy individuals. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2015, 232: 257-63.
10. Kwon S-M, Oei TP. Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognit Ther Res* 1992, 16: 309-28
11. Wang Y, Wang X, Liu F, Jiang X, Xiao Y, Dong X, Kong X, Yang X, Tian D, Qu Z. Negative life events and antenatal depression among pregnant women in rural china: the role of negative automatic thoughts. *Plos One* 2016, 11: 1-14.

12. Choon MW, Talib MA, Yaacob SN, Awang H, Tan JP, Hassan S, Ismail Z. Negative automatic thoughts as a mediator of the relationship between depression and suicidal behaviour in an at-risk sample of malaysian adolescents. *Child and Adolescent Ment Health* 2015, 20: 89-93.
13. Aysan F, Bozkurt N. Bir grup üniversite öğrencisinin kullandığı başa çıkma stratejileri ile depresif eğilimleri ve olumsuz otomatik düşünceleri arasındaki ilişki. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2000, 12: 25-38.
14. Çatak PD, Ögel K, Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri* 2010, 13: 85-91.
15. Demir V. Bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi programının bireylerin depresif belirti düzeyleri üzerine etkisi. *Psikoloji Çalışmaları* 2015, 35: 15-26.
16. Hofmann SG, Gomez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am* 2017, 40: 739-49.
17. Winnebeck E, Fissler M, Gärtner M, Chawick P, Barnhofer T. Brief training in mindfulness meditation reduces symptoms in patients with a chronic or recurrent lifetime history of depression: a randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2017, 99: 124-30.
18. Ritvo P, Vora K, Irvine J, Mongrain M, Azargive S, Azam MA, Pirbaglou M, Guglietti C, Wayne N, Perez DF, Cribbie R. Reductions in negative automatic thoughts in students attending mindfulness tutorials predicts increased life satisfaction. *Int J Educ l Psychol* 2013, 2: 272-96.
19. Farokhzad P, Yazdanfar T. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on reduction of negative automatic thoughts of depressive patients. *Int J Advan Soc Scien* 2016, 2: 165-73.
20. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 12. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri 2014: 337-427.
21. Köroğlu E. *Depresyon nedir? Nasıl baş edilir ?*, 2. Baskısı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2006.
22. Koç M, Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. İçinde: Gürhan N (Editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 475-538.

23. Engin E. Depresyon Hastalıkları. İçinde Çam O., Engin, E. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık. 2014; 275-312.
24. Blackburn IM. Depresyon Kuramları. İçinde: *Depresyon ve Başa Çıkma Yolları*, Şahin NH, Rugancı RN (Çeviri Editörü). *Coping With Depression*, Blackburn IM. 2 Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2011: 20-110.
25. Germer C, What is mindfulness?. *Insight J* 2004, 22: 24-9.
26. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeğinin türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 2011, 36: 224-35.
27. Özyeşil Z. *Özanlayış ve Bilinçli Farkındalık*, 1. Baskı, Ankara, Maya Akademi, 2011 5-79
28. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Personal Soc Psychol* 2003, 84: 822-48.
29. Siegel RD, Germer CK, Olendzki AD. Mindfulness: What is it? Where Did it come from? In: Didonna F (Ed). *Clinical Handbook of Mindfulness*, 1sted. New York, Springer Science, 2009: 17-37.
30. Kabat-Zinn J. Mindfulness for beginners: reclaiming the present moment- and your life, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=moJ5CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=kabat+zinn+mindfulness&ots=dXPoF5TCKi&sig=X6_91U1cwOZeYFDqGCZJHce4hL8&redir_esc=y#v=onepage&q=kabat%20zinn%20mindfulness&f=false 24/05/2012.
31. Kabat-Zinn J, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, 3rd ed. New York, Bantam Dell, 2005: 34-5.
32. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations evidence for its salutary effects. *Psychol Inquiry* 2007, 18: 211-37.
33. Germer CK. Mindfulness, In: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR (eds). *Mindfulness and Psychotherapy*, 1sted. New York, Guilford, 2013: 3-35.
34. Germer CK. Mindfulness? What Does It Matter?, In: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR (eds). *Mindfulness and Psychotherapy*, 2nded. New York Guilford, 2005 3-35.

35. Özyeşil Z. Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.
36. Epstein M. Going to Pieces Without Falling Apart, 1sted. New York, Broadway Books, 1999: 15-100
37. Ülev E. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı Ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.
38. Demir V. Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programlarının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Arel Üniversitesi, 2014.
39. Tuncer N. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Belirlenen Sosyal Anksiyete Düzeylerine Göre Bilinçli Farkındalık Ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi, 2017.
40. Atalay Z. Mindfulness *Şimdi ve Burada Bilinçli Farkındalık*, 3. Basım, İstanbul, Psikonet Yayınları, 2018: 5-89.
41. Şenormancı Ö, Konkan R, Gönüllü Güçlü O, Sungur, MZ. Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4: 335-349.
42. Beck JS,. Bilişsel Kavramsallaştırma İçinde: *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi*, Şahin M. (Çeviri Editörü). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, Beck JS. 2. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., 2018: 30-45.
43. Türkçapar MH. *Bilişsel Davranışçı Terapi*, 11. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2018: 108-14.
44. Türkçapar MH. *Depresyon*, 4. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2018: 222-25

45. Barr N, Keeling M, Castro C. Associations Between Mindfulness, PTSD, and Depression in Combat Deployed Post-9/11 Military Veterans. Springer, 2019, 10 2403-14
46. Bajaj B, Robins RW, Pande N. Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences* 2016, 96:127-31.
47. Bowlin SL, Baer RA. Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences* 2012, 52: 411-5.
48. Arslan I. Bilinçli farkındalık, depresyon ve algılanan stres arasındaki ilişki. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi* 2018, 8: 73-86.
49. Clarke D, Goosen T. The mediating effects of coping strategies in the relationship between automaticnegative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 2009, 46: 450-4.
50. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partridge K. Letting go: mindfulness and negative automatic thinking. *Cognit Ther Res* 2008, 32: 758-74.
51. Hollon S, Kendal P. Cognitive self-statement in depression: clinical validation of an automatic thoughts questionnaire. *Cognit Ther Res* 1980, 4: 383-95.
52. Şahin NH, Şahin N. Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirliği. *J Clin Psychol* 1990, 48: 334-40.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

7 Kasım 1994 tarihinde Adıyaman'ın Besni ilçesinde doğdu. İlköğretimini Besni Atatürk ilköğretim okulunda, Ortaöğretimini Besni Mustafa Erdemoğlu anadolu lisesinde tamamladı. 2013 yılında Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. Yükseköğrenimi esnasında Erasmus+'a katılarak bir kısım öğrenimine Polonya'da Varşova Üniversitesi'nde devam etti. 2017 yılında mezun oldu ve aynı yılın ekim ayında Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı. 2017 Eylül ayında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hemşirelik anabilim dalında yüksek lisans yapmaya başladı. 2017 yılında YÖK DİL'den 78.750 aldı. Halen Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışmada amaç depresyon hastalarında bilinçli farkındalık ile olumsuz otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Sizden elde edeceğimiz bilgiler tarafımızca gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Mehmet Osman AYHAN

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 18-28 b) 29-39 c) 40-50

2. Cinsiyetiniz Nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3. Medeni Durumunuz Nedir?

- a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim Düzeyiniz Nedir?

- a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Üniversite ve üzeri

5. Gelir Durumunuz Nedir?

- a) Kötü b) Orta c) İyi

6. Çalışma Durumunuz Nedir?

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Ailenizde Ruhsal Hastalık Öyküsü Var mı?

- a) Var b) Yok

8. Hastalık Süreniz Nedir?

- a) 0-5 yıl b) 6-11 yıl c) 12-17 yıl d) 18-23 yıl

EK-3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyun ve size uygunluk derecesine göre cevap seçeneklerinden birini işaretleyin.

| | Hemen hemen her zaman | Çoğu zaman | Bazen | Nadiren | Oldukça seyrek | Hemen hemen hiçbir zaman |
|---|-----------------------|------------|-------|---------|----------------|--------------------------|
| 1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim. | | | | | | |
| 2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim. | | | | | | |
| 3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım. | | | | | | |
| 4. Gideceğim yere yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim. | | | | | | |
| 5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır. | | | | | | |
| 6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum. | | | | | | |
| 7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum. | | | | | | |
| 8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm. | | | | | | |
| 9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam. | | | | | | |
| 10. İşleri veya görevleri şu an ne | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| yapıyor olduğumun farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım. | | | | | | |
| 11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum. | | | | | | |
| 12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşıyorum. | | | | | | |
| 13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum. | | | | | | |
| 14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum. | | | | | | |
| 15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum. | | | | | | |

EK-4. Olumsuz Otomatik Düşünceler Ölçeği

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak bu düşüncenin SON BİR HAFTA içinde AKLINIZDAN NE SIKLIKTA GEÇTİĞİNİ işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1=Hiç 2=Ender Olarak 3=-Arada Sırada 4=Sıklıkla 5=Hep aklımdaydı

1 2 3 4 5

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor. | | | | | |
| 2 | Hiçbir işe yaramıyorum. | | | | | |
| 3 | Neden hiç başarılı olamıyorum? | | | | | |
| 4 | Beni hiç kimse anlamıyor. | | | | | |
| 5 | Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu. | | | | | |
| 6 | Devam edebileceğimi sanmıyorum. | | | | | |
| 7 | Keşke daha iyi bir insan olabilseydim. | | | | | |
| 8 | Öyle güçsüzüm ki... | | | | | |
| 9 | Hayatım istediğim gibi gitmiyor. | | | | | |
| 10 | Kendimi düş kırıklığına uğrattım. | | | | | |
| 11 | Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı. | | | | | |
| 12 | Artık dayanamayacağım. | | | | | |
| 13 | Bir türlü harekete geçemiyorum. | | | | | |
| 14 | Neyim var benim? | | | | | |
| 15 | Keşke başka bir yerde olsaydım. | | | | | |
| 16 | Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 17 | Kendimden nefret ediyorum. | | | | | |
| 18 | Değersiz bir insanım. | | | | | |
| 19 | Keşke birden yok olabilseydim. | | | | | |
| 20 | Ne zorum var benim? | | | | | |
| 21 | Hayatta hep kaybetmeye mahkumum. | | | | | |
| 22 | Hayatım karmakarışık. | | | | | |
| 23 | Başarısızım. | | | | | |
| 24 | Hiçbir zaman başaramayacağım. | | | | | |
| 25 | Kendimi çok çaresiz hissediyorum. | | | | | |
| 26 | Bir şeylerin değişmesi gerek. | | | | | |
| 27 | Bende mutlaka bir bozukluk olmalı. | | | | | |
| 28 | Geleceğim kasvetli. | | | | | |
| 29 | Hiçbir şey için uğraşmaya değmez. | | | | | |
| 30 | Hiçbir şeyi bitiremiyorum. | | | | | |

EK-5. Etik Kurul İzni

| T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu) | | | |
|--|---------------|---|-----------|
| Oturum Tarihi | Oturum Sayısı | Karar Sayısı | |
| 06.11.2018 | 20 | 2018/20-9 | |
| <p>Karar No: 2018/20-9: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 06.11.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üy. Funda KAVAK BUDAK'ın, sorumlu araştırmacı olduğu; Gaziantep Dr. Ersin ARSLAN Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşire Mehmet Osman AYHAN'ın, yardımcı araştırmacı olduğu; “Depresyon Hastalarında Bilinçli Farkındalık İle Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki ” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p> | | | |
| Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı | | | |
| Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd. | KATILDI | Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi | KATILMADI | Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof. Dr. Sermin TİMUR TASHAN Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi | KATILMADI |

EK-6. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/11/2018-E.91805

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 93721293-770
Konu : Mehmet Osman AYHAN

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 03/10/2018 Tarih ve E.75426 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Mehmet Osman AYHAN' ın; "Depresyon Hastalarında Bilinçli Farkındalık ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmasını yapması Anabilim Dalımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Süheyla ÜNAL
Anabilim Dalı Başkanı

Tötm
Telefon No: 3410660 Faks No: 3410036
E-Posta: psikiyatri@inonu.edu.tr İnternet Adresi:
<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/psikiyatri>

Bilgi İçin: Esengül KURT
Unvan: Sekreter
Telefon No: 4223410660