



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN
DEPRESİF BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIĞI
VE SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ**

DUYGU AYAR

**DOKTORA TEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2018

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN
DEPRESİF BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIĞI VE
SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ**

DUYGU AYAR






DOKTORA TEZİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANLARI
DOÇ. DR. SELMA SABANCIOĞULLARI
DOÇ. DR. TAHSİN İLHAN**

SİVAS-2018

“Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi” adlı **Doktora Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU	
Üye	Prof. Dr. Havva TEL	
Üye	Doç. Dr. Nuran GÜLER	
Üye	Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN	
Üye (Danışman)	Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI	

ONAY

Bu tez çalışması, 29.06.2018 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmam süresince benden desteğini esirgemeyen ve gelişimime katkı sağlayan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI ve Sayın Doç. Dr. Tahsin İLHAN'a,

Destekleri ve yol göstericilikleri ile bana katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Havva TEL ve Doç. Dr. Nuran GÜLER hocalarıma,

Depresif bireyler için çözüm odaklı yaklaşım programının geliştirilmesinde değerli önerilerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Tahsin İLHAN, Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurcan AKGÜL DÜNDOĞDU ve Dr. Öğr. Üyesi Nevin DÖLEK'e,

Benimle çalışmayı kabul eden sevgili ve saygıdeğer tüm hastalarım ve yakınlarına,

Uygulama sürecimde kurumsal izin veren ve desteğini esirgemeyen Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görevli meslektaşlarıma,

Çalışmamı destekleyen Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı'na,

Tez analizimde desteğini ve katkısını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Osman DEMİR'e

Benim canım anneme, canımın içi kardeşime ve canımın özü kızıma destek ve sabırlarından dolayı sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN DEPRESİF BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIĞI VE SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Duygu AYAR

Doktora Tezi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI,

2018, 162 sayfa

Araştırma çözüm odaklı yaklaşımın depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma tekrarlı ölçümlerin olduğu deneysel araştırmadır. Araştırmanın örneklemini (çalışma grubu 31- kontrol grubu 31) 62 birey oluşturmuştur. Araştırma verileri Beck Depresyon Envanteri, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği ve İntihar Olasılığı ölçeği ile toplanmıştır. Çalışma grubu ile “Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi” temelli en az altı en fazla on görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler 20 günlük zaman diliminde sona ermiştir. Kontrol grubundaki depresif bireyler rutin klinik bakım almıştır. Tekrarlı ölçümler; müdahale öncesi, müdahaleden bir hafta sonra, bir ay ve üç ay sonrasında yapılmıştır. Veriler, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmada, çalışma ve kontrol grubunun müdahale öncesi sosyal işlevsellik düzeyleri benzerken ($p>0.05$), müdahale sonrası, bir ay ve üç ay sonrası ölçümlerde çalışma grubunun sosyal işlevsellik düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0.001$). Müdahale sonrası çalışma grubunun sosyal işlevsellik düzeyi artarken ($p<0.001$), kontrol grubunun aynı kalmıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde, çalışma ve kontrol grubunun müdahale öncesi intihar olasılığı genel puan ortalamaları benzerken ($p>0.05$), müdahale sonrası, bir ay ve üç ay sonrası ölçümlerde çalışma grubunun intihar olasılığı genel puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ($p<0.001$). Müdahale sonrası çalışma grubunun intihar olasılığı genel puan ortalamaları azalırken ($p<0.001$), kontrol grubunun aynı kalmıştır ($p>0.05$). Bu araştırma “Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi”nin depresif bireylerin intihar olasılığını azalttığını ve sosyal işlevsellik düzeyini artırdığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çözüm Odaklı Yaklaşım, Depresyon, Sosyal İşlevsellik, İntihar Olasılığı, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

THE EFFECTS OF SOLUTION FOCUSED APPROACH TO DEGREE OF SUICIDE POSSIBILITY AND SOCIAL FUNCTIONALITY OF DEPRESSIVE PERSONS

Duygu AYAR

Ph.D. Thesis

Department of Nursing of Mental Health And Psychiatric
Supervisor: Associate Prof. Selma SABANCIOĞULLARI,
2018, 162 pages

The research aim is to investigate the solution focused approach to the impact of the level of suicide probability and social functioning in depressive persons. The research is experimental study with repeated measurements. Sample of the research formed 31 persons in the intervention group and 31 persons in the control group. The research data were collected Beck Depression Inventory, Social Adaptation Self Assessment Scale and Suicide Probability Scale. In the intervention group, the solution focused interviews be formed at least six and at most twelve interviews. The interview ended in 20-days. Depressive individuals in the control group received routine clinical care. Repeated measurements were evaluated before intervention, one week after intervention, one month after the intervention and three months after the intervention. The data were evaluated with two-way variance analysis for repeated measures and significance test for the difference between two means. In the study, the level of social functioning of the intervention and control group before the intervention was similar ($p>0.05$), the level of social functioning of the intervention group was significantly higher than the control group after the intervention, one month and three months after the intervention ($p<0.001$). While the social functioning level of the intervention group increased ($p<0.001$), the control group remained the same ($p>0.05$). Likewise, the prevalence of suicide prevalence of the study and control groups was similar to the overall score averages ($p>0.05$), after the intervention, one month and three months later, the study group's suicide probability was significantly lower than the control group ($p<0.001$). After the intervention, the probability of suicide of the study group decreased ($p<0.001$), while the control group remained the same. This research has shown that "Solution Focused Approach Intervention" reduces the probability of suicide of depressed individuals and prevents the level of social functioning ($p>0.05$).

Keywords: Solution Focused Approach, Depression, Social Functionality, Suicide Possibility, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
TABLO DİZİNİ	x
ÇİZELGE DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Depresyon Tanım, Epidemiyoloji ve Etiyolojisi	6
2.1.1. Depresyon Belirtileri	9
2.1.2. Depresyon ve Sosyal İşlevsellik	10
2.1.3. Depresyon ve İntihar	11
2.1.4. Depresyon Tedavisi	12
2.2. Çözüm Odaklı Yaklaşım	13
2.2.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Temel Felsefe	14
2.2.2. Çözüm Odaklı Varsayımlar	15
2.2.3. Çözüm Odaklı Yaklaşımla İlgili Diğer Önemli Kavramlar	15
2.2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım Teknikleri	16
2.2.5. Çözüm Odaklı Yol Haritası	19
2.2.6. Çözüm Odaklı Yaklaşım İlk Oturum Ve Diğer Oturumlar	20
2.3. Çözüm Odaklı Hemşirelik	21
2.4. Çözüm Odaklı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evreni	29
3.4. Araştırmanın Örnekleme	29
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	34
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.7. Uygulama	38
3.7.1. Hazırlık Aşaması	38
3.7.2. Depresif Bireyler için Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı	39
3.7.3. Ön Uygulama Süreci	44
3.7.4. Uygulama Aşaması	44
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	48
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
4. BULGULAR	50
4.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesinden Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	51
4.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesinden Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İntihar Olasılığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	54
5. TARTIŞMA	63
5.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesinden Bir Hafta, Bir Ay ve Üç Ay Sonrası Sosyal Uyum Kendini	63

Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırma Bulgularının Tartışılması	
5.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesinden Bir Hafta, Bir Ay ve Üç Ay Sonrası İntihar Olasılığı Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırma Bulgularının Tartışılması	66
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	74
7. KAYNAKLAR	76
EKLER	89
EK 1. Sosyodemografik Veri Formu	89
EK 2. Beck Depresyon Envanteri	91
EK 3. İntihar Olasılığı Ölçeği	94
EK 4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği	96
EK 5. Depresif Bireylerin için Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı	98
EK 6. Depresif Bireyler İçin Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı Vaka Örneği	116
EK 7. Hasta Görüşme Örnekleri	137
EK 8. Çalışma Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu	151
EK 9. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu	153
EK 10. Araştırmacı “Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi” Sertifikası	155
İZİNLER	156
Beck Depresyon Ölçeği Ölçek Kullanım İzni	156
İntihar Olasılığı Ölçeği Ölçek Kullanım İzni	157
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Ölçek Kullanım İzni	158
Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni	159
Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	160
ÖZGEÇMİŞ	162

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.4.3.1.	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş, Hastalık Süresi ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 3.4.3.2.	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Cinsiyet, Eğitim ve İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 4.1.1.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	51
Tablo 4.1.2.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	52
Tablo 4.2.1.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay Sonrası ve Üç Ay Sonraki İntihar Olasılığı Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	54
Tablo 4.2.2.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İntihar Olasılığı Ölçeği Genel Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	56
Tablo 4.2.3.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İntihar Olasılığı Ölçeği Olumsuz Benlik ve Tükenme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	57
Tablo 4.2.4.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İntihar Olasılığı Ölçeği Hayata Bağlılıktan Kopma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	58

Tablo 4.2.5.	Çalışma ve Kontrol Grubunun Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İntihar Olasılığı Ölçeği Öfke Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	60
Tablo 4.2.6.	Çalışma Grubundaki Bireylerin ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamaları ile İOÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	61
Tablo. 4.2.7.	Kontrol Grubundaki Bireylerin ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamaları ile İOÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	62



ÇİZELGE DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Çizelge 2.3.1. Problem Odaklılık ile Çözüm Odaklılık	22
Çizelge 3.4.2.1. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri	30
Çizelge 3.7.2.1. Çalışmaya Alınan Depresif Bireyler için Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı Oturum İçerikleri ve Uygulama Akışı	43
Çizelge 3.7.4.1. Araştırma Süreci	46
Çizelge 3.8.1. Kullanılan İstatistiksel Programlar ve Analizlerin Alanlarına Göre Dağılımı	47

KISALTMALAR/SİMGELER

İİDİ (EARS)	İyi giden şeyleri ortaya çıkarma, İyi olan şeylerin etki alanını güçlendirme, Değişmelerin nedenlerini pekiştirme, İyiye giden ve fark edilmeyen başarıları keşfederek tekrar eyleme geçme
DBÇOYP	Depresif bireyler için çözüm odaklı yaklaşım programı
ÇOYM	Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi
BDE	Beck Depresyon Envanteri
İOÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
SUKDÖ	Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon; üzüntü, umutsuzluk, karamsarlık, günlük aktivitelere ilgi kaybı, somatik semptomlar ile yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan, yinelemeleri olabilen ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan önemli bir duygudurum bozukluğudur (Townsend, 2016). Aynı zamanda, depresyon, dünyadaki bütün insanları etkilemekte ve önemli düzeyde hastalık yükü artışına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) depresyonu dünya genelinde engelliliğin önde gelen dördüncü nedeni olarak sıralamakta ve 2020 yılına kadar engelliliğin ikinci önemli nedeni olacağını belirtmektedir (WHO, 2012). DSÖ (2017) depresyonun dünya çapında hastalık nedeni yetmezliklerin önde gelen nedenlerinden biri olduğunu belirtmekte ve yaklaşık 300 milyondan fazla insanın depresyonla yaşadığına dikkati çekmektedir. Ayrıca, bu sayının 2005-2015 yılları arasında %18 oranında artış gösterdiği belirtilmiştir. Türkiye’de depresyon konusundaki durumda (% 9 oranıyla) dünya ile benzerlik göstermektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Depresyon, birden fazla alanda birden fazla semptom ile birlikte görülmekte ve bireyin yaşamını çok yönlü olarak etkilemektedir. Yeterli ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde, depresyon kronikleşebilmekte, kişinin sosyal işlevselliğini, iş yaşamına katılımını engelleyerek iş, aile ve sosyal yeti kaybı yaşamasına neden olmaktadır (Wells ve ark., 1989; Saarijärvi ve ark., 2002; Thompson, 2017). Sosyal işlevsellik, bir kişinin çevresi ile karşılıklı ilişkisi ve bu çevre içinde rollerini tam olarak gerçekleştirebilme yetisi olarak tanımlanmaktadır. Depresyon ve sosyal işlevselliğin yakından ilişkili olduğu, depresif bireylerin sosyal işlevselliklerinin düşük olduğu, depresyondaki sosyal işlevsellik kaybının koroner arter hastalarındaki kayba eşit, diyabet, kronik akciğer hastalıkları, hipertansiyon ve artrit hastalarında meydana gelen sosyal işlevsellik kaybından ise daha fazla olduğu belirtilmektedir (Wells ve ark., 1989; Akkaya ve ark., 2008; WHO, 2016). Ayrıca, Stewart ve ark. (2003) depresif bireylerin %80’inin günlük işlevselliklerinde sorunlar yaşadığını ve bu kişilerin haftalık çalışma zamanlarından en az 5-6 saat bir iş gücü kaybı olduğunu belirtmektedirler. Depresyon bireyin sosyal işlevselliğini bu derece yoğun etkilemesine rağmen, tedavi etkinliği genellikle depresif belirtilerin şiddetinin ölçülmesi ile yapılmakta, sosyal işlevsellikle ilgili bir değerlendirme yapılmamaktadır (Akkaya, 2006; Akkaya ve ark., 2008). Depresif

hastalarla ayaktan tedavi uygulamalarının başlaması ile birlikte bireylerin tedavisinde iyileşmeler olmasına rağmen, son yıllarda tedaviye yanıtın iyi olmadığı, depresif belirtilerin düzelmesinin her zaman işlevsellikte düzelmeye yol açmadığı görülmektedir (Kasper, 1999; Bosc ve ark., 1997; Akkaya, 2004). Depresyonda düzelmeye ulaşmanın ancak hastalık öncesi sosyal işlevselliğe dönüş ile mümkün olabileceği iddia edilmektedir. Dolayısıyla, bireylerin günlük yaşamda yaşadıkları işlevsellik sorunları, üzerinde durulması gereken önemli bir problem olarak kabul edilmektedir (Kasper, 1999; Bakish, 2001). Bu nedenle, depresif bireylere uygulanan tedavi ve bakım yöntemlerinin sosyal işlevselliğin kazandırılmasına katkı sağlar nitelikte olması önem taşımaktadır (Keller, 2001; Akkaya ve ark., 2008).

Depresif bireylerde sık rastlanan bir diğer sorun ise intihar düşüncesi ve davranışdır. Depresif bireyler genel popülasyondan 25 kat fazla intihar riski taşımaktadır. Bütün intihar olgularının %50-70'i bir duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır ve bu olguların %80'ini depresyon tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Benzer şekilde, intihar sonucu ölümlerin yaklaşık %50'sinden depresyon sorumlu tutulmaktadır (Rihmer ve Angst, 2005). Depresyonda intihar riskini artıran birçok faktör bulunmakla birlikte, depresyonun umutsuzluk ve karamsarlık yönlerinin intiharla daha yakından ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Atay ve Gündoğar, 2004). Depresyonda yaşanan belirtiler erken dönemde ele alınıp, bireyin belirtilerle baş edebilme gücü artırılmadığında bireylerin intihar davranışına daha sık başvurdukları belirtilmektedir (Atay ve Gündoğar, 2004; Temel, 2009). Ayrıca, depresif bireylerde işlevselliğin geri döndürülememesinde intihar riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Atay ve Gündoğar, 2004; American Association of Suicidology, 2014). Dolayısıyla, depresyondaki bireyin tedavi ve bakımında semptomlarla baş etme gücünün artırılması ve sosyal işlevselliğin geri kazandırılması, intihar düşüncelerinin azaltılmasında önemli bir konudur.

Depresyon tedavisinde psikofarmakoloji ile birlikte, stres yönetimi ve gevşeme teknikleri, sorun çözme, kişilerarası terapi ve bilişsel davranışçı terapi gibi çeşitli psikososyal yaklaşımlar kullanılmaktadır (Townsend, 2016; Gürhan, 2016). Kullanılan bu yaklaşımların önemli bir bölümü probleme odaklanmakta ve bireyin eksik ve yetersiz olduğu alanlara vurgu yaparak işleyiş göstermektedir (McAllister ve ark., 2006; McAllister, 2007). Problem odaklı yaklaşımlar, bireyin yaşamındaki sosyal değişkenleri, kültürel özellikleri ve bireyin güçlerini gözden kaçırmakta, bireyin kişisel ve sosyal

özelliklerini kullanmasını kısıtlamaktadır (McAllister, 2003; McAllister, 2007). Olumsuz düşünceleri yoğun yaşayan ve benlik algısı önemli düzeyde azalmış olan depresif bireyde problem odaklı yaklaşımlar, değişimi harekete geçirmek için yeterli görülmemektedir. Sürekli problemleri araştırmak, özellikle, depresif bireyde doğru olarak ilerleyen durumların fark edilmesini ve problemin çözümü için umudun ortaya çıkmasını engellemektedir. Ayrıca, problem odaklı yaklaşım, yaşamın yoğunluğu ve zaman kısıtlılığı göz önüne alındığında çok zaman almakta ve buna bağlı olarak tedavi ve bakım maliyetini artırmaktadır (Sklare, 2013). Son dönemde birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi depresyon tedavisinde maliyet etkinliği olan, pozitif psikoloji akımı doğrultusunda bireye olumlu bakmayı öngören yeni tedavi yaklaşımlarına yönelik arayışlar artmıştır (Seligman ve ark., 2006; Lü ve ark., 2013). Bu arayışlar sonucunda, depresyon tedavisinde farmakolojik tedavi ile birlikte, bireyin güçlerini ve çözüm potansiyelini önemseyen çözüm odaklı yaklaşım uygulamaları kullanılmaya başlanmıştır (Ferraz ve Wellman, 2008; Sklare, 2013).

Çözüm odaklı yaklaşımın en önemli özelliği probleme değil çözümlere odaklanmasıdır (McAllister ve ark., 2006; Wand, 2010). Çözüm odaklı yaklaşım, bireyin değişme ve düzelmeye gücü olduğunu varsayar ve güçlü yönlerini keşfetmesinde bireye rehberlik eder, bakımın bireyselliğine vurgu yapar (Videbeck, 2004; Sparrer, 2012; Sklare, 2013;). Özellikle benlik saygısı düşük olan depresif bireyler üzerinde çözüm odaklı yaklaşımın olumlu etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Çözüm odaklanmak bireylerin kendilerine olan özgüvenlerini, çözüm üretebilme becerilerini fark etmelerini, güçlü ve olumlu yönlerini görebilme becerilerini artırabilmektedir (Ateş, 2017). Bu yönleri ile çözüm odaklı yaklaşım ilkeleri, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulama felsefesi ile uyumlu görünmektedir (McAllister ve ark., 2006; Ferraz ve Wellman, 2008). Benzer şekilde, literatürde, çözüm odaklı yaklaşım ile hemşireliğin amaçlarının ilişkili olduğu, hemşirelerin bireylerle çalışırken güven oluşturma, güçlü yönleri keşfetme ve geliştirme, işlerlik gösteren yönleri sürdürme ve güçlendirme gibi çözüm odaklı amaçlarının olması gerektiği belirtilmektedir (Webster ve ark., 1994; McAllister, 2007). Çözüm odaklı yaklaşım, özellikle hemşire hasta ilişkisinin yetersiz olduğu şiddetli depresif bozukluklar gibi şiddetli ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ile çalışırken, hemşirelik bakımının kalitesini artırmada hemşirelere yaratıcı çözümler sunabilmektedir (Mason ve ark., 1994; McAllister, 2007).

Literatürde hemşirelik uygulamalarında depresif bireylerde çözüm odaklı yaklaşımın özellikle sosyal sorunlar ve intihar sorunlarına etkisini inceleyen deneysel çalışma sayısı sınırlıdır (Hung ve Sung, 2006; Winship, 2007; Lindfors ve ark., 2014; Knekt ve ark., 2015). Az sayıdaki bu çalışmalarda, hafif ve orta düzeyde depresif bireylere çözüm odaklı yaklaşım uygulanması ile sunulan hemşirelik bakımının sosyal problemler ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunları azaltmada etkili olduğu (Hung ve Sung, 2006), bireylerin psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesini geliştirdiği (Knekt ve ark., 2015), sosyal ağlarının genişlemesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Lindfors ve ark., 2014). Benzer şekilde, çözüm odaklı yaklaşımın intihar düşüncelerine etkisini inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmada, bireylerin kendilerine zarar verme davranışlarının azaldığı (Winship, 2007), umut duygusunun arttığı (Kondrat ve Teater, 2010), bireylerde hostilite, anksiyete ve depresif belirtileri azalttığı belirtilmiştir (Rhee ve ark., 2005). Bu bağlamda, çözüm odaklı yaklaşımın düşük sosyal işlevsellik düzeyi ve yüksek intihar olasılığı sorunu yaşayan depresif bireyler için, bir hemşirelik bakım yolu seçeneği olarak kullanılabilmesi ön görülmektedir. Bu çalışmada, önceki çalışmalardan farklı olarak çözüm odaklı yaklaşımın şiddetli düzeyde depresif belirtiler yaşayan bireylerde sosyal işlevselliği geliştirmeye ve intihar olasılığını düşürmeye etkisi incelenerek literatüre yeni bir bilgi sağlanması hedeflenmektedir. Hemşirelerin depresif bireylerin bakım sürecinde çözüm odaklı yaklaşımı temel alarak, bireylerin sosyal işlevselliklerinin gelişmesine ve intihar olasılığı düzeylerinin azalmasına katkı sağlayabilecekleri ön görülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, çözüm odaklı yaklaşımın depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

Hipotez 1 (H0): Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan depresif bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri arasında fark yoktur.

Hipotez 1 (H1): Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan depresif bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri arasında fark vardır.

Hipotez 2 (H0): Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan depresif bireylerin intihar olasılığı düzeyleri arasında fark yoktur.

Hipotez 2 (H1): Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan depresif bireylerin intihar olasılığı düzeyleri arasında fark vardır.

Hipotez 3 (H0): Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyleri arasında ilişki yoktur.

Hipotez 3 (H1): Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyleri arasında ilişki vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Tanım, Epidemiyoloji ve Etiyolojisi

Depresyon; derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, kendini suçlama, uyku sorunları, dikkat ve yoğunlaşma kaybı, isteksizlik, motivasyon düşüklüğü, yorgunluk, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin olduğu bir hastalıktır (Küey, 1998; Tezvaran ve ark., 2010; WHO, 2012; Townsend, 2016). Depresyon; hafif, orta ve şiddetli olarak kategorize edilmiştir. Şiddetli depresyonda, günlük hayatı sürdürebilmek, iş yaşamını yürütmek, ailevi durumların üstesinden gelmek ve kişinin eski yaşamına devam etmesi çok zorlaşmaktadır (American Psychiatry Association, 2013).

Depresyon süregen, tekrarlı ve toplumda çok sık rastlanan bir ruhsal bozukluk olup 16.1 milyon erişkinin 2014 yılında en az bir majör depresif dönem yaşamış olduğu belirtilmektedir (National Institute of Mental Health, 2015). DSÖ (2016) dünya genelinde yaklaşık 350 milyon kişinin depresyona yakalandığını ve 2015 yılında küresel nüfusta depresyonun % 4.4 oranında görüldüğünü belirtmektedir (WHO, 2017). "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırması'nda (1998) depresyon yaygınlığının %4.0 olduğu, yaygınlık oranlarının kadınlarda %5.4, erkeklerde ise %2.3' olduğu belirtilmiştir (Erol ve ark., 1998). Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) sonuçlarına bakıldığında "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirmesinde depresyonun kadınlarda birinci sırada (%10.7), erkeklerde ikinci sırada (%6.4) olduğu görülmektedir. Ayrıca, "Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması"nda (2004) ulusal düzeyde en fazla yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında depresyonun %4.4 ile dördüncü sırada yer aldığı saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Farklı çalışmalarda yaygınlık oranları farklılık gösterebilir depresyonun ruhsal bozukluklar içinde en yaygın görülen bozukluk olduğu ortak görüştür (Kaya ve Kaya, 2007).

Depresyon epidemiyolojisi ile ilgili literatür incelendiğinde pek çok faktörün depresyonu etkileyebileceği düşünülmüş, ancak ağırlıklı olarak; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey, yaşanan çevre (kırsal/kentsel alan), çalışma durumu, mevsimsellik, beslenme durumu ve yaşam tarzı üzerinde durulduğu görülmüştür. Dünya genelinde; kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeyli bireylerde, boşanmış, dul ya da ayrı yaşayanlarda, kentsel bölgede hayatını sürdürenlerde ve herhangi bir işe sahip olmayanlarda depresyon yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğu

belirtilmektedir(Goodwin ve ark. 2007; Lam, 2012; National Institute of Mental Health, 2015; Türkiye İstatistik Kurumu, 2015; WHO, 2017).

Depresyon etiyolojisinin bakıldığında ise; biyolojik, psikolojik, fizyolojik ve sosyal faktörler olmak üzere dört başlık altında incelendiği görülmektedir.

*** Biyolojik faktörler:**

Aile çalışmalarının çoğu birinci derece akrabalarında hastalık tanısı alanların bulunduğu ailelerde major depresyonun genel popülasyondakilere göre daha sık olduğunu göstermektedir. Depresyon sıklığı, monozigotik ikizlerde ve birinci derece akrabalarında depresyon olanlarda artmaktadır (Austin ve Boyd, 2010; Barnes, 2013). Evlat edinme çalışmalarında da benzer sonuçlar görülmüştür (Townsend, 2016). Ayrıca depresyonda noradrenalin ve serotonin sistemlerinde bozulmalar mevcuttur. Noradrenalin yapımı ve yıkımında bir aksama, serotonin düzeylerinde azalma ve azalmış dopamin etkinliği görülmektedir(Barnes, 2013). Depresif bireylerde; prefrontal kortekste gri maddede azalma olduğu ve hipokampus, amigdala ve talamik çekirdeklerde, sol amigdalada, dorsolateral, dorsomedial ve ventrolateral prefrontal kortekslerde beyin yapılarının daha küçük olduğu görülmüştür (Barnes, 2013). Bununla birlikte adrenal bezin aşırı etkin oluşu depresyonla ilişkilidir. Depresyonda adrenal bezler büyüebilmekte ve atak sonrasında önceki boyutlarına geri dönmektedir (Barnes, 2013; Çam ve Engin, 2014). Ayrıca depresif bozukluğu olan üç kişiden birinin testesteron, folikül stimüle edici hormon ve lüteinizan hormon bazal düzeylerinin azalması, tirotropin releasing hormon ve tiroid stimüle edici hormon salıverme yanıtının az ya da hiç olmadığı görülmüştür (Townsend, 2016).

***Psikososyal faktörler:**

Freud depresyon psikodinamiğinde; erken dönemlerde sevgi, bakım ve ilgi azlığı ile çaresizlik, suçluluk ve öfke duyguları gibi temel kavramları benimsemiştir. Bireyin benliği ve çevresi hakkındaki negatif ve çarpık inanç ve düşüncelerinin gelecekte depresif belirtilerin uyarıcısı ve sürdürücüsü olacağı belirtilmektedir (Austin ve Boyd, 2010). Depresyonda değer verilen, sevilen, kıymetli vs. soyut/somut bir kavram ya da canlı/cansız bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Bu sevgi nesnesinin kaybı depresyonda gerçek olabilir/olmayabilir (Çam ve Engin, 2014). Sevilen kişinin simgesel veya gerçek kaybı birey tarafından reddedilme olarak algılanır. Bu hüznün kendini

suçlama, kendini değersiz hissetme ve intihar düşünceleri ile kişiyi depresyona götürmektedir (Austin ve Boyd, 2010; Gürhan, 2016). Depresyonda asıl rahatsızlığın duygulanımdan ziyade bilişsel olduğunu ileri süren teorisyenler bulunmaktadır. Bu teorisyenlerden Beck'in (1972) teorisi, depresyonu bilişsel terimlerle tanımlamaktadır. Beck, depresif bozukluğun "bilişsel üçlü" olarak vazgeçilmez unsurlarını şöyle tanımlamaktadır: negatif kendilik görüşü (ben kötü olduğum için herşey kötü), yaşantıyı olumsuz yorumlama (her şey daima kötüydü), geleceğe dair negatif görüşler (başarısızlık beklentisi) (Townsend, 2016).

Davranışçı görüşler ise; Seligman (1973)'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Seligman, köpeklerle yaptığı deneylerde hayvanlar kaçamadıkları elektrik uyarısına maruz kalmış daha sonra kaçma fırsatı verildiğinde çaresizlikle tepki vermişler ve kaçmak için hiçbir girişimde bulunmamışlardır. Depresyonu, yaşamın ilk dönemlerinden beridir karşılaşılan negatif durumlardan kaçıp kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumu olarak açıklamıştır (Austin ve Boyd, 2010; Çam ve Engin, 2014; Gürhan, 2016; Townsend, 2016). Ayrıca, Gürhan (2016)'a göre, Melanie Klein (1946) nesne kaybı teorisine göre, normalde bebek bazen nefret ettiği annesinin ve sevdiği annesinin bir ve aynı olduğunu öğrenmektedir. Böylece çocuk, tutarlı bir benlik algısının temeli olan içsel iyi bir nesne algısını geliştirir. Bu evreyi yaşayan çocuğun yetişkinlikte depresyona girme eğilimi göstermeyeceği belirtilmektedir. Ama çocuk bu iki parça nesneyi bütünleştiremezse, yaşamının daha sonraki evrelerinde depresyona meyilli olmaktadır (Gürhan, 2016). Ayrıca, Townsend (2016)'ya göre Bibring (1953), depresyonun ülküler ve gerçeklik arasındaki gerginlikten kaynaklandığını düşünmektedir (Değerli ve sevilen biri olmak, güçlü ve üstün biri olmak, iyi ve seven biri olmak). Benliğin bu üç standardı tutturabilmesiyle ilgili gerçek ya da imgesel yetersizliğini fark etmesi depresyona yol açmaktadır (Townsend, 2016).

* **Fizyolojik faktörler:** Duygudurum bozukluğu olmayan rahatsızlıklarda oluşan depresif belirtilere ikincil depresyon adı verilir. İkincil depresyonun ortaya çıkış nedenleri içinde, nörolojik hastalıklar, elektrolit bozuklukları, hormonal bozukluklar, beslenme yetersizlikleri ve diğer fizyolojik hastalıklar ile ilaç yan etkileri sayılmaktadır (Yaşar ve ark., 2013; Gürhan, 2016; Townsend, 2016).

* **Sosyal faktörler:** Sosyal faktörler; aile ve yaşam olayları olarak ele alınabilmektedir. Depresyon teorileri, hatalı ebeveyn-çocuk ilişkilerini, ailede soğukluk, reddetme, sert disiplin, otonomi eksikliği ve destekleyici olmayan davranışı vurgulamaktadır (Restifo ve Bögel, 2009). Ayrıca ebeveynler arası ya da ebeveynlerle çocuklar arası duygusal çatışma ve zorlukların olduğu durumlarda depresyon için zemin oluşturabilmektedir (Austin ve Boyd, 2010). Fiziksel, duygusal ve cinsel taciz ve ihmalkar bakım gibi olumsuzlukların yanı sıra ebeveynlerin boşanma veya çatışmacı ayrılması, arkadaşlık kaybı ve aile üyesi veya arkadaş ölümü depresyonu için zemin hazırlayan faktörler arasındadır (Restifo ve Bögel, 2009; Austin ve Boyd, 2010). Depresyonu etkileyen faktörlerden biri olumsuz yaşam olay/ları veya stres kaynağıdır. Bu olaylar tipik olarak sevgi, güvenlik, kimlik veya benlik değeri gibi önemli bir kaynağın kaybını içerir (Townsend, 2016).

2.1.1. Depresyon Belirtileri

Depresif bireyde; yüzde hüznün ifadesi belirgin olup, alın çizgileri derin ve omuzlar çöktür. Öz bakım eksiklikleri göze çarpmaktadır. (Wasserman, 2011; Öztürk, 2011). Şiddetli düzey depresif bireylerin konuşmaları alçak sesli ve yavaştır. Yanıt almak güç ve ilerleyen dönemlerde hiç cevap alınmadığı durumlarda rastlanmaktadır (Öztürk, 2011; Wasserman, 2011). Duygulanımda ise; herşeye dair bir keyif kaybından, derin üzüntü ve iç acısı duymaya kadar uzanan duygulanım aralığı görülebilmektedir. Depresif bireylerde kolaylıkla ağlama ve ağlama sıklığında artma görülmektedir. Bazı bireylerde ise kaygı, tedirginlik, öfke görülmektedir. Gün boyunca bireyde duygudurum dalgalanmaları olabilmektedir. Kaygı özellikle sabahları daha fazla hissedilirken günün ilerleyen saatlerinde hafiflemektedir. Zevk alamama ve genel isteksizlik bireylerin belirttiği belirtiler arasında ilk sırayı almaktadır (Öztürk, 2011). Ayrıca; çaresizlik, karamsarlık, keder ve hüznün gibi duygularda yoğun bir şekilde hissedilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

Depresif bireylerde; bilinç açık, yer, zaman ve mekan oryantasyonları düzgündür. Ancak, çoğunlukla gerçek bir bellek bozulması olmayan unutkanlık görülmektedir. Depresif bireylerde algısal bozukluklar görülmemektedir. Ancak nadir olsa da, suçlayan, aşağılayan işitsel varsanılar tanımlayan bireylere rastlanmıştır (Öztürk, 2011; Videbeck, 2004). Düşünce hızı yavaşlamış, düşünce içeriği eski pişmanlıklar, acı verici olumsuz hatıralar, gelecek korkusu ile doludur. Kişi yanlış giden herşeyden kendini

sorumlu tutmakta ve suçlamaktadır (Wasserman, 2011; Öztürk, 2011). Birey depresif duygurumuna uyumlu; yetersizlik, kendini eleştirme, umutsuzluk, karamsarlık ve geleceğe dair kaygılar hissetmektedir. Yoğun ölüm fikirleri oldukça fazladır (Terman, 2010).

Ayrıca depresif bireylerde; iştahsızlık, kilo kaybı (bazı kişilerde iştah artması), konstipasyon, cinsel istek kaybı ya da azalması, menstrüel bozukluklar (dismenore, amenore, adet düzensizliği), uykuya dalma zorluğu, sık uyanma ve sabah uykusuzluğu gibi fiziksel belirtilere de sıklıkla rastlanmaktadır (Öztürk, 2011; Wasserman, 2011; National Institute for Health, 2015). Bununla birlikte yoğun anksiyeteli hastalarda aşırı tedirgin devinim (psikomotor ajitasyon) görülebilirken genel olarak devinimde yavaşlama (psikomotor retardasyon) yaygındır (Videbeck, 2004; Öztürk, 2011).

2.1.2. Depresyon ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik bir kişinin çevresi ile karşılıklı ilişkisi ve bu çevre içinde rollerini tam olarak gerçekleştirebilme yetisi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal işlevsellik; bireyin iş, ev işleri, aile ilişkileri (eş, çocuklar, ebeveyn vb.), arkadaş ve sosyal çevre gibi sosyal rollerdeki yeterliliği ve memnuniyeti, ayrıca hobi, boş zamanlarını değerlendirme gibi zevk alınan aktivitelerin düzenlenmesini içerir (Kasper, 1999).

Depresyonda hastalık belirtilerine ek olarak “sosyal işlevsellik” kaybı ve buna bağlı iş ve sosyal yetilerde azalma meydana gelmektedir. Bireyler depresif bozukluk nedeniyle duygusal, davranışsal ve fiziksel alanda yaşadığı belirtilerle baş etmede güçlük yaşamaktadır. Bu hastalık belirtileri ile baş edememe bireyin sosyal işlevselliğini olumsuz etkilemekte buna bağlı birey iş, aile uyumu ve sosyal işlev kaybı yaşamaktadır (Wells ve ark., 1989). Depresyon ve sosyal işlevselliğin yakından ilişkili olduğunu öne süren Wells ve ark. (1989) depresyondaki sosyal işlevsellik kaybının koroner arter hastalarındaki kayba eşit ancak diyabet, kronik akciğer hastalıkları, hipertansiyon ve artrit hastalarında meydana gelen sosyal işlevsellik kaybından ise daha fazla olduğunu belirtmektedir. Depresif bireylerle yapılan bir diğer çalışmada ise, düşük sosyal uyum ile depresif belirtiler ve hastaneye başvuru sayısındaki artış arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir (Winship, 2007). Stewart ve ark. (2003) ise depresif bireylerin %80’inin günlük işlevselliklerinde sorunlar yaşadığını ve bu kişilerin haftalık çalışma zamanlarından en az 5-6 saat iş gücü kaybı olduğunu belirtmektedirler. Depresyonda tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi genellikle depresif belirtilerin şiddetinin ölçülmesi ile yapılmakta,

sosyal işlevsellikle ilgili bir değerlendirme yapılmamaktadır (Akkaya, 2006). Ancak depresif belirtilerin düzelmesinin her zaman işlevsellikte düzelmeye yol açmadığı belirtilmektedir (Kasper, 1999).

Depresif hastaların ayaktan tedavi uygulamalarının gelişmesi ile hastalar günlük yaşamdan uzaklaşmak zorunda kalmamış ve tedavide günlük yaşamlarındaki işlevsellik düzeyleri önem kazanmaya başlamıştır (Keller, 2001). Böylelikle sosyal yeti yitiminin tedavi sonuçlarını değerlendirmede göz önüne alınması sağlanmıştır (Kasper, 1999). Bu nedenle depresif bireylere uygulanan tedavi ve bakım yöntemlerinin sosyal işlevselliğin kazandırılmasına katkı sağlar nitelikte olması önem taşımaktadır (Keller, 2001).

2.1.3. Depresyon ve İntihar

Depresif bireylerde sık rastlanan sorunların başında intihar düşüncesi ve davranışı gelmektedir. Bütün intihar olgularının % 50-70'i bir duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır ve bu olguların % 80'ini depresyon tanısı alan hastalar oluşturmaktadır (Atay ve Gündoğar, 2004; Townsend, 2016). Ayrıca psikotik depresyonu olan hastaların en yüksek intihar riskine sahip oldukları belirtilmektedir. Yaşamboyu intihar riski ayaktan tedavi edilen poliklinik hastalarında duygudurum bozukluğu yoksa % 0.7 iken, duygudurum bozukluğu olduğunda % 2.2'ye yükselmektedir (American Psychiatry Association, 2013). Depresyonda intihar riskinin genel popülasyondan 20-30 kat fazla olduğu ve hastaların %15' inin intihar sonucu öldüğü bildirilmektedir (Aydemir ve ark., 2002). Aynı zamanda depresyon, intihar sonucu ölümlerin yaklaşık %50'sinden sorumlu tutulmaktadır (Rihmer ve Angst, 2005). Ayrıca depresif bireylerde intihar düşüncesi ve davranışının düşük sosyal uyum ile ilgili olduğunu, intihar düşüncesinin kişinin sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini ve depresif bireylerin sosyal çevre ile etkin bir şekilde başa çıkamadıklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Lizardi ve ark., 2011).

Freud'un psikanalitik kuramına göre intihar depresyonla yakından ilgilidir ve depresyonun sonunda ortaya çıkan en ağır durumdur. Klasik psikanalitik kurama göre, depresyonda hayalde ya da gerçekte bir sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur ve buna bağlı olarak kişinin benliğinde bir yoksullaşma, boşluk ve terkedilmişlik duygularıyla birlikte, özdeğerde belirgin azalma veya yok olma vardır. Bu görüşe göre depresyon, kaybedilen nesneye karşı duyulan düşmanca duyguların, agresif dürtülerin kişinin kendine dönmesidir. Kişi kaybedilen nesneyle özdeşim kurmaktadır. Bu, kaybın

travmasına ve onun ruhsal sonuçlarına karşı bir savunmadır (Townsend, 2016). Tedavi edilmeyen ağır depresyon intihar için en önemli risk faktörlerinden biridir. Genç hastalarda intihar hastalığın erken evrelerinde daha sıktır. İntihar riski hastalığın şiddeti ile dereceli olarak artar. Depresyonda intihar riskini artıran birçok faktör bulunmakla birlikte depresyonun umutsuzluk ve karamsarlık yönlerinin intiharla daha yakından ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Depresyonda yaşanan belirtiler erken dönemde ele alınıp, bireyin belirtilerle baş edebilme gücü artırılmadığında bireylerin intihar davranışına daha sık başvurdukları belirtilmektedir (Atay ve Gündoğar, 2004; Temel, 2009).

2.1.4. Depresyon Tedavisi

Depresyonun tedavisinde genel olarak psikofarmakolojik tedaviler, psikoterapiler ve somatik tedaviler uygulanmaktadır.

***Psikofarmakolojik Tedaviler:** Depresyonun ilaç tedavisinde antidepresan ilaçlar yer almaktadır. Antidepresan ilaçlar bedendeki norepinefrin, serotonin ve/veya dopaminin konsantrasyonunda artışa neden olarak fonksiyon görmektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Cleare ve ark., 2015).

***Psikoterapiler:** Hafif ila orta dereceli depresyon için ilk tedavi seçeneği olarak psikoterapinin tek başına kullanılması önerilmektedir. Bilişsel davranışçı, kişiler arası, psikodinamik, çözüm odaklı ve problem çözme terapilerinin bireysel ya da grup formatında kullanımları günümüzde yaygındır. Özellikle gebe veya gebelik planlaması olan hastalarda psikoterapiler depresif semptomların şiddetine göre ilk tercih olmaktadır (Cleare ve ark., 2015).

***Somatik tedaviler:**

Elektrokonvülsif tedavi: Elektrokonvülsif tedavi beyine çok kısa süreli elektrik akımı uygulaması ile jeneralize nöbet oluşturulması ile karakterize bir uygulamadır. Ciddi depresyonda antidepresanlara ek elektrokonvülsif tedavi önerilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence , 2009; Cleare ve ark., 2015).

Transkraniyal magnetik stimülasyon: Transkraniyal magnetik stimülasyon depresyon tedavisinde, ağır depresyonu olan veya ilaç tedavisine dirençli hastalarda yeni bir seçenek olarak ön plâna çıkmaktadır. Yöntem, kafatası cildi üzerine tutulan metal bir

levha üzerinden geçen elektrik akımı sonucu oluşan manyetik alan ile beyin korteksini uyarma işlemidir. Manyetik dalgalar kafa derisi ve beyin dokusunu dokulara zarar vermeden, ağrı duyusuna yol açmadan ve elektrik direncine yol açmadan geçer. Hastaya anestezi uygulanmamakta ve konvülsiyon geçirmemektedir (Townsend, 2016).

Işık tedavisi: Işık tedavisi hızlı etkili, iyi tolere edilen ve kabul gören farmakolojik olmayan bir yöntemdir. Gebelik ve emzirme dönemindeki depresif hastalarda, farmakoterapi kullanılmayacak durumlarda kullanılabilir (Townsend, 2016; Özdemir ve ark., 2017).

2.2. ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM

Çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımı 1970'li yıllarda Kısa Süreli Aile Terapisi Merkezi'nde görev yapan Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir danışmanlık yaklaşımıdır. Milton H. Erickson'ın öncülük ettiği çözüm odaklı yaklaşım (ÇOY) aile terapisi hareketinden doğmuş, fakat zaman içinde çözüme odaklanmaya ağırlık vermesi ile sorun odaklı aile terapisi hareketinden ayrılmıştır. (de Shazer ve ark., 1986; Doğan, 1999). ÇOY; problem ve yetmezlikleri görüşmelere dahil etmenin danışanda değişim oluşturmayacağını ama yeteneklere, güçlere ve kaynaklara yoğunlaşmanın danışanın bireysel becerilerinin ortaya çıkmasına fırsat sağlayacağını savunan bir yaklaşımdır (Wand, 2010).

Danışanın kendi amaçlarını ve çözümlerini oluşturabileceğine olan inancın yer aldığı bu yaklaşımda danışan değişimin sorumluluğunu üstlenmekte, eyleme geçme ve yeni davranışlar sergileme konusunda daha istekli olmaktadır. Miller ve de Shazer (1998) bireyleri iyileştirmenin kendilerini yetersiz ve güçsüz görmelerinde köklü bir değişim sağlayarak yapılabileceğini savunmakta, ÇOY ile mevcut sorunlar ve geçmiş nedenlere yoğunlaşmak yerine mevcut güçler ve gelecek umutların keşfedileceğini vurgulamaktadır (de Shazer ve ark., 1986; Wand, 2010; Sklare, 2013).

ÇOY danışanın üstesinden gelmeye çalıştığı mevcut durum veya benzer bir durumla hayatının başka bir zamanında karşılaşmış ve başa çıkmış olduğunu kabul etmektedir. İstenen değişim aslında danışanın kendisi tarafından geçmişte sağlanmıştır. Bu güç ve yetenekler aslında danışanda mevcuttur. Bu nedenle bu yaklaşımda ilk görüşmede danışanın daha önce yaşadığı bu istisnai durumların keşfedilerek açığa çıkarılması amaçlamakta ve buna yönelik sorular yöneltilmektedir. Görüşmelerde istisnai

durumların keşfi sağlandıktan sonra, bu değişimin ilk işaretlerinin belirlenmesi için “İlk İşaret Soruları” danışana yöneltilmektedir. İlk oturumdan sonra danışanın tanımladığı amaçlar doğrultusunda girişimde bulunması adına cesaretlendirilmesi ve önüne çıkabilecek olası engellerin belirlenip ortadan kaldırılması için ise “Zihin Haritası”, “Amigoluk”, “Mayın Tarlası”, “Övgüde Bulunma”, “Açıklığa Kavuşturma”, “Güçlendirme”, “Pekiştirme”, “Yeniden Başlama Süreci” ve “Ev Ödevleri” kullanılmaktadır (Sklare, 2013).

Genellikle görüşme sayısının ÇOY’da bir ile yirmi arasında değişim gösterdiği, ortalama altı görüşme yapılabileceği belirtilmiştir (Doğan, 1999). Yanı sıra, ÇOY’un üç ile beş görüşme ile sınırlandırılması gerektiğine dair bilgiler de bulunmaktadır. Her görüşmenin ortalama yarım-bir saat sürebileceği belirtilmiştir. Danışman ve danışan arasında görüşmelerin sıklığı ve süresi belirlenebilmesine rağmen sık sık görüşme yapmanın gerekliliği olmadığı da vurgulanmaktadır. Bu yaklaşım diğer terapötik yaklaşımlara yardımcı olarak ya da değişim hakkında danışanın düşünmesini sağlamak adına bağımsız bir müdahale olarakta kullanılabilir (Evans ve Evans, 2013; Sklare, 2013).

2.2.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Temel Felsefe

de Shazer (1997) ile Berg ve Miller (1992) danışmanların ÇOY kullanabilmeleri için aşağıda belirtilen üç temel kuralı önermişlerdir.

1- Bozulmadıysa tamir etme: Danışan için sorun olmayan ve değişme gereksinimi duyulmayan alanlara danışanı yönlendirmek danışan için yeni sorun alanları yaratabilmektedir.

2- Önce neyin işe yaradığını anla ve onu daha çok yap: Danışan ilk olarak başarıları, yetenekleri ve güçlerini tanımlamalı ve bu başarıları elde etmek için kullandığı güçlerini fark ederek tekrar edebilmelidir. Değişim hızını artırmak için danışmanlar farklı şeyler denemeye ve ilgi çekici olmaya çalışmamalıdır.

3- Eğer çalışmıyorsa tekrar deneme: Denendiğinde çözüme ulaştırmayan yollara tekrar başvurulmamalıdır. Bunun yerine tekrar denendiğinde farklı sonuçlara ulaşabilmek için farklı stratejilerin kullanılması gerekmektedir (Corey, 2005; Smith ve ark., 2011; Sklare, 2013).

2.2.2. Çözüm Odaklı Varsayımlar

Çözüm odaklı varsayımlar danışmanın daha doğru ilerlemesini sağlayabilmesi adına Walter ve Peller (1992) tarafından oluşturulmuştur ve aşağıdaki gibidir:

- Başarılarla odaklanıldığında faydalı değişimler ardından gelmektedir. Bu yüzden hatalara ve sorunlara odaklanmak yerine doğru yapılanlara odaklanılması gerekir.
- Sorunu konuşmaktan ziyade çözümü konuşmak süreci kolaylaştırmaktadır.
- Sorun yaşanan her durumda istisnai durumlar bulunmaktadır ve bu durumlar çözüm için kullanılabilir. Danışan sorunun daima devam edeceğine inanmakta ve sorunun yaşanmadığı anlar olduğunu fark edememektedir. Sorunlara aşırı yoğunlaşma sorunun olmadığı zamanların görülmesini engellemektedir.
- Küçük değişimler kartopu etkisi yaratıp, büyük değişimlere öncülük etmektedir.
- Herkes sorunlarını çözme gücünü içinde bulundurmakta, güçlü yönler öne çıkarılırsa çözüme daha kolay ulaşılmaktadır.
- Çözüm için sorun hakkında çok ayrıntılı ve fazla bilgi sahibi olmak gerekmemektedir.
- Çözüm için sorunun kaynağını bilmek gerekmemektedir.
- Danışan amaçlarını ne yapmak istemediği değil ne yapmak istediği üzerine kurgulamalıdır (Dölek ve Kunter, 2013; Sklare, 2013).

2.2.3. Çözüm Odaklı Yaklaşımla İlgili Diğer Önemli Kavramlar

Yukarıda bahsedilen varsayımlara ek aşağıda yer alan kavramlar danışman ve danışana bir yol haritası oluşturmaktadır. Bu kavramlar; *Sorun analizinden kaçın* (Sorunun analizi yerine neyin işe yaradığını bulmaya odaklan), *Müdahalelerde etkili ol* (Danışanın kısa sürede amaçlarını belirlemesine yardımcı ol, bireyselliği destekle, danışanı bağımlılıktan uzak tut ve çözüm aramaya cesaretlendir), *Şimdi ve geleceğe odaklan* (Uzun süreli danışmanlık alma gereksiniminin olmadığını belirt, gelecekte her şeyin daha iyi olacağı varsayımını farz ettir) ve İç görü yerine eyleme odaklan (Sorunun nedenlerini irdeleme ve iç görü kazandırmaya çalışma) şeklindedir (Sklare, 2013).

2.2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım Teknikleri

İlk görüşmeyi başlatma: İlk görüşmeyi başlatma sürecin açıklanması ile başlar, selamlama ve kısa bir tanışmanın ardından ÇOY amaç ve tekniklerinden bahsederek devam eder. Walter ve Peller (1992) selamlama sonrasında danışana "Buraya gelme amacınız nedir?" sorusunun sorulmasını önerir. "Buraya gelmeniz sonucunda daha fazla görüşmemize gerek kalmadığını nasıl anlayacaksınız?" ve ""Ne olacak ve beni görmenize gerek kalmayacak?" sorularına yer verilmelidir. Danışanların kendilerini açabilmeleri için kısa süreliğine problemlerini anlatmasına izin verilebilir. Danışmanın problemi çözmeye çalışmadan yalnız danışanı dinlemesi bu sürecin en zor kısmıdır (Smith ve ark., 2011; Sklare, 2013).

Gerçek merakı kullanma: Gerçek merak danışanı anlamaya yönelik gerçek bir arzuyu içinde barındırır. Gerçek merak için bilirkişi/uzman konumunda olmamak gerekir. Bir alt pozisyonda olarak danışman danışanı harekete geçirmek amacıyla kendisini bilmiyor gibi ya da beceriksiz olarak gösterir (Dölek ve Kunter, 2013).

Mucize soruyu sorma: Genellikle ilk oturumda danışanın gerçekçi bir amaç oluşturmasını sağlamada kullanılan mucize soru "Danışan amaçlarına ulaşıyorsa yaşamı nasıl olurdu?" ya cevap sağlamaktadır (Doğan, 1999; Sklare, 2013). Danışan mucize soru ile çözümden sonraki olaylar hakkında konuşmaya başlar. Danışan mucize soru ile yeni olasılıkları araştırır ve problemi hakkındaki suçluluk duygusunda azalma hissedebilir (Wand, 2010). Mucize soru, genellikle şöyle sorulur: "Eğer mucize olsaydı ve sorunun gece uyuduğunda çözülmüşse, bu sorunun çözüldüğünü nasıl anlardın ve değişen ne olurdu ?" Bu sorudan sonra danışanlar, sorunlarının ağırlığına rağmen "değişen ne olurdu ?" sorusunun yanıtını vermek için düşünmeye teşvik edilir. Mucize sorusunun ardından mucizenin bir mucize olduğunu gösteren ilk işaret ne olurdu? Sorusu sorulmalıdır (Corey, 2005).

Başka ne? soruları sorma: Danışmanlar danışanların problem yaşamadığı ve başarılı olduğu sıra dışı alanları bulması için "Başka ne? " sorusunu kullanabilirler. Amaç danışana ayrıntılı olarak daha farklı neler olabileceğini araştırma fırsatı sağlamaktır (Sklare, 2013).

Zihinsel haritalar oluşturma: Zihinsel haritalar bireylerin hedefe ulaşmalarına rehberlik eden düşünceleriyle ilgili yol haritası oluşturma anlamına gelir. Zihinsel

haritalar danışanı başarıya ulaştırın davranışların oluşması ve pekiştirilmesini sağlar. Danışanların kaynaklarının, sorumluluklarının ve güçlü yanlarının fark edilmesi danışanın yeterlilik duygusunun artmasında ilk adımdır (Smith, 2011; Sklare, 2013). Çözümler ile ilgili zihinsel haritalar oluşturmaya yardım etme amacı ile geliştirilmiş bazı soru örnekleri arasında; “Bu durumu nasıl yönettin?, Bunu nasıl sağladın / Bu durumu nasıl idare ettin?, Bu değişiklikleri nasıl açıklarsın?” gibi örnekler yer almaktadır (Dölek ve Kunter, 2013).

Amigoluk: Danışanın başarılarını övgü ile desteklemek ve cesaretlendirmek amigoluk olarak adlandırılır. Övgü dolu destekleyici konuşma örnekleri arasında; “Gerçekten bunu sen mi yaptın? Nasıl cesaret gösterdin?, yapabilmen hayranlık verici!, yapman beni gerçekten çok etkiledi, Bu düşüncelerin üstesinden nasıl gelebildin? Senin durumundaki insanların çoğu bu kadar doğru düşünemiyor” ifadeleri yer almaktadır (Sklare, 2013; Dölek ve Kunter, 2013).

Derecelendirme yapma: Derecelendirme sorusu, danışandan 1-10'luk bir ölçek üzerinde ya bir sorunu ya da bir çözümü değerlendirmesini ister (Doğan, 1999). Danışanların oluşturdukları amaçların hangi noktasında olduklarını belirlemek amacı ile derecelendirme kullanılır. Amaç ilerleme düzeyini ölçmektir. Danışanlara skalalarında bir puan yükselmek için ne yapabileceklerinin sorulması amaçlarına ilerlemede bir sonraki adımı tanımlamada yardımcı olur (Sklare, 2013). Derecelendirme yapılırken; “ İlk olarak danışanlardan 0'dan 10'a kadar olan bir skalada kendilerini değerlendirmeleri istenir. “Bir doğru üzerinde “0”dan “10”a kadar sayılar var. “0”, birlikte çalışmaya başladığımızda bulunduğu yer, “10” ise problemin çözümü anlamında, bugün bu doğru üzerinde kendini nerede görüyorsun ?,” Sonrasında küçük adımlar belirlenir. Bir numara yukarı çıkmak için ne yapabileceklerinin sorulması şeklindedir (Wand, 2013).

Mayın tarlasının temizlenmesi: Danışanlar derecelendirme soruları ile nasıl ilerleyebileceklerini tanımladıktan hemen sonra önlerinde duran ve aşmaları gereken engellerle karşılaşır. Mayın tarlasının temizlenmesi danışanın önceden engelleri görmesini ve tedbir almasını ve bu engellerle karşılaştığında cesaretinin kırılmasını önler (Sklare, 2013).

•"Planın harika gözüküyor. Ancak ikimizde biliyoruz ki bazen, bazı şeyler ya da bazı kişiler, başarmak niyetinde olduğun şeylerin önünde engel olabilir. Sen böyle bir durumla karşılaşırsan ne yapacağını düşünüyorsun?"

- “Geçmişte böyle bir durum olduğunda yoluna devam etmek için ne yapmıştın?”
- " Böyle şeylerin önüne çıkmasına izin vermemek için neler yapacağını düşünüyorsun? (http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014_01/16114558_zmodaklpsilolojikdanma.pdf).

Mesaj yazma: ÇOY görüşmesinin sonunda danışman danışandan özür dileyerek süreci değerlendirmek için kısa bir ara verir ve mesajını hazırlamak için izin ister. Tuhaf ve faydasız görünmesine rağmen aslında yararlı bir tekniktir. Ayrıca danışan bu görüşmede neleri fark ettiğine, öğrendiğine, mucizenin neye benzediğine ya da bazı şeyleri daha iyi yapmak için kendini neler yaparken gördüğüne dair bir mesaj hazırlayabilir ve danışmanla paylaşabilir (Corey, 2005; Sklare, 2013).

Not alma: Danışmanlar görüşme boyunca danışanlara yapılacak övgülerde kullanılmak üzere notlar alırlar. Danışanlar danışmanların sadece pozitif yönlerini, başarılarını ve güçlü yanlarını not aldıklarını gördüklerinde kendileride bu güçlü yanları üzerinde devam etme hissini pekiştirirler (Sklare, 2013).

Övgüde bulunma: Danışanın kendi güçlerini ve kaynaklarını fark etmesini sağlamak ya da yansıtmak için övgüler kullanılır. Danışmanlar danışanın güçlü yanlarını, çözümlerini ve işe yarayan şeyleri dikkatle dinler ve bazı şeylerin kötü olmadığı zamanları arar. Her bir mesajda en az üç övgüye yer verilmesi uygundur (Wand, 2010; Sklare, 2013).

İstisnai durumları keşfetme: İstisnaları sorma, amaç belirlemede kullanılan etkili bir tekniktir. Danışanların yaşamlarında problemin ortaya çıkmadığı istisnaların bulunması onları şaşırtmaktadır. Bu durum danışanların yeterlik duygularını ve küçük adımlar planlama yeteneklerini geliştirir (Wand, 2010; Dölek ve Kunter, 2013). Danışanların yaşamlarında problemin olmadığı istisnai durumları hatırlaması problemden nasıl uzak durdukları ile ilgili detayları belirlemesi ve çözümler, başarı ve yetkinlik hissi için bir yol haritası sağlar (Sklare, 2013). Danışman düzenli olarak istisnaları araştıran sorular sormalı, danışan istisnai durumun önemini ne kadar azaltırsa azaltsın istisnaları yakalamak için etkin dinlemeli ve istisnanın gerçekleştiği durumları sağlayan tüm faktörleri ayrıntılandırmalıdır (Wand, 2010).

Danışanın dilinden konuşma: Danışanın dilinden konuşmak danışanın kullandığı kelime ve ifade biçimine uygun konuşmayı içerir. Kişinin kendi sözcükleriyle tanımladığı şekilde duygularını adlandırmak profesyonel bir dille adlandırmaktan daha

yararlıdır. Görüşmeler sırasında danışana beden diliyle aynalama yapılması ve danışana hak vererek yanında olunması ile aynı dilin konuşulması sağlanabilir (Dölek ve Kunter, 2013;

http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014_01/16114558_zmodaklpsilolojikdanma.pdf).

Yeniden çerçeveleme: Yeniden çerçeveleme danışanın daha fazla seçenek sahibi olmasını sağlar. Temel prensip dilin kullanımı ile danışanın gerçeğinin yeniden inşa edilmesidir. Böylece problem olarak tanımlanabilecek bir şeyin yeniden çerçeveleme ile olumlu taraflarına dikkat çekilebilir (Dölek ve Kunter, 2013; Wand, 2013).

Kabus Sorular: Kabus soru, ÇOY’da sorun üzerinde konuşmayı kullanarak danışanın çözüm oluşturmasını kolaylaştırmaktadır. Kabus soru şöyle sorulmaktadır: “Bu gece uyurken gecenin bir vaktinde bir kabus gördüğünü düşün. Bu kabusta seni buraya getiren tüm sorunlar aniden dahada kötü bir hal alır. Bu bir kabus olmalı fakat bu kabus gerçekleşiyor. Yarın sabah kabusa ilişkin neler dikkatini çekti?” (Doğan, 1999).

Normalleştirme: Normalleştirme kişinin deneyimlerinin patolojik olmadığını fark etmesine fırsat sağlar. Normalleştirme ayrıca danışanın problemlerini yönetilebilir olarak algılamasını sağlar (Wand, 2010; Wand, 2013).

Başa çıkma soruları: Başa çıkma soruları dikkatin verildiği negatifik, umutsuzluk ve acıyı değiştirmek ve danışanın zorluklar karşısında ne yapacağına yeniden odaklanmasını sağlamak için oluşturulmuştur. Başa çıkma soruları danışanın tanımlayamadığı güç ve kaynakları hakkında fikir sahibi olmasını amaçlar (Wand, 2010).

2.2.5. Çözüm Odaklı Yol Haritası

ÇOY’da izlenmesi gereken adımlar şu şekildedir:

1. Danışanla ilişki kurulması
2. Danışma sürecinden söz edilmesi
3. Danışanın probleminin dinlenmesi
4. Amaç belirleme (Mucize Sorular, İlk İşaret, İstisnalar, Derecelendirme Soruları)
5. Çözüm üretme

6. Mesajın yazılması

7. Danışana en az üç övgüde bulunma, yeniden çerçeveleme ve yapılacak işlerin önerilmesi

şeklindedir

(http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014_01/1611455_8_zmodaklpsilolojikdanma.pdf).

2.2.6. Çözüm Odaklı Yaklaşım İlk Oturum ve Diğer Oturumlar

ÇOY'da oturumlar; ilk oturum ve diğer oturumların yürütülmesi şeklinde ayrılmıştır. İlk oturumda; danışanla ilişki kurulması, danışma sürecinden bahsedilmesi, danışanın probleminin dinlenmesi, danışanın pozitif amaç belirlemesine yardım edilmesi, mucize sorunun sorulması, mucizenin gerçekleştiğini gösteren ilk işaretin danışan tarafından belirtilmesi, istisnai durumların araştırılması, başka ne? sorularının sorulması, zihinsel haritaların oluşturulması ve çözüme dair fikir sağlanması, amigoluk, övgüler, derecelendirme soruları ve mesaj yazılması yer almaktadır (Dölek ve Kunter, 2013; Sklare, 2013).

Devam eden diğer oturumlarda ise sürecin izlenmesi ve gerektiğinde tekrar tüm ÇOY tekniklerinin kullanılması yer almaktadır. Dört sözcüğün baş harflerinden oluşan ve İİDİ (EARS) (eliciting, amplify, reinforce, start over) olarak adlandırılan bu süreç ardışık bir sıra izleyerek ikinci ve daha sonraki oturumlara kılavuzluk eder. İİDİ süreci danışanın sorunlarını başarıyla çözümlendiği anları gözden geçirerek amaçlarına yönelik ne denli ilerlediği konusunda farkındalık sağlar. Her görüşme birinci görüşmede olduğu gibi bir mesajla sonuçlanır.

İİDİ'nin açılımı şöyledir:

- 1) Elicit what is better (İyi giden şeyleri ortaya çıkarma),
- 2) Amplify the effects of what's better (İyi olan şeylerin etki alanını güçlendirme),
- 3) Reinforce how these changes were brought about (Değişmelerin nedenlerini pekiştirme) ve
- 4) Start over again, discovering additional successes (İlave/fark edilmeyen başarıları keşfederek tekrar eyleme geçme).

1) Ortaya Çıkarma (Eliciting): Danışma sürecinin yol açtığı değişiklikleri ve farklılıkları ortaya çıkarmak için danışana şöyle bir soru sorulabilir: "En son görüştüğümüzden bu yana neler daha farklı veya daha iyi?" Eğer bir değişimden bahsedilmiyorsa, "Birazcık daha farklı veya iyi olan bir şey ya da bir durumdan bahsedebilir misiz?" sorusu danışana yöneltilir. Eğerki danışan durumun daha kötüye gittiğini belirtiyor ise danışanın bu durumla başa çıkmak için kullandığı kaynakları ve güçlü yönleri ve başarıları vurgulanır.

2) Güçlendirme (Amplifying): Küçük bir değişim daha büyük ve daha fazla bir değişmeye yol açar. Danışanda görülen bir davranış değişikliğinin başkalarının davranışlarında değişikliğe neden olması küçük bir dalga etkisi olarak nitelendirilmektedir. Danışanın değişen davranışının diğerleri üzerinde nasıl bir etki yaratmış olabileceği görüşülür.

3) Pekiştirme (Reinforcing): Danışan davranışını istedik yönde değiştirmek için gösterdiği çabadan dolayı desteklenip yüreklendirilir ise olası sorunlarla başa çıkması kolaylaşacaktır. İstisnalara odaklanılır ve amigoluk yapılır. İlk oturumda belirlenen amaçlardan birine ulaşılmışsa diğer amaca odaklanarak süreç sürdürülür.

4) Eyleme Geçme (Start Over): Bu aşama, ilave/fark edilmeyen başarıların keşfedilerek tekrar eyleme geçilmesini gerektirir. Aslında, İİDİ süreci, iyi giden şeyleri ortaya çıkarmak amacıyla sürekli eyleme geçer. Eyleme geçme döngüseldir (Doğan, 1999; Dölek ve Kunter, 2013; Sklare, 2013).

2.3. ÇÖZÜM ODAKLI HEMŞİRELİK

Hemşireler günümüzde sadece tıbbi girişimler ve tedaviye dayalı değil, aynı zamanda bireyleri etkin kılan ve toplumları güçlendiren gelişmiş sağlık bakım sistemlerinde yer almaktadır. Bu bağlamda hemşirelik girişimlerinin odağı hastadır, hasta belirttiği problemlerden daha fazlasıdır ve hemşirelik girişimleri hastalarla birlikte hasta için çalışmayı içermelidir (McAllister ve ark., 2006). Çözüm odaklı hemşirelik (ÇOH) günümüz amaçları ile örtüşen, bireylere bakım vermek için alternatif bir yaklaşım sunan bir bakım modelidir. Bireylere saygı duymaya ve bireyin kendi kaynakları ve potansiyeline inanmaya dayalı bir yaklaşımdır. ÇOH'da hemşire problemi araştırmanın merkezine koymak yerine, uyum sağlama ve çözüm üretmeye odaklanmaktadır (McAllister ve ark., 2006a; Wand, 2010). ÇOH açıklanırken iki anahtar kavram

vurgulanır. İlki, “çözümler” ikincisi ise, “hemşirelik”dir. McAllister (2010) ve Wand (2010), hemşireliğin bireylerin yaşamında bir fark yaratan ve diğer mesleklerden daha ayrıcalıklı bir içeriğe sahip olan özel bir meslek olduğunu belirtmektedir. Ayrıca problem odaklı yaklaşımların hemşirenin zor hastalarla çalışırken onları anlama, bilgilendirme ve motive etme yollarını arıyorken kullanabileceği bir yaklaşım olmadığını savunmaktadır (McAllister ve ark., 2006; McAllister, 2007). Çizelge 2.3.1.’de problem odaklı ve çözüm odaklı hemşirelik yaklaşımlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Problem Odaklılık ile Çözüm Odaklılık

Problem Odaklı Yaklaşım	Çözüm Odaklı Yaklaşım
Hasta ve hemşirenin odağı, sağlık problemleridir.	Sağlık problemleri kadar sağlığa uyumda önemlidir.
Hastanın problemini anlamak ve çözmek için problem çözme metodu kullanılır.	Danışan ve danışman sağlığı geliştirme ve psikolojik dayanıklılığı artırmak için güçlü yönleri ve problemi anlamaya çalışırlar.
Güçlerden ziyade zayıflıklara ve eksikliklere yönelir.	Hem güçlü yönlere hem de problemlere değer verilir.
Mantıklı ve tümden gelim düşünür.	Tümden gelim ve tüme varım düşünme birliktedir.
Gerçekçidir.	Hayal etme, anlam verme ve anlam bulmaya yer verir.
İyileştiricidir.	Yaratıcıdır.
Yaşam tarzındaki hata ve açıkları düzeltmeye çalışır.	Var olan sağlıklı yaşam tarzlarını güçlendirir.
Problemi tanırlar.	Problemi yeniden düzenlemeye ve yeni bir bakış açısı oluşturmaya çalışır.
Düzeltilici eylemi planlar ve takip eder.	Yetenekleri, başarıları, ve güçlü yönleri yapılandırarak motivasyon sağlar.
Protokoller ve süreçlerden oluşur.	Bireysel planlar ve sonuçlardan oluşur.
Sağlık çalışanları hasta üstünde çalışır.	Sağlık çalışanları ve hastalar birlikte çalışır.
Sağlık çalışanları geleneksel tedavi uygularlar.	Yaratıcı çözümleri test etmek için her iki tarafta risk ve beraberinde gelen sorumluluğu alır.

(McAllister, M. (2003). *Doing practice differently: solution focused nursing*, *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 528–535).

ÇOH baskıcı olmayan, özgürlükçü, basit bir felsefe sunarak ve sağlık bakımında hemşireler tarafından yapılacakları netleştirerek bakımdaki çözüm odaklılık boşluğunu doldurmaya çalışır. Bu boşluğu doldurmaya çalışırken hemşirenin çözüm odaklı

etkileşime yer verdiği değer ve ilkeleri arasında; bireysel ve kültürel farklılıklara duyarlı olma, insan onuruna saygıyı artırma, öz bakımı geliştirme, hastanın güçlerini tanımlama, açığa çıkarma ve geliştirme, hastalıktan ziyade sağlığa odaklanma, konforsuzluk ve acıyı azaltmaya gayret etme, hastaları yardım edici sosyal sitemlerle yeniden birleştirme, güvenli çevreyi koruma ve hastanın umudunu harekete geçirme yer almaktadır (de Chesnay ve Anderson, 2012).

ÇOH modeli hemşire için özgürleşmeyi hasta için güçlenmeyi başarmaya odaklanır. Oysa günümüzde hastalar sağlık bakım sisteminde göz ardı edilmiş, azımsanmış ve kısmen önemini kaybetmiştir. Hemşireler de benzer şekilde kendi güçlerini sınırlandırmış ve potansiyellerini azalmış hisseder (de Chesnay ve Anderson, 2012) ÇOH ayrıca ruh sağlığı hemşireleri ve liderlerinede bir çerçeve sunan bir modeldir. Hemşirelik uygulamalarına ÇOH'un eklenmesi hemşireliği ve ÇOY kullanan hemşireyi daha görünür ve etkin hale getirir, hemşirelik mesleğine ve üyelerine değer kazandırır (McAllister, 2010).

***Çözüm Odaklı Hemşirelik Bakımının Evreleri**

Geçmişte ve günümüzde kullanılan hemşirelik tanıları ve eylem planlarının yer aldığı bakım protokolleri zaten yoğun geçen çalışma temposuna ek bir yoğunluk getirmektedir. Bu durum hemşirelerin hastalardan uzaklaşmasına, teori ile uygulama arasında bir uçurum oluşmasına ve hemşireliğin sadece otomatik zihin çalıştırma işlemi olduğuna dair yanlış bir algıya yol açmıştır. Ritüelleri uygulama eğiliminde olan geleneksel protokoller hastaların sağlık ve yaşam bağlamındaki eşsizliğini ve bireyselliklerini göz ardı etmektedir (McAllister, 2003). Eğer hemşirelik değişmek, gelişmek ve başarılı olmak istiyorsa o zaman çözüm odaklı bakıma yönelmelidir (McAllister, 2010). Çözüme odaklanma ve planlı bakımı geliştirme adına ÇOH, üç aşamada bakım verir:

1. Katılım
2. Yapılandırma/Oluşturma
3. Geliştirme ve Sürdürme.

Katılım: Bu aşamada hemşire hastalıktan ziyade insanı insan olarak bilir. Hastayı değerlendirmek için işbirlikçi ve saygılı stratejiler kullanır. ÇOH, hastanın kendi

gereksinimlerini, duyarlılıklarını ve güçlü yönlerini bilir hale gelebilmesi için hastayla zaman geçirmenin önemini vurgular. Bu, ayrıca yaşama dair becerilerin geliştirilmesi için gereken gerçekçi amaçların belirlenmesinde sağlar. Hemşireler, hastaları bakıma katılmaya teşvik eder. Katılım aşamasında hemşire hastalığa dair ayrıntıları değil hastaya dair ayrıntıları öğrenmeye çalışır. Hemşire bireyi tanımayı, saygı ile onu değerlendirmeyi ve işbirliği oluşturmayı hedefler (McAllister, 2010; de Chesnay ve Anderson, 2012).

Yapılandırma/Oluşturma: Bu aşamada hemşire ve hasta problemleri çözmek ve hastanın potansiyelini ortaya çıkarmak ve geliştirmek için planlı çabalarda bulunur. Böylece hasta var olan sağlığını geliştirici ve sürdürücü yollar bulabilir. Hemşirenin sorumlulukları; eğitici, destekleyici ve motive edici olmaktır. Bu aşama birebir çalışma, amaçları arama, güçlü yönleri yapılandırma ve dış kaynakları aramaya dayanır. Bu aşamada hemşire hastayı iyimser olmaya yönlendirmeye çalışmaz ya da zorlamaz. Bu aşamada zoraki bir çözüm buldurmaya çalışmakta yanlıştır. Burada önemli olan probleme bir çözüm bulmak değil hastanın duyarlı yanlarının yanı sıra güçlü yanlarında olduğunu fark etmesini sağlamaktır (McAllister, 2007; McAllister, 2010; de Chesnay ve Anderson, 2012).

Geliştirme ve Sürdürme: Bu aşamada hasta hemşirenin sürekli desteği ve rehberliği ile sağlık problemlerine uyum sağlamaya çalışır, devam eden yaşamına yeniden geçiş yapar ve yeni öğrenilen kişisel davranışları, sosyal becerileri ve sağlık bilgisini kullanmak için fırsat bulur. Öncelikle bu evrede hasta öğrendiği becerileri hasta-hemşire ilişkisinde kullanması için teşvik edilir. Bu aşamada hemşirenin hastaya yeni becerilerini daha bağımsız ve en az destekle denemesi için uygun yer ve zaman hazırlaması önemlidir. Telefonla kontroller, posta kartları, mail gibi motive edici iticileri hemşire bu aşamada kullanır (McAllister ve ark., 2006; McAllister, 2007; McAllister, 2010; de Chesnay ve Anderson, 2012). Aşamalardaki tüm uygulama ve beceriler olumluluğa küçüğe olsa adım atmayı, planlamayı ve geleceğe dair hastanın olumlu bakışını ortaya çıkarmaya yardım etmeyi kapsamaktadır. Böylece, ÇOH bakımı yenilikleri, yaratıcılığı ve parlak fikirleri destekleyerek, teknik bilgi temelli rutin ve mekanik bakımın ötesine geçer (McAllister, 2010; de Chesnay ve Anderson, 2012).

2.4. ÇÖZÜM ODAKLI RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin hasta bakımında hedefi, hastanın bağımsız, kendisi ve çevresi ile barışık, kendini yönetebilen bir birey rolünü benimsemesine yardımcı olmaktır. Dolayısıyla, hemşire bunu gerçekleştirirken hasta bireyin hastalığı ve hastalığının yarattığı çeşitli yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesinde yardımda bulunmayı amaç edinir (Çam ve Engin, 2014).

Çözüme odaklanmak bireylerin kendilerine olan özgüvenlerini, çözüm üretebilme becerilerini fark etmelerini, güçlü ve olumlu yönlerini görebilme becerilerini artırabilmektedir (Ateş, 2017). Bu yönleri ile COY ilkeleri; *“her birey değerlidir, bireylerin amacı sağlıklı olmak, gelişmek ve kendini gerçekleştirmektir, her birey değişme potansiyeline sahiptir, bireylerin çeşitli baş etme kapasiteleri vardır, bireyin ruh sağlığı ile ilgili kararlara katılma hakkı vardır ve bireyin içindeki değişme ve gelişme potansiyeli kişilerarası bir ilişki ile artırılabilir”* gibi ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulama felsefesi ile uyumlu görünmektedir (McAllister ve ark., 2006a; Ferraz ve Wellman, 2008). Benzer şekilde, literatürde, COY ile hemşireliğin amaçlarının ilişkili olduğu, hemşirelerin bireylerle çalışırken güven oluşturma, bireyin pozitif oryantasyonunu geliştirme, güçlü yönleri keşfetme ve geliştirme, işlerlik gösteren yönleri sürdürme ve güçlendirme gibi çözüm odaklı amaçlarının olması gerektiği belirtilmektedir (Webster ve ark., 1994; McAllister, 2007).

de Shazer ve ark. (1986) sorun odaklı yaklaşımdan çözümlere odaklanan yaklaşıma geçiş yapmanın bireylerde kısa sürede daha iyi terapötik sonuçlar oluşturduğunu bulmuştur (Wand, 2010; Smith ve ark., 2011; de Shazer ve ark., 1986). Hastane ortamında ÇOY kullanımı ilk 1990’larda Amerika Birleşik Devletleri’nde Vaughn ve ark. (1995) ve Webster ve ark. (1994) tarafından yapılan çalışmalarla olmuştur. Vaughn ve ark. (1995), hasta bakımında ÇOY kullanımının; hastaların iyimserlik duygusunu artırdığını ve hemşire hasta ilişkisine bir ivme, bir enerji kazandırdığını belirtmiştir. Ayrıca, hemşirelerin ÇOY ilkelerini kullanmalarının hastanın hastanede kalış süresini azaltmayı sağladığını iletmektedirler (Vaughn ve ark., 1995; Dolan ve Pichot, 2010). Webster ve ark., (1994) yatan hasta ünitelerinde çalışıp ÇOY ilkelerini uygulayan hemşirelerin hem kendilerinin hem de hastalarının güçlendiğini ifade ettiklerini iletmıştır. Hasta ve hemşirenin yeni yolları beraber keşfettiklerini belirtmiş, terapötik ortaklıktaki olumlu gelişmeyi vurgulamıştır (Webster ve ark.,

1994; Vaughn ve ark., 1995; Ferraz ve Wellman, 2008; Wand, 2012). Webster ve ark. (1994) ÇOY ile hemşireliğin amaçlarının; güven oluşturma, bireyin pozitif oryantasyonunu sağlama, bireyin kontrolünü geliştirme, güçlerini doğrulama ve geliştirme, pragmatikleri (yararlı/yararcı olanı) vurgulama ve birey için pozitif amaç oluşturmaya içerdiğini belirtmektedir. Bireyin kendi yaşamının uzmanı olduğunu vurgulayan işbirlikçi bir ilişki kurmak önemlidir (Webster ve ark., 1994; Wand, 2010).

Ruh sağlığı hemşireliğinde ÇOY kullanımını öneren Mason ve ark., (1994) bu yaklaşımın uygulama alanları için oldukça uygun bir yaklaşım olduğunu belirtmiştir. Araştırmacılar; hemşire ile birlikte çalışmaya istekli, memnuniyetsizlikleri net ifade edebilen, başkaları ile yakınlık ve etkileşim kurabilen ve travmatik bir deneyimi takiben hastanede yatan hastaların ÇOY'a daha iyi yanıt verdiğini belirtmişlerdir. ÇOY'a daha az yanıt verme olasılığı olan hastalar ise; psikotik hastalar, demanslı hastalar, şiddetli ruhsal bozukluğu olan hastalar, hafıza kaybı yaşayan hastalar, başkaları ile etkileşime geçmeyi engelleyecek düzeyde duygudurum bozukluğu olan hastalar ve hasta rolünü sürdürmeye istekli olan hastalar olarak belirtilmiştir.

McAllister (2003) problem odaklı yaklaşımın tıp gibi disiplinlerde yararlı olabileceğini, ancak insan ilişkilerine temellenen ve bireylerin yeteneklerini belirleyen, odak noktası bireyin kendisi olan hemşirelik için yararlı olmadığını vurgulamaktadır. McAllister (2007) ÇOH'un eleştirel düşünme becerisini ve bireylerin olumlu ve çözüm odaklı bir şekilde farkındalıklarını artırmaya içerdiğini savunmaktadır. ÇOH, bireylerin kendi kararlarını kendilerinin vermesini onaylayan ve kabul eden kolaylaştırıcı, katılımcı, saygın bir süreçtir. Bireylerle çözüm odaklı bir şekilde çalışmak bireylerin kendi durumlarını kendilerinin düzeltebileceği mesajını verir (Wand, 2013).

*** Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Alanında Yapılmış Çözüm Odaklı Yaklaşım Çalışmaları**

ÇOY ilkelerinin hemşirelik felsefesi ile uyuşması ve bu doğrultuda ÇOH kavramının gelişmesi ile birlikte bu yaklaşım ruh sağlığı hemşireliği alanında gittikçe artan bir ilgi ile popülerlik kazanmıştır (McAllister ve ark., 2006a; Wand, 2010). İntihar davranışı ile acil servise başvuran bireylere bakım veren hemşireler ÇOY'un; iletişim becerilerini geliştirdiğini, kendilerini sorun odaklı görüşmeden uzaklaştırdığını, hastaların psikososyal gereksinimlerine daha fazla odaklandıklarını ve kendi becerilerinden memnun olma düzeylerinin arttığını (McAllister ve ark., 2009), ayrıca

soru sorma becerilerini geliştirdiğini ve hemşirelik bakım kalitesinin arttığını belirtmişlerdir (McAllister ve ark., 2008). Kendine zarar veren hastalarda ÇOY'un uygulandığı bir diğer çalışmada ise, ÇOY'un kendine zarar veren hastalar için uygun ve kabul edilir bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Lamprecht ve ark., 2007). ÇOY'un şizofreni hastalarında uygulandığı farklı bir araştırma ise ÇOY'un aile yükü ve aile duygularının azalmasına sağladığı, ayrıca başa çıkma becerilerininide geliştirdiği belirtilmiştir (Chung ve Yang, 2004). Ruh sağlığı hemşirelerinin düşünce bozukluğu yaşayan hastalarla çalışırken, ÇOY'un kullanmalarının hastaların başa çıkamadıkları bazı semptomların üstesinden gelmelerini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Hagen ve Mitchell, 2001). Akut bakım ünitelerindeki ruh sağlığı hemşirelerine yönelik ÇOY eğitim programını tanımlayan bir diğer çalışmada ise, ÇOY'un hastaların klinikte kalış süresinde, hastaneye tekrar yatışlarda ve olumsuz olaylar yaşama durumlarında azalma sağladığı açıklanmıştır (Webster ve ark., 1994; Vaughn ve ark., 1995; Hosany ve ark., 2007). Bir diğer çalışma da, ÇOY eğitimi alan hemşirelerin bakım verdikleri bireylerle görüşmüş ve bireyler dinlendikleri ve anlaşıldıklarını hissettiklerini bildirmiştir (Stevenson ve ark., 2003). Sarı ve Günaydın'ın (2016) çözüm odaklı depresyon ile başa çıkma eğitiminin depresyon belirtileri üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, bu eğitimin depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma Ordu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Ana Bilim Dalı ile Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nın ortak çalışmasıdır ve hemşirelik adına öncü bir çalışma niteliğini taşımaktadır (Sarı ve Günaydın, 2016). Ruh sağlığı hemşireliği alanında ÇOY kullanımının yaygınlaştırılması gerekliliği vurgulanmakta ve ÇOY'un hemşirelik uygulamaları içine güvenle dahil edilebileceği belirtilmektedir (Ferraz ve Wellman, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma ön test-son test ve tekrarlı ölçümlerinin olduğu, kontrol gruplu deneysel araştırma özelliğindedir.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'nde yapılmıştır. Hastane Ocak 2014 tarihinden itibaren hizmet vermektedir. Hastane tek katlı bir idari blok ve poliklinik katı ile üç katlı bir yatan hasta bloğundan oluşmaktadır.

Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yalnızca psikiyatri ve ruh sağlığına yönelik hizmet verilmekte olup, toplam 120 yatak ve 7 kapalı klinik bulunmaktadır. Her klinikte; hasta odaları, bir adet hemşire odası, bir adet doktor odası, bir adet görüşme odası, bir adet tedavi odası, bir adet uğraşı odası, bir adet tespit odası, bir adet yemekhane, banyo ve lavabolar, bir adet depo ve bir adet giyinme odası bulunmaktadır. Ayrıca, hastanenin her katında klinikler dışında yer alan ziyaret salonları bulunmaktadır. Kliniklerde bulunan hasta odaları iki kişilik, geniş ve aydınlıktır. Hasta odalarında her hastaya ait yatak ve etajerin yanı sıra bir tuvalet bulunmaktadır. Hemşire odasında yer alan kamera sistemi ile hasta odaları, koridorlar, klinik dışı ve bahçe izlenebilmektedir.

Hastanede 50 hemşire ve bir ebe, bir sağlık bakım hizmetleri müdürü, bir sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, bir başhekim, bir başhekim yardımcısı, sekiz psikiyatrist, bir çocuk ve ergen psikiyatristi, bir nörolog, beş psikolog, üç sosyal çalışmacı, dört toplum sağlığı elemanı, iki laborant ve bir anestezi teknikeri çalışmaktadır. Hastanede çalışan hemşirelerin 29'u sağlık meslek lisesi, 12'si önlisans, dokuzu lisans mezunudur. Hemşireler hastanenin açılışından kısa bir süre önce psikiyatrik hastalıklar, ilaçlar, hastalara yaklaşım gibi konularda hekimler tarafından hizmet içi eğitime tabi tutulmuştur. Ancak hiçbir hemşirenin ruh sağlığı, psikoloji ya da psikiyatri ile ilgili özel bir eğitimi veya sertifikası bulunmamaktadır.

Psikiyatri kliniklerindeki işleyişe bakıldığında, hemşirelerin tüm hastaların bakım ve tedavisinden sorumlu olduğu ve iş merkezli çalıştıkları görülmektedir. Bir hastanın, herhangi bir kliniğe yatışı gerçekleştiğinde; hemşire hasta kabulü gerçekleştirmektedir. Kliniğin günlük işleyiş planında bire bir hemşire katılımı ile yapılan aktiviteler arasında; kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği ve bahçe saati yer almaktadır. Kliniklerde bazı sabahlar günaydın toplantısı yapılmaktadır. Toplantı kararı,

gün ve saati psikolog tarafından belirlenmektedir. Bu toplantıya yalnız psikolog ve sorumlu hemşire katılmakta, klinik hemşireleri günaydın toplantısına dahil olmamaktadır. Toplantıyı psikolog yönetmekte, sorumlu hemşire sadece psikoloğa hastanın genel durumuna dair gözlemlerini iletmektedir.

Hastalar için öğleden sonra saat 17:00'ye kadar ziyaret saati bulunmaktadır. Hastalar ziyaret için çıkarken klinikten hemşire gözetiminde ayrılmakta ve tekrar hemşire kontrol ve gözetiminde kliniğe kabul edilmektedir. Kliniklerde hemşirelik uygulamaları arasında herhangi bir terapötik görüşme, psikoterapi, grup yada bireysel terapi yer almamakta, ayrıca, COY uygulanmamaktadır. Hemşireler hastaları gün içerisinde genel olarak değerlendirmekte ve gözlemlemektedir. Hastanede hemşirelik uygulamaları daha çok ilaçları uygulama, genel klinik düzenini sağlama ve hastaları kontrol ve gözleme şeklinde yürütülmektedir. Ayrıca gece saat 21.00'da klinik karartılmakta ve hastalar uyumaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'nde yatarak tedavi gören depresif bozukluğu olan bireyler oluşturmuştur. Hastanede, DSÖ tarafından 2016'da geliştirilmiş olan Uluslararası Hastalık Sınıflama Sistemi 10. Versiyonu (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/ICD-10) tanı kodları kullanılmaktadır. Bu doğrultuda, ICD-10 da; major depresif bozukluğun alt başlıkları içinde yer alan depresif nöbet ve yineleyen depresif bozukluk kodları ve alt başlıkları ile hastaneye yatırılan ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) puanı 30 ve 45 puan arasında olan 181 hasta araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama süreci Aralık 2015-Mayıs 2017 (18 ay) zaman aralığında gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

*** Araştırmanın Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması**

Hastanede, 1 Ocak 2014 – 31 Aralık 2014 tarihleri arasında; yatarak tedavi olmuş depresif nöbet tanılı hasta sayısı 135, yineleyen depresif bozukluk tanılı hasta sayısı ise 127'dir. Majör depresif bozukluğun alt başlıkları arasında yer alan yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır ve psikotik belirtili ağır depresif nöbet tanıları alan bireyler psikotik özellikler gösterdiklerinden örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmada örneklem sayısı G*POWER – güçlü istatistiksel analizler ve hesaplar yapma programı ile belirlenmiştir. Örneklem sayısı; 0,80’lik güç, 0,3 etki büyüklüğü, 0.05’lik yanılma payı ile çalışma ve kontrol gruplarında 31’er olmak üzere toplamda 62 birey olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü için Tekrarlı Ölçümler Düzeni kullanılmıştır (Faul ve ark., 2007). Araştırmada yer alan gruplar basit rastgele örnekleme ile belirlenmiştir. Bu doğrultuda, ÇOY uygulamasına başlarken ilk görüşülen hasta çalışma grubuna, ikinci gelen hasta ise kontrol grubuna kabul edilmiş ve gruplara atanma işlemi bu şekilde devam ettirilmiştir. Araştırmada uygulamaya örneklem sayısına ulaşılan kadar devam edilmiş, bu bağlamda araştırma 31 birey çalışma grubu ve 31 birey kontrol grubu olmak üzere toplamda 62 bireyle sonlandırılmıştır.

*** Örneklem Özellikleri**

Bu araştırmanın dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma ölçütlerine Çizelge 3.4.2.1.’de yer verilmiştir.

Çizelge 3.4.2.1. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri

Dahil edilme ölçütleri	Dışlama ölçütleri	Çıkarılma ölçütleri
<ul style="list-style-type: none"> - ICD-10 da; depresif nöbet ve yineleyen depresif bozukluk kodlarına göre en az altı ay önce depresyon tanısı alma - BDE toplam puanı 30-45 puan aralığında olma - 18-60 yaş aralığında olma - Okuryazar olma - Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi görme - Çalışmaya katılmaya gönüllü olma 	<ul style="list-style-type: none"> - Komorbid psikiyatrik tanısı olma - Psikotik belirtiler gösterme - Organik kronik bir hastalık tanısı olma -Alkol-madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olma - Herhangi bir destek grubu ya da psikoterapiye katılma 	<ul style="list-style-type: none"> - Çalışma grubunda toplam görüşmelerin %20 sine katılmama - Kontrol grubunda tekrarlı ölçümlerden herhangi birine katılmama - Araştırmanın herhangi bir aşamasında kendi rızası ile ayrılmak isteme

Basit rastgele örnekleme yöntemi ile araştırmaya dahil olan çalışma ve kontrol grubu hastaları arasında, sonuç değişkenlerini etkileyebileceği düşünülen faktörlerle ilgili, grupların benzerliğini değerlendirmek için; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kullanılan ilaç, hastalık süresi ve BDE puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı analiz edilmiştir. Çalışma ve kontrol grubu arasındaki farkın analizinde, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kullanılan ilaç, hastalık süresi ve BDE puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak birbirlerinden farksız olduğu ($p>0.05$), bireylerin çalışma ve kontrol grubuna homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 3.4.3.1, Tablo 3.4.3.2.).

Araştırma kapsamında çalışma grubu ile bir ön görüşme ve beş çözüm odaklı görüşme olmak üzere altı görüşme yapılmıştır. Ancak, ÇOY felsefesi ve literatür bilgisi, hastaların gereksinimlerine göre görüşme sayısının 12'e kadar arttırılabileceği, 12 görüşmeden fazlasının ise ek bir fayda sağlamayacağı yönündedir. Araştırmamızda ise ihtiyaç duyulan görüşme sayısı en fazla 10'dur. Çalışma grubunda toplam görüşmelerin %20 sine katılmayan hastalarla görüşmeler sonlandırılmıştır. Araştırma kapsamında kontrol grubunda yer alan hastaların tüm ölçüm uygulamalarına dahil olması beklenmiştir. Çözüm odaklı yaklaşım müdahalesi (ÇOYM)'den bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki tekrarlı ölçümlerinden herhangi birine katılmayan hastalar araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Araştırma sürecinde; çalışma grubuna 52, kontrol grubuna 67 birey dahil olmuştur. Çalışma grubunda 17 ve kontrol grubunda 23 hasta taburcu olma, ilçede yaşama, görüşmelere getirecek bir yakının yokluğu ve herhangi bir gerekçe bildirmeyerek araştırmadan ayrılmış ve görüşmeler sonlandırılmıştır. Ayrıca tekrarlı ölçüm uygulamalarına çalışma grubunda 4 ve kontrol grubunda 13 hasta kendilerine ulaşamaması ve herhangi bir gerekçe bildirmeyerek araştırmadan ayrılmıştır.

Tablo 3.4.3.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Yaş, Hastalık Süresi ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar	X±SS	Min-max	Test (t)	p
Yaş	Çalışma Grubu (n=31)	39.35±9.81	22-58	0.362	0.718
	Kontrol Grubu (n=31)	40.42±13.10	18-60		
Hastalık Süresi	Çalışma Grubu (n=31)	7.42±6.00	1-24	1.656	0.103
	Kontrol Grubu (n=31)	10.10±6.71	1-29		
BDE Puan Ortalamaları	Çalışma Grubu (n=31)	36.32±4.23	30-44	0.633	0.529
	Kontrol Grubu (n=31)	35.68±3.79	30-43		

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Tablo 3.4.3.1.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin yaş, hastalık süresi ve BDE puan ortalamalarının gruplara göre dağılımına yer verilmiştir. Çalışma grubunun yaş ortalaması 39.35±9.81, kontrol grubunun 40.42±13.10 olarak saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (t=0.362; p=0.718). BDE puan ortalaması çalışma grubunda 36.32±4.23, kontrol grubunda 35.68±3.79'dur. Çalışma ve kontrol grubunun BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (t=0.633; p=0.529). Çalışma grubunda hastalık süresinin 7.42±6.00, kontrol grubunda ise 10.10±6.71 yıl olduğu saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu hastalık süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (t=1.656; p=0.103).

Tablo 3.4.3.2. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Cinsiyet, Eğitim ve İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Bireysel ve İlaç Kullanım Özellikleri	Çalışma Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)		Test χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	17	54.8	13	41.9	1.033	0.309
Erkek	14	45.2	18	58.1		
Eğitim						
Okuryazar/ İlkokul	12	38.7	14	45.2	2.249	0.325
Ortaokul	9	29.0	12	38.7		
Lise/Üniversite	10	32.3	5	16.1		
İlaç kullanım Özellikleri						
*AD	5	16.1	9	29.0	2.028	0.567
AD ve **AP	11	35.5	11	35.5		
AD; AP ve***ANK	7	22.6	4	12.9		
AD ve ANK	8	25.8	7	22.6		

Ki-kare testi kullanıldı. *Antidepresan grubu ilaçlar, **Antipsikotik grubu ilaçlar, ***Anksiyolitik grubu ilaçlar

Tablo 3.4.3.2.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin cinsiyet, eğitim ve ilaç kullanım özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Çalışma grubunda yer alan bireyler incelendiğinde, % 54.8'inin kadın, %38.7'sinin okuryazar/ilkokul mezunu, % 35.5'inin tedavisinde antidepresan ve antipsikotik grubu ilaçların kullanıldığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan bireyler incelendiğinde ise, % 41.9'unun erkek, % 45.2'sinin okuryazar/ilkokul mezunu, % 35.5'inin tedavisinde antidepresan ve antipsikotik grubu ilaçların kullanıldığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu arasında cinsiyet, eğitim ve kullanılan ilaç türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler

1. İntihar olasılığı düzeyi
2. Sosyal işlevsellik düzeyi

Bağımsız değişkenler

1. Çözüm odaklı yaklaşım

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), İntihar Olasılığı Ölçeği (IOÖ) ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) kullanılmıştır.

* **Sosyodemografik Veri Formu (EK 1)**

Sosyodemografik veri formu, araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda geliştirilmiştir (Knekt ve ark. 2008; Javanmiri ve ark., 2012; Koorankot ve ark., 2014). Formda hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık süreçlerine ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 14 soru yer almaktadır. Sosyodemografik özellikler; cinsiyet, yaş, mezun olunan okul, medeni durum, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişi, sosyoekonomik düzey algısı ve çalışma durumunu belirleyen sorulardır. Hastalık süreçlerine ilişkin sorular ise; ilk hastalanma yaşı, poliklinikten takip süresince kontrollere düzenli gelme durumu, poliklinikten takip süresince ilaçları düzenli kullanma durumu, hastalığın tedavisi süresince danışmanlık ya da psikoterapi alma durumu, son bir yıl içerisinde hastalığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı ve şu anda hastalığı için kullandığı ilaçları değerlendiren sorulardan oluşmaktadır.

* **Beck Depresyon Envanteri (EK 2)**

Beck Depresyon Envanteri, depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck ve ark. tarafından (1961) geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek '0' ile '3' arasında derecelendirilen dördümlük likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puan ranjı 0-63'dür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif-orta, 19-29 puanlar arası orta-şiddetli ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu belirlemektedir (Beck ve ark., 1961; Beck ve ark., 1988). Bu araştırmada BDE çalışma

ve kontrol grubuna dahil edilecek hasta bireylerin seçiminde kullanılmıştır. Çalışma ve kontrol grubuna şiddetli düzeyde depresyon yaşayan bireylerin alınması planlanmıştır. Bu nedenle Beck ve ark. 'nın (1988) depresyonun şiddetini belirlemede kullandığı dereceleme düzeylerine göre 30-63 puanlar arasında yer alan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Ancak, ön uygulama sonrasında BDE puanı 45 puan ve üzerinde olan hastaların çözüm odaklı görüşmelere uyum sağlayamadıkları ve çözüm odaklı görüşmelerde gerçekleştirilmesi gereken ev ödevlerini yerine getiremedikleri, bilişsel yetilerini kullanma ile ilgili zorluklar yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu nedenle, araştırmada çalışma ve kontrol gruplarına BDE puanı 30-45 puan arası olan bireyler dahil edilmiştir. Bu çalışmada BDE cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.85 bulunmuştur.

* **İntihar Olasılığı Ölçeği (EK 3)**

İntihar Olasılığı Ölçeği Cull ve Gill (1988) tarafından ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, intiharın davranışsal, bilişsel ve duygusal bileşenlerini belirlemeye yöneliktir. Ölçek ile ilgili çalışmalar, intihar girişimi olan kişiler, psikiyatrik hastalar ve normal örneklem üzerinde yapılmıştır. Ölçek 1-4 arası likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinde, maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. İÖÖ'nin orijinali, umutsuzluk (12 madde), intihar düşüncesi (8 madde), kendini olumsuz değerlendirme (9 madde) ve saldırganlık (7 madde) olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Her alt ölçek için ayrı puan toplamı elde edilirken tüm puanların toplamıda genel intihar olasılığı puanını vermektedir. Ölçek puan ranjı 36-144'tür. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret etmektedir. İntihar Olasılığı Ölçeği cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .93, test tekrar test güvenirlik katsayısının .92 olduğu belirtilmiştir (Cull ve Gill, 1988).

Ölçeğin, Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş olan orijinal formunun ülkemizde, Türkçe'ye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin (1993) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Ölçek daha sonra Tuğcu (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerliliği ve güvenirliği normal yetişkin bireylerle yapılmıştır. Ölçeğin, Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş olan orijinal formunun kültürümüze uyarlanması ile ilgili ayrıntılı bilgiler ise Tüzün (1997) tarafından verilmiştir. Aynı ölçeğin Şahin ve Durak (2000) tarafından da geçerlilik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon, güvenilirlik ve geçerlik çalışması ise Atlı ve ark., (2007) tarafından klinik örnekleme çalışılmıştır.

Ölçeğin çok farklı kişiler tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ancak bu çalışmada Şahin ve Durak (2000) tarafından intihar girişiminde bulunanlar, depresyon tanısı alan psikiyatrik hastalar ve normal grup ele alınarak tekrar çalışılan ve bir miktar değiştirilen formu kullanılmıştır. Ölçeğin, intihar girişiminde bulunan hastalar, depresyon tanısı almış olanlar ve hiçbir tanı almamış sağlıklı bireylerden oluşan 133 kişilik bir örneklem grubuna uygulanması sonucu elde edilen cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .95 olarak saptanmıştır. Bu örneklem üzerinden yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %51.9'unu açıklayan üç faktör bulunmuştur. Bu faktörleri oluşturan maddeler ve faktör alt ölçeklerinin cronbach alpha güvenilirlik katsayıları;

Olumsuz benlik ve tükenme (OBT): 5, 9., 10., 12., 15., 16., 17., 18., 19., 23., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 32., 33., 35. ve 36. maddeler (α .95),

Hayata bağlılıktan kopma (HBK): 2, 6., 7., 11., 20., 21., 22. ve 24. maddeler (α = .79),

Öfke (Ö):1., 3., 4., 8., 13., 14., 31. ve 34. maddeler (α = .73) olarak belirtilmiştir.

Ölçeğin puanlaması yine 4'lü likert şeklindedir, ancak maddelerin bireyler tarafından puan yerine yüzde ile değerlendirilmesi sağlanmıştır. Yanıtlar “%0 uygun”, “%30 uygun”, “%70 uygun” ve “%100 uygun” şeklinde alınmıştır. Ölçeğinin bu formunda 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Her alt ölçek için ayrı puan toplamı elde edilirken tüm puanların toplamında genel intihar olasılığı puanını vermektedir. Ölçek puan ranjı genel intihar olasılığı puanı için 36-144, olumsuz benlik ve tükenme alt grup için 20-80 puan, hayata bağlılıktan kopma alt grup için 8-32 puan ve öfke alt grup için 8-32 puan olarak belirlenmiştir (Şahin ve Durak, 2000). Ölçeğin bu formunda intihar riskinin değerlendirilmesi ve derecelendirilmesine dair bir analiz yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada intihar riskini değerlendirmek için Cull ve Gill(1988) ve Atlı ve ark.'nın (2007) çalışmalarında belirtilen intihar riski derecelendirmesi kullanılmıştır. Atlı ve ark.'nın (2007) belirttiğine göre Cull ve Gill (1990) ölçekten elde edilen olasılık puanlarının hangi sınırlar içerisinde ne şekilde yorumlanacağını belirtmişlerdir: Buna göre 0–24 normal, 25-40 hafif, 50-74 orta ve 75-100 şiddetli derecede intihar riskini göstermektedir (Cull ve Gill, 1990; Atlı ve ark., 2007).

Bu çalışmada cronbach alpha güvenilirlik katsayıları; İÖÖ için 0.861, olumsuz benlik ve tükenme alt grubu için 0.823, hayata bağlılıktan kopma alt grubu için 0.679 ve öfke alt grubu için 0.839 bulunmuştur.

*** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (EK 4)**

Sosyal işlevselliği ölçmeye özgü SUKDÖ Bosc ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiştir. SUKDÖ her yaştaki depresyon hastasında klinik araştırma amaçlı olarak, sosyal işlevsellik düzeyini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin geçerlik çalışması Fransa'da genel toplumdan 3400 kişi ve 496 depresif birey ile yapılmıştır. Ölçek, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanını (İş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulamaktadır. Ölçeği dolduranlar motivasyonları ve davranışlarını, kendilik algılarını, günlük yaşamlarında sahip oldukları farklı rollere ilgilerini ve aldıkları tatmini değerlendirilebilmesi amacıyla birbirlerini tamamlayan sorulara yanıt vermektedirler. Ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi toplam 0-3 puan aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçek puan ranjı 0-60'dır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir. Yüksek puanlar iyi sosyal işlevselliği gösterir. Testin depresif belirtilerde meydana gelen değişikliklere hassas ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır (Bosc ve ark., 1997).

Ülkemizde SUKDÖ geçerlik güvenilirlik çalışması Akkaya ve ark. (2008) tarafından Majör Depresif Bozukluk tanısını karşılayan bireyler ve sağlıklı olan yetişkinlerle yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde, ölçeğin iç tutarlığı cronbach alfa değeri tüm grup için .90, yalnızca depresyon grubu için ise .87 olarak elde edilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliğinde korelasyon katsayısı 0.77 olarak elde edilmiştir. Akkaya ve ark. (2008) çalışmaları sonucunda SUKDÖ Türkçe formunun Majör Depresif Bozukluk hastalarında "sosyal işlevsellik" kaybını ölçmede geçerli ve güvenilir kabul edilebileceğini belirtmiştir. Ölçeğin depresif belirtilerde meydana gelen değişikliklere hassas ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.88 saptanmıştır.

3.7. UYGULAMA

3.7.1. Hazırlık Aşaması

Araştırmanın hazırlık aşaması başlangıcında literatür taraması yapılmış ve araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarına karar verilmiştir. Bireylerin örnekleme dahil edilmesinde BDE toplam puanı 30-45 puan aralığında bulunan bireylerin alınması gerektiği kriteri doğrultusunda, Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen BDE'nin kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerde intihar olasılığını değerlendirmek için Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen ve ülkemizde farklı kişiler tarafından farklı örneklem gruplarında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan İÖÖ kullanılmıştır. Bu araştırmada depresif bireylerle çalışılacağı için Şahin ve Durak (2000) tarafından intihar girişiminde bulunanlar, depresyon tanısı alan psikiyatrik hastalar ve normal grubun birlikte ele alındığı örneklem grubunda çalışarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan İÖÖ versiyonunun kullanımına karar verilmiştir. Bireylerin sosyal işlevselliğini değerlendirmek için ise Bosc ve ark. (1997) tarafından geliştirilen, ülkemizde Akkaya ve ark. (2008) geçerlik güvenirlik analizini yaptıkları SUKDÖ'nün kullanılmasına karar verilmiştir. Ülkemizde sosyal işlevselliği ölçen farklı ölçekler bulunmaktadır. Ancak özellikle depresif bozukluğu olan bireylerle çalışılarak geliştirilen ve depresif bireylerde sosyal işlevselliği değerlendirme özelliğine sahip olduğu için Akkaya ve ark. (2008) ölçeğine karar verilmiştir. Tüm ölçeklerin kullanımı için gerekli yazışmalar yapılmış ve kullanım izinleri alınmıştır. İzinler kısmında yer verilmiştir.

Hazırlık aşamasının bir sonraki bölümünde Depresif Bireyler için Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı (DBÇOYP)'nin oluşturulması ve uygulanmasında araştırmacının danışmanlık yeterliliğinin sağlanması için araştırmacı teorik ve uygulamalı eğitimi kapsayan, Dr. Öğr. Üyesi Nevin DÖLEK tarafından yürütülen Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi I. ve II. Modül (2014)'ü tamamlamış ve sertifika almıştır. Araştırmacı ek olarak, özellikle depresyon vaka analizleri-süpervizyon başlıklarını içeren çözüm odaklı 8 saat teorik ve 8 saat uygulama eğitimi almıştır. Bununla birlikte araştırmacı Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bölümü'nde lisans dersleri kapsamında yürütülen Çözüm Odaklı Yaklaşım modülüne katılmış ve yaklaşık 6 saatlik bir teorik eğitim almıştır.

Hazırlık aşamasının son bölümünde araştırmacının aldığı eğitim ve sertifika desteği ile literatür taraması sonrasında Depresif Bireyler için Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahale Programı geliştirilmiştir. Geliştirilen program çözüm odaklı yaklaşım

konusunda sertifika eğitimi veren, psikiyatri hemşireliği alanında uzman ve hemşirelik alanında çözüm odaklı yaklaşımı kullanarak akademik çalışma yürütmüş, ayrıca üniversite düzeyinde çözüm odaklı yaklaşım dersleri yürüten farklı alanlarda (Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği, Eğitim Bilimleri gibi) beş uzmana gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri değerlendirilmiş, gelen öneriler doğrultusunda (görüşme sayısının en az altı, en fazla 12 olarak değiştirilmesi, amaç belirlemeye yönelik ekstra sihirli değnek sorusunun sorulması, bireyin neyi değiştirmek istediğinin yanı sıra nelerin aynı kalmasını istediğinin sorulması gibi) yeni düzenlemeler yapılmış ve programa son şekli verilmiştir.

3.7.2. Depresif Bireyler İçin Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı

DBÇOYP depresif bireylerin sorunları yerine sorunlarının çözümleri üzerinde duran, güçlü yönleri ve var olan kaynaklarına odaklanmaları için hazırlanmış bir danışmanlık yaklaşımıdır. Programla ilgili ayrıntılar EK 5.' de yer almaktadır.

Programın genel amacı: ÇOY bireylerin sorunları yerine sorunlarının çözümleri üzerinde duran, güçlü yönleri ve var olan kaynaklarına odaklanan bir danışmanlık yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda yaklaşım, bireyin problemini çözmekten ziyade, bireyin kendi problemleri için çözümler üretebilmesini amaçlar (Wand, 2010; Smith ve ark., 2011; Sklare, 2013). Bu genel amaç doğrultusunda, çözüm odaklı yaklaşım müdahale programı depresif özellikler gösteren bireyin kaynaklarını ve güçlü yönlerini ortaya çıkararak, bireye bu yönlerini nasıl kullandığını ya da kullanacağını fark ettirmeye çalışma, bireyin çözüm oluşturabilme ve çözümün önündeki engelleri kaldırabilme becerisini geliştirmeye yönelik geliştirilmiş bir programdır.

Bu programın hedefleri;

- Bireyin kendi yaşamı için pozitif amaçlar belirleyebilmesi,
- Bireyin pozitif amaçlarına ulaşabilmesi için bir yol haritası oluşturabilmesi,
- Bireyin kendi kaynak ve güçlerini fark etmesi,
- Bireyin çözüm için kendi zihinsel haritalarını oluşturabilmesi,
- Bireyin çözümün/başarının önündeki engelleri ortadan kaldırmaya yönelik planlar yapabilesidir.

Programın uygulanma şekli ve süresi:

ÇOY'da oturumların sayısının bir ile yirmi arasında değiştiği ve ortalama altı oturum sürebileceği belirtilmiştir (Doğan, 1999). Genellikle ÇOY üç ile beş oturum ile sınırlıdır. Her oturumun ortalama 30-60 dakika sürebileceği belirtilmiştir. Danışman ve hasta arasında oturumların sıklığı ve süresi görüşülebilmesine rağmen, sık sık görüşme yapmanında bir gerekliliği olmadığı belirtilmiştir (Evans ve Evans, 2013). Bu doğrultuda, DBÇOYP, bir ön görüşme ve çözüm odaklı beş görüşme olarak planlanmıştır. Ancak, DBÇOYP'ye devam eden hasta daha fazla görüşmeye gereksinim duyduğunu ifade ederse on iki görüşmeye kadar görüşmeler artırılmaktadır. Kaç görüşme yapılırsa yapılsın hastaların programa başlama ve bitirme süreleri 20 gün ile sınırlıdır. Görüşmelerin sayısının artması yalnızca görüşme sıklıklarının değişmesi ile sağlanır. Her bir görüşmenin süresi 40 dakika şeklinde gerçekleştirilmektedir. Program araştırmacı tarafından hastalar ile bireysel görüşmeler şeklinde uygulanmaktadır. Görüşme saatlerine hastalar karar vermekte, ancak araştırmacı tarafından hastalığın doğası gereği öğleden sonra saatleri görüşme için tercih edilmektedir.

Programın yapılandırılması: Her danışmanlık modelinde olduğu gibi ÇOY modelinde de, modelin daha etkili kullanılmasını ve yararlı olmasını sağlayan bir takım kurallar ve felsefi yaklaşımlar bulunmaktadır. ÇOY'un; *bozulmadıysa tamir etme, önce neyin işe yaradığını anla ve onu daha çok yap ve eğer çalışmıyorsa tekrar deneme* gibi üç önemli felsefi ilkesi bulunmaktadır (Corey, 2005; Smith ve ark., 2011; Sklare, 2013). Ayrıca, ÇOY, danışmanın hastada farkındalık oluşturabilmesi için gerekli olduğuna inandığı beş önemli varsayım ileri sürmektedir. Bunlar; *başarılarla odaklanıldığında yararlı değişimlerin ardından geleceği, her sorun yaşanan durumda bu sorunun görünmediği istisnai durumların olduğu, küçük değişimlerin bir kartopu etkisi yaratarak büyük değişimlere yol açabildiği, herkesin sorunlarını çözebilme gücü olduğu ve danışanın amaçlarının neleri yapmak istemediği değil, neleri yapmak istediği üzerine kurgulanması* gerektiği şeklindedir (Dölek ve Kunter 2013; Sklare, 2013). Depresif bireyler için oluşturulan COY programının ön görüşme ve diğer çözüm odaklı beş görüşmenin her biri bu varsayımlar dikkate alınarak şekillendirilmiştir.

Programda kullanılan çözüm odaklı yaklaşım teknikleri: ÇOY'da ilk görüşmenin çok önemli olduğu, görüşmelerin ilk görüşme ve diğer görüşmeler şeklinde yapılandırıldığı ve kullanılan tekniklerinde bu doğrultuda oturumlarda kullanım şekillerinin değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (Sklare, 2013). ÇOY'da ilk görüşmenin öğeleri:

- Çözüm odaklı amaç belirleme
- Mucize soru
- Örnek/istisna durumların ve çözümlerin ortaya çıkarılması
- Başetme soruları (Zihinsel Haritalar)
- Amigoluk (Cheerleading)
- Var olan durumun derecelendirilmesi (derecelendirme sorusu)
- Başarının önündeki engellerin tanımlanması ve üstesinden gelinmesi (Mayın tarlasının temizlenmesi)
- Mesajın yazılması şeklindedir (Smith ve ark., 2011; http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014_01/16114558_zmodaklpsilolojikdanma.pdf).

ÇOY'da ilk görüşme bireye sürece ilişkin bilgi verilmesi ile başlar. Görüşmelerde ikinci ve en önemli aşama amaçların belirlenmesidir. Amaç belirlenirken bu yaklaşımın kendine özgü tekniklerinden olan “Mucize sorular”, “Başka ne? soruları” ve “Derecelendirme soruları” kullanılır (Mason ve ark., 1994; Core, 2005).

Amaç belirlendikten sonra görüşme süreci amaçla ilgili örnek/istisna durumları ortaya çıkarma ile devam eder. Görüşmenin sonunda kısa bir ara verilerek, birey için mesaj hazırlanır.

İlk görüşmenin öğeleri doğrultusunda ÇOY'da kullanılan teknikler: İlk görüşmeyi başlatma, gerçek merakı kullanma, mucize soruyu sorma, başka ne? soruları sorma, zihinsel haritalar oluşturma, amigoluk, derecelendirme yapma, mayın tarlasının temizlenmesi, mesaj yazma, not alma, övgüde bulunma, istisnai durumları keşfetme, danışanın dilinden konuşma, yeniden çerçeveleme, kabus sorular, normalleştirme ve başa çıkma soruları şeklinde sıralanmaktadır (Smith ve ark., 2011; Sklare, 2013; Wand, 2013).

Çözüm odaklı yaklaşımda ikinci veya daha sonraki görüşmelerin öğeleri:

İkinci ve izleyen görüşmelerde birey ve yaşamı ile ilgili iyi olan durumlar ortaya çıkarılır, iyi olanların etkisi ayrıntıları ile açıklanır, değişimlerin nasıl olduğu pekiştirilir ve ilave başarılar keşfedilerek yeni amaçlarla tekrar başa dönülür (Doğan, 1999; Dölek ve Kunter, 2013; Sklare, 2013). İkinci ve izleyen diğer görüşmelerde sürecin izlenmesi ve gerektiğinde tekrar tüm ÇOY tekniklerinin kullanılması yer almaktadır. Özellikle

ikinci ve daha sonraki oturumlara; *iyi olanları ortaya çıkarma (İ)*, *iyi olanların etkisini ayrıntıları ile açıklama (İ)*, *değişimlerin nasıl olduğunu pekiştirme (D)*, *ilave/fark edilmeyen başarıları keşfederek tekrar başlamayı (İ)* içeren İİDİ süreci olarak adlandırılan süreç kılavuzluk eder. İİDİ süreci hastanın sorunlarını başarıyla çözümlendiği anları gözden geçirerek amaçlarına yönelik ne denli ilerlediği konusunda bireye yardımcı olur. Her görüşme birinci görüşmede olduğu gibi bir mesajla sonuçlanır (Mason ve ark., 1994; Corey, 2005). DBÇOYP’de hasta gereksinimi ifadesi doğrultusunda altı görüşmeden fazla görüşme yapıldığında diğer görüşmelerde İİDİ süreci uygulanmaktadır (Sklare, 2013).

Bu araştırmada kullanılan Depresif Bireyleri için Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı (EK 5.), Depresif Bireyler için Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı Vaka Örneği (EK 6.) ve Hasta Görüşme Örnekleri (EK 7.) ekte sunulmuştur.

Çizelge 3.7.2.1. Çalışmaya Alınan Depresif Bireyler için Çözüm Odaklı Yaklaşım

Müdahalesi Programı Oturum İçerikleri ve Uygulama Akışı

Ön Görüşme – Hastaneye yatıştan bir gün sonra
AMAÇ: SOSYALLEŞME, İLİŞKİ KURMA VE BİLGİLENDİRME Hedefler Hastayla tanışmak, ilişki kurmak Hastayı araştırma süreci hakkında bilgilendirmek ÇOY felsefesi, ilkeleri ve kullanılan teknikler hakkında hastaya kısa bilgi vermek Gizlilik ilkesi ve sınırlarını iletmek Danışma sürecine dair kuralları belirlemek.
1. Görüşme – Hastaneye yatışının 4. günü
AMAÇ: POZİTİF AMAÇLARI KEŞFETME VE MUCİZEYİ KONUŞMA Hedefler Gerçek merakı kullanarak hasta hakkında geniş bilgi sahibi olmak Çözüm odaklı pozitif amaçları belirlemek Mucize soruyu sormak-Sihirli değnek ve Beyaz küre etkinliği Mucizenin gerçekleşmesi için kimlerin neler yapacağını belirlemek Ev Ödevi 1'i vermek
2. Görüşme- Hastaneye yatışının 8. günü
AMAÇ: HASTANIN ÇÖZÜM ODAKLI POZİTİF AMAÇLARINA ULAŞMASINDA BİR YOL HARİTASI OLUŞTURMA Hedefler Ev Ödevi 1'i ayrıntıları ile değerlendirmek Hastanın mucizenin bazı kısımlarının geçmişte gerçekleşmiş olduğuna ilişkin farkındalığını sağlamak adına istisnai durumları belirlemek Bireye geçmişte mucizenin gerçekleştiği zamanları hatırlatarak bugünkü olası çözümleri keşfetmesini sağlamak İç kaynaklarına olan farkındalığını artırmak Ev Ödevi 2'i vermek
3. Görüşme- Hastaneye yatışının 12. günü
AMAÇ: KAYNAKLARIN FARKINA VARMA VE ÇÖZÜMLER İÇİN ZİHİNSEL HARİTALAR OLUŞTURMA Hedefler: Ev Ödevi 2'i ayrıntıları ile değerlendirmek Mucize ile ilgili istisnaların tanımlanmasından sonra hastaya çözüm adımlarını nasıl atacağını keşfettirmek Çözümlerle ilgili zihinsel haritalar oluşturmak Hastanın güçlü yanlarını fark etmesi ve iç kaynaklarına olan farkındalığını artırmak Ev Ödevi 3'ü vermek
4. Görüşme- Hastaneye yatışının 16. günü
AMAÇ: MAYIN TARLASINI TEMİZLEME Hedefler Ev Ödevi 3'ü ayrıntıları ile değerlendirmek Başarının gerçekleşmesinin önündeki engelleri tanımlamak Başarının önündeki engellerin üstesinden gelmek Amaçlara ulaşmayı engelleyebilecek olası şeyleri ortadan kaldırmaya yönelik plan yapmayı sağlamak Mayın tarlasını temizlemek Ev Ödevi 4'ü vermek
5. Görüşme- Hastaneye yatışının 20. günü
AMAÇ: DANIŞMA SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SONLANDIRILMASI Hedefler Danışma sürecinin genel değerlendirmesini yapmak Danışma sürecinden edinilen kazanımları değerlendirmek Olumlu değişime dikkati çekmek Danışma süreci ile ilgili duygu ve düşünceleri paylaşmak Övgüyü kullanarak hastayı olumluya yöneltmek Derecelendirme sorularını sormak Danışma sürecini sonlandırmak

**Hasta gereksinimlerine göre yapılan ekstra görüşmelerde İİDİ süreci uygulanmıştır.*

3.7.3.Ön Uygulama Süreci

Araştırmanın ön uygulaması Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'nde yatan ve araştırma kriterlerine uyan beş hasta ile yapılmıştır. Araştırmacı hastalarla hastaneye yatışlarından bir gün sonra bir ön görüşme yapmış, görüşmede araştırma sürecini anlatmış ve BDE uygulamayı önermiştir. Araştırma sürecine katılmayı kabul eden ve BDE puanı 30-45 puan arasında olan hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan Bilgilendirilmiş Olur Formu'nu okuyup imzalamaları istenmiştir. Her hasta kendi rızası ile çalışmaya katılmıştır. Araştırmacı hastalarla bir ön görüşme ve beş çözüm odaklı yaklaşım görüşmesini dörder gün ara ile gerçekleştirmiştir. Ön uygulama sonrasında araştırmacının gözlem ve deneyimleri, hastalardan gelen geri bildirimler ve istekler nedeniyle DBÇOYP'de bir takım değişiklikler yapılmıştır. Ön uygulama grubunda yer alan bireyler, programda yer alan ev ödevlerinden bazılarını birbiriyle ilişkilendirmiş ve aynı yanıtları vermiştir. Ayrıca bazı hastalar (4 hasta) toplam altı görüşme sonrasında ek görüşme talebinde bulunmuşlardır. Araştırmacının gözlem ve deneyimleri ile hastaların istekleri programın oluşturulmasında görüş alınan uzman akademisyenlerle paylaşılmış ve yeniden görüşleri alınmıştır. Uzman akademisyenlerden alınan yeni görüş ve önerilerle, programda yer alan ev ödevi 1 ve 2 birleştirilmiş, bazı ev ödevlerinin içeriği değiştirilmiş, programda yer alan görüşme sayısının en az altı ve en fazla on iki görüşme olmasına karar verilmiştir. Görüşmelerde üst sayının on iki olarak belirlenmesinde uzman görüşlerinin yanı sıra literatür yeniden gözden geçirilmiş, bazı araştırmalarda görüşme üst sınırın on iki oturum olduğu görülmüştür (Knekt ve ark. 2008; Knekt ve ark., 2008a). Ayrıca, ön uygulama sonrasında BDE puanı 45 puan ve üzerinde olan hastaların çözüm odaklı görüşmelere uyum sağlayamadıkları ve çözüm odaklı görüşmelerde gerçekleştirilmesi gereken ev ödevlerini yerine getiremedikleri, bilişsel yetilerini kullanma ile ilgili zorluklar yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu nedenle araştırmada çalışma ve kontrol gruplarına BDE puanı 30-45 puan arası olan bireyler dahil edilmiştir. Ön uygulama sürecinde görüşme yapılan hastalar araştırma örnekleme dahil edilmemiştir.

3.7.4. Uygulama aşaması

Araştırma verilerinin toplandığı uygulama aşamasında, araştırmacı Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'nde depresif nöbet ve yineleyen depresif bozukluk tanısı ile yatan ve psikotik özellikler göstermeyen hastalara hastaneye yatışlarından bir gün sonra araştırma sürecinden kısaca bahsetmiş ve

BDE uygulamayı önermiştir. Kabul eden ve BDE puanı 30 ve 45 puan aralığında olan hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan Bilgilendirilmiş Olur Formu'nu okuyup imzalamaları istenmiştir. Her hasta kendi rızası ile çalışmaya katılmıştır.

Her iki gruba da ölçüm araçları (Sosyodemografik veri formu, İÖÖ, SUKDÖ) hastaneye yatıştan bir gün sonra hastaların uygun olduğu bir zamanda, yüz yüze görüşerek uygulanmış ve ön test verileri toplanmıştır. Sonrasında çalışma grubundaki bireylerle çözüm odaklı bir ön görüşme ile DBÇOYP'na başlanmıştır. Program en az altı ve en fazla on görüşme şeklinde uygulanmıştır. Görüşmelerin sayısını ve sıklığını hasta kendi gereksinimleri doğrultusunda belirlemiş, görüşmeye başlama ve görüşmeyi sonlandırma süresi ise 20 gün olarak sabit kalmıştır. Görüşmeler kliniklerde bulunan doktor odalarında gerçekleştirilmiştir. Görüşme süreleri 30-40 dakikayı aşmayacak şekilde yürütülmüştür. Araştırmada kullanılan ölçeklerin doldurulması bu sürenin dışında tutulmuştur. Çalışma grubunda yer alan bireylerle ÇOYM'den bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki tekrarlı ölçümler için görüşmeler yapılmış, veri toplama araçları (İÖÖ, SUKDÖ) uygulanmış, son test ve izlem verileri toplanmıştır. Çalışma grubu ile DBÇOYP yürütülürken kontrol grubunda yer alan hastalar rutin klinik bakım almaya devam etmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastalarla araştırmacı, ön test, son test ve tekrarlı izlem ölçümleri dışında görüşmemiştir. Kontrol grubundaki bireylerle, son test ve izlem ölçümleri için, yatışın bir ay sonrası, iki ay sonrası ve dört ay sonrasında görüşmeler yapılarak veri toplama araçları uygulanmış (İÖÖ, SUKDÖ) ve veriler toplanmıştır. Hem çalışma hem de kontrol grubunda son test uygulaması hastalar hastane içinde iken uygulanmış, tekrarlı ölçüm tarihlerinde taburcu olmuş olan hastalarla görüşmek için zaman ve yer belirlenmiştir. Yer olarak Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi poliklinik ve kliniklerinde yer alan doktor odaları veya görüşme odaları kullanılmak istenmiş ancak, bu mekanlar uygun olmadığı için kullanılamamıştır. Tekrarlı ölçüm görüşmeleri hastanede ziyaretçi görüşme alanlarında ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yapılmıştır. İkinci izlem görüşmesi, hem çalışma hem de kontrol grubundaki bireylerle hastalar taburcu olduktan sonra (hastanede tedavileri tamamlanıp, taburcu oldukları için) telefonla aranarak randevu verilen günde yapılmıştır.

Çizelge 3.7.4.1. Araştırma Süreci

1.AŞAMA HAZIRLIK AŞAMASI	1.ADIM	VERİ TOPLAMA ARAÇLARINI BELİRLEME	DBÇOYP OLUŞTURMA	DBÇOYP'NI UZMAN GÖRÜŞÜNE SUNMA VE GEREKLİ DÜZENLEMELERİ YAPMA
	2.ADIM	DBÇOYP ÖN UYGULAMA	DBÇOYP'NI TEKRAR UZMAN GÖRÜŞÜNE SUNMA	DBÇOYP ÜZERİNDE GEREKLİ DÜZENLEMELERİ YAPMA
2.AŞAMA UYGULAMA AŞAMASI	1.ADIM	ÖLÇÜTLERE UYGUN ÖRNEKLEMİN BELİRLENMESİ BDE UYGULANMASI RANDOMİZASYONUN YAPILMASI (Çalışma grubu; n=52, Kontrol grubu; n=67) BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR ALINMASI		
	2.ADIM	VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI Hastaneye yatışın bir gün sonrası; ÖN TEST ; Sosyodemografik veri formu, İÖÖ, SUKDÖ)		
	3.ADIM	Çalışma Grubu; n=31 Bireysel çözüm odaklı danışma yaklaşımının uygulanması – en az 6 görüşme, en fazla 10 görüşme, görüşme sayı ve sıklığını hastanın belirlediği (20 gün)	Kontrol Grubu; n=31 Rutin klinik bakım	
	4.ADIM	VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ TEKRAR UYGULANMASI		
		ÇALIŞMA GRUBU *ÇOYM'den 1 hafta sonrası; SON TEST ; İÖÖ, SUKDÖ *ÇOYM'den bir ay sonrası; I. İZLEM ; İÖÖ, SUKDÖ *ÇOYM'den 3 ay sonrası; II. İZLEM ; İÖÖ, SUKDÖ	KONTROL GRUBU *Hastaneye yatışın 1. ayında; SON TEST ; İÖÖ, SUKDÖ *Hastaneye yatışın 2. ayında; I. İZLEM ; İÖÖ, SUKDÖ *Hastaneye yatışın 4. ayında; II. İZLEM ; İÖÖ, SUKDÖ	
3.AŞAMA RAPORLAMA AŞAMASI	İSTATİSTİKSEL ANALİZİN YAPILMASI VE ARAŞTIRMA RAPORUNUN YAZILMASI			

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS 21.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha:0.05$ olarak kabul edilmiştir. Kullanılan istatistiksel yöntemler Çizelge 3.8.1.'de özetlenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma, nitel değişkenlerde ise yüzde ve frekans ölçümleri kullanılmıştır. DBÇOYP' nin çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların ölçek puanları üzerindeki etkisini değerlendirmek için tek etken üzerinde tekrarlamaların olduğu iki yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Gruplar arasında ölçek puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı ise bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ile değerlendirilmiştir. Ölçekler arası ilişkiyi değerlendirmek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Çizelge 3.8.1. Kullanılan istatistiksel programlar ve analizlerin alanlarına göre dağılımı

İstatistik yapılan alanlar	Kullanılan istatistiksel yöntemler
Örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	G*Power (v3.1.9) programı, Tekrarlı Ölçümler Düzeni
Çalışma ve kontrol grupların homojenitesi (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kullanılan ilaç, hastalık süresi ve BDE puanları arasında gruplar arası farklılık)	İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve Pearson ki-kare testi
Ölçeklerin güvenilirliği	Cronbach alpha
DBÇOYP'nin çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların ölçek puanları üzerindeki etkisini değerlendirme	Tek etken üzerinde tekrarlamaların olduğu iki yönlü varyans analizi İleri test Bonferroni
Gruplar arasında ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılığı değerlendirme	Bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi
Nicel değişkenler	Ortalama ve standart sapma
Nitel değişkenler	Yüzde ve frekans ölçümleri

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (23.12.2015 tarihli, 12/45 sayılı) ve çalışmanın yapılacağı Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (01.04.2015 tarihli, 12858426/770/202 sayılı) çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Araştırmada kullanılan BDE, İOÖ ve SUKDÖ ile ilgili ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan ölçeklerin kullanım izni e-posta ile alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra uygulama öncesi araştırmaya katılmayı kabul eden çalışma grubunda yer alan bireylere Çalışma Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu (EK 8) ve kontrol grubunda yer alan bireylere Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu (EK 9) imzalatılarak onayları alınmıştır. Hastalara hangi grupta (çalışma/kontrol) yer aldıklarına ilişkin herhangi bir bilgi verilmemiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir:

- Bu araştırma bir ruh sağlığı hastanesinde yatarak tedavi gören depresif bireylerle yürütüldüğünden örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu nedenle araştırma sonuçları genellenemez ancak, genellemeye katkı sağlayabilir niteliktedir.
- Hastaların depresyon, intihar ve sosyal işlevsellik düzeylerinin belirlenmesi araştırmada kullanılan ölçekler doğrultusunda öz bildirimleri ile sınırlıdır.

* Araştırmanın zayıf yönleri ise;

- Araştırmaya dahil olan çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların taburculuk zamanları birbirinden farklılık göstermiştir. Bu nedenle, araştırmacı farklı yerlerde ve (hastane, ev ya da hastanın görüşmeyi istediği uygun herhangi bir yer vs.) ve gün içerisinde farklı zaman dilimlerinde (sabah, öğlen, öğleden sonra ve akşam) hastalarla görüşme yapmak durumunda kalmıştır. Araştırmada aynı mekanın kullanılmaması ve gün içinde farklı zaman dilimlerinin kullanılması araştırmanın zayıf yönü olarak değerlendirilmiştir.
- Araştırmacı çalışma grubunda yer alan hastalarla hastanede yatış sürelerinde depresif bozukluğun özelliği gereği sabah saatlerinde sıkıntılarının yoğun olduğu

zamanlarda değil, çoğunlukla kendilerini daha iyi hissettikleri öğleden sonraki saatlerde görüşmelerini gerçekleştirmiştir. Ancak, bazı hastalarla klinik işleyişinin ve hastaların uygun olmamaları nedeniyle görüşmeler sabah saatlerinde yapılmıştır (Hastalığın doğası gereği sabah saatlerinde hastaların duyuğ durumu nedeniyle daha olumsuz yanıtlar vermeleri ve görüşmelerde isteksiz olmaları olasılığı bulunmaktadır).



4. BULGULAR

Bu araştırma 31 çalışma, 31 kontrol grubunda olmak üzere toplam 62 depresif bozukluk tanılı bireyle yapılmıştır. Çalışma grubunda yer alan bireylerin yaş ortalaması 39.35 ± 9.81 , % 45.2'i erkek, % 54.8'i kadın, % 38.7 'i okuryazar/ilkokul mezunu, % 45.2'si evli, % 80.6'sı ailesi ile yaşamakta, % 61.3'ü ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmekte ve % 71'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kontrol grubunda yer alan bireylerin ise, yaş ortalaması 40.42 ± 13.1 , % 41.9'u kadın, %58.1'i erkek, %45.2'si okur yazar/ilkokul mezunu, % 61.3'ü evli, % 90.4'ü ailesi ile yaşamakta, % 51.6'sı ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmekte ve % 67.7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Çalışma grubunda yer alan bireyler hastalık özellikleri olarak değerlendirildiğinde çalışma grubundaki bireylerin hastalık yıl ortalaması 7.42 ± 6.0 , % 54.8'i poliklinik kontrollerine düzenli gelmekte, % 58.1'i poliklinikten takip edilirken ilaçlarını düzenli kullandığını ve % 93.5'i hastalık süresince herhangi bir danışmanlık/psikoterapi almadığını ifade etmekte, %35.5'inin tedavisinde hem antidepresan hem de antipsikotik grubu ilaçları birlikte kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan bireylerin ise hastalık yıl ortalaması 10.10 ± 6.71 , % 54.8'i poliklinik kontrollerine düzenli gelmekte, % 67.7'si poliklinikten takip edilirken ilaçlarını düzenli kullandığını ve % 77.4'ü hastalık süresince herhangi bir danışmanlık/psikoterapi almadığını ifade etmekte, % 35.5'inin tedavisinde hem antidepresan hem de antipsikotik grubu ilaçları birlikte kullanıldığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada, ÇOYM'un depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyine etkisini gösteren sonuçlar incelenmiş ve bulgular aşağıda belirtildiği gibi iki başlık halinde verilmiştir.

4.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM'den Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma ve kontrol grubunun ÇOYM öncesi, ÇOYM bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki SUKDÖ puan ortalamaları grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.1.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM'den Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Zaman	Gruplar	X±SS	Min-max	t	p
ÇOYM Öncesi	Çalışma Grubu (n=31)	28.32±10.21	9-53	1.493	0.141
	Kontrol Grubu (n=31)	24.58±9.52	10-45		
ÇOYM Bir Hafta Sonrası	Çalışma Grubu (n=31)	33.45±7.40	20-50	2.898	0.005*
	Kontrol Grubu (n=31)	25.09±14.24	9-48		
ÇOYM Bir Ay Sonrası	Çalışma Grubu(n=31)	33.61±7.42	18-47	5.139	0.001*
	Kontrol Grubu (n=31)	22.52±9.46	9-46		
ÇOYM Üç Ay Sonrası	Çalışma Grubu (n=31)	33.74±6.19	21-44	6.400	0.001*
	Kontrol Grubu (n=31)	21.19±8.99	9-50		

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı.

Tablo 4.1.1.'de çalışma ve kontrol grubundaki depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki ölçümlerinde SUKDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları çalışma grubunda 28.32±10.21, kontrol grubunda ise 24.58±9.52'dir. Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin ÇOYM öncesinde SUKDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki gruptaki bireylerin SUKDÖ puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=1.493, p= 0.141).

Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin ÇOYM bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki SUKDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma grubundaki bireylerin SUKDÖ puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p>0.05). ÇOYM'den bir hafta sonrası

değerlendirmede SUKDÖ puan ortalaması çalışma grubunda (33.45±7.40), kontrol grubundan (23.94±10.17) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=2.898, p=0.005). ÇOYM'den bir ay sonrası değerlendirmede ise SUKDÖ puan ortalaması çalışma grubunda (33.61±7.42), kontrol grubundan (22.52±9.46) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=5.139, p=0.001). ÇOYM'den üç ay sonrası yapılan değerlendirmede yine SUKDÖ puan ortalamasının çalışma grubunda (33.74±6.19), kontrol grubundan (21.19±8.99) yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=6.400, p=0.001).

Tablo 4.1.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM'den Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamalarının Grup içi Karşılaştırılması

SUKDÖ	Ölçümler	X±SS	Min- Max
Çalışma Grubu(n=31)	ÇOYM öncesi	28.32±10.21 (a)	9-53
	ÇOYM bir hafta sonrası	33.45±7.40 (b)	20-50
	ÇOYM bir ay sonrası	33.61±7.42 (b)	18-47
	ÇOYM üç ay sonrası	33.74±6.19 (b)	21-44
Test (F)/ p	5.146; 0.003* Post hoc a – b, F= 5.554, p=0.001		
Kontrol Grubu (n=31)	ÇOYM öncesi	24.58±9.52 (a)	10-45
	ÇOYM bir hafta sonrası	23.94±10.17 (a)	9-48
	ÇOYM bir ay sonrası	22.52±9.46 (a)	9-46
	ÇOYM üç ay sonrası	21.19±8.99 (a)	9-50
Test (F)/ p	1.866; 0.145		

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Sütun olarak ortak harf istatistiksel benzerliği göstermektedir.

Tablo 4.1.2.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki SUKDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde; çalışma grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları 28.32±10.21 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 33.45±7.40'a yükselmiş, bir ay sonrasında 33.61±7.42 ve üç ay sonrasında

33.74±6.19 olarak benzer şekilde devam etmiştir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (F= 5.146, p= 0.003). Yapılan ileri analizde farkın ÇOYM öncesi ile sonrası arasında olduğu belirlenmiştir (F= 5.554, p=0.001). Çalışma grubunda ÇOYM bir hafta sonrası ile, bir ay ve üç ay sonraki SUKDÖ puan ortalamaları benzerlik gösterirken ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları 24.58±9.52 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 23.94±10.17'e düşmüş, bir ay sonrası 22.52±9.46 ve üç ay sonrası 21.19±8.99 olarak süreğen düşüş devam etmiştir. Kontrol grubunda ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası SUKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F=1.542; p=0.213).

4.2. Çalışma ve kontrol grubunun ÇOYM öncesi, ÇOYM'den bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki İÖÖ puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bu bölümde çalışma ve kontrol grubunun ÇOYM öncesi, ÇOYM bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları grup içi ve gruplar arası olarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.2.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM'den Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İÖÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

İÖÖ Genel ve Alt Boyutları	Çalışma Grubu (n=31)	Kontrol Grubu (n=31)	Test	
			t	p
<u>ÇOYM ÖNCESİ</u>	X ± SS	X ± SS		
İÖÖ Genel	77.00±13.84	77.03±17.15	0.008	0.994
<i>OBT</i>	41.42±8.87	41.26±11.32	0.062	0.950
<i>HBK</i>	18.32±8.80	18.94±6.79	0.307	0.760
<i>Öfke</i>	18.87±6.43	17.26±5.93	1.027	0.309
<u>ÇOYM BİR HAFTA SONRASI</u>				
İÖÖ Genel	67.48±13.29	76.26±15.53	2.390	0.020*
<i>OBT</i>	35.52±10.10	40.32±11.14	1.779	0.080
<i>HBK</i>	16.9±5.98	18.55±7.67	0.942	0.350
<i>Öfke</i>	14.48±5.18	17.1±6.65	1.726	0.090
<u>ÇOYM BİR AY SONRASI</u>				
İÖÖ Genel	67.48±13.58	76.61±17.08	2.329	0.023*
<i>OBT</i>	34.74±11.37	39.1±12.23	1.452	0.152
<i>HBK</i>	18.55±7.02	19.42±5.71	0.536	0.594
<i>Öfke</i>	15.55±6.61	17.58±7.11	1.166	0.248
<u>ÇOYM ÜÇ AY SONRASI</u>				
İÖÖ Genel	63.32±14.80	77.13±15.19	3.625	0.001*
<i>OBT</i>	32.90±10.14	40.52±11.02	2.830	0.006*
<i>HBK</i>	15.42±6.56	19.48±5.28	2.689	0.009*
<i>Öfke</i>	14.61±6.20	17.87±6.21	2.069	0.043*

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı. ÇOYM: Çözüm Odaklı Yaklaşım Müdahalesi

Tablo 4.2.1.'de çalışma ve kontrol grubundaki depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki ölçümlerinde İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin ÇOYM öncesinde İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki gruptaki bireylerin İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). ÇOYM öncesi İÖÖ genel puan ortalaması çalışma grubunda 77.00 ± 13.84 , kontrol grubunda ise 77.03 ± 17.15 'dir ($t=0.008$, $p=0.994$). İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu çalışma grubu puan ortalaması 41.42 ± 8.87 , kontrol grubunun 41.26 ± 11.32 dir ($t=0.062$, $p=0.950$). İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutunda çalışma grubu puan ortalaması 18.32 ± 8.80 , kontrol grubunun 18.94 ± 6.79 'dur ($t=0.307$, $p=0.760$). İÖÖ Öfke alt boyutunda çalışma grubu puan ortalaması 18.87 ± 6.43 , kontrol grubunun 17.26 ± 5.93 'dür ($t=1.027$, $p=0.309$).

ÇOYM'den bir hafta sonrası değerlendirmede İÖÖ genel puan ortalaması çalışma grubunda (67.48 ± 13.29), kontrol grubundan (76.26 ± 15.53) düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.390$, $p=0.020$). Buna karşılık, her iki gruptaki bireylerin ÇOYM'den bir hafta sonrasında İÖÖ tüm alt boyut puan ortalamaları benzerlik göstermekte ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

ÇOYM'den bir ay sonraki değerlendirmede İÖÖ genel puan ortalaması çalışma grubunda (67.48 ± 13.58) kontrol grubundan (76.61 ± 17.08) düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.329$, $p=0.023$). Buna karşılık, her iki gruptaki bireylerin ÇOYM'den bir ay sonraki değerlendirmede İÖÖ tüm alt grup puan ortalamaları benzerlik göstermekte ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

ÇOYM'den üç ay sonraki değerlendirmede; çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki gruptaki bireylerin İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). ÇOYM'den üç ay sonraki değerlendirmede İÖÖ genel puan ortalaması çalışma grubunda (63.32 ± 14.80) kontrol grubundan (77.13 ± 15.19) düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3.625$, $p=0.001$). ÇOYM'den üç ay sonraki değerlendirmede İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutunda çalışma grubu puan ortalaması (32.90 ± 10.14), kontrol grubundan (41.26 ± 11.32) düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.830$, $p=0.006$). İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutunda çalışma grubu puan ortalaması (15.42 ± 6.56), kontrol grubundan (19.48 ± 5.28)

düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.689$, $p= 0.009$). İÖÖ Öfke alt boyutunda çalışma grubu puan ortalaması (14.61 ± 6.20), kontrol grubundan (17.87 ± 6.21) düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.069$, $p= 0.043$).

Tablo 4.2.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İÖÖ Genel Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

İÖÖ Genel	Ölçümler	X±SS	Min- Max
Çalışma Grubu(n=31)	ÇOYM öncesi	77.00±13.84 (a)	54-100
	ÇOYM bir hafta sonrası	67.48±13.29 (b)	36-95
	ÇOYM bir ay sonrası	67.48±13.58 (b)	41-100
	ÇOYM üç ay sonrası	63.32±14.80 (b)	23-96
Test (F)/ p	8.023; 0.001* Post hoc a – b, F=5.693; p=0.002		
Kontrol Grubu (n=31)	ÇOYM öncesi	77.03±17.15 (a)	43-100
	ÇOYM bir hafta sonrası	76.26±15.53 (a)	36-100
	ÇOYM bir ay sonrası	76.61±17.08 (a)	41-100
	ÇOYM üç ay sonrası	77.13±15.19 (a)	39-100
Test (F)/ p	0.073; 0.974		

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Sütun olarak ortak harf istatistiksel benzerliği göstermektedir.

Tablo 4.2.2.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki İÖÖ genel puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde; çalışma grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ genel puan ortalamaları 77.00 ± 13.84 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 67.48 ± 13.29 'a düşmüş, ÇOYM'den bir ay sonrasında 67.48 ± 13.58 ve üç ay sonrasında 63.32 ± 14.80 olarak süregelen düşüş devam etmiştir. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($F=8.023$, $p=0.001$). Yapılan ileri analizde farkın ÇOYM öncesi (77.00 ± 13.84) ile sonrası (67.48 ± 13.29) arasında olduğu belirlenmiştir ($F=5.693$; $p=0.002$). Çalışma grubunda ÇOYM'den bir hafta sonrası ile bir

ay ve üç ay sonrası İÖÖ genel puan ortalamaları benzerlik gösterirken ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ genel puan ortalamaları 77.03 ± 17.15 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 76.26 ± 15.53 , ÇOYM'den bir ay sonrası 76.61 ± 17.08 ve üç ay sonrası 77.13 ± 15.19 olmuştur. Kontrol grubunda ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=0.073$; $p=0.974$).

Tablo 4.2.3. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Olumsuz Benlik ve Tükenme	Ölçümler	X±SS	Min-Max
Çalışma Grubu(n=31)	ÇOYM öncesi	41.42±8.87 (a)	20-55
	ÇOYM bir hafta sonrası	35.52±10.10 (b)	15-54
	ÇOYM bir ay sonrası	34.74±11.37 (b)	17-68
	ÇOYM üç ay sonrası	32.90±10.14 (b)	12-60
Test (F)/ p	7.186; 0.001* Post hoc a – b, F=2.953, p=0.034		
Kontrol Grubu (n=31)	ÇOYM öncesi	41.26±11.32 (a)	17-63
	ÇOYM bir hafta sonrası	40.32±11.14 (a)	17-57
	ÇOYM bir ay sonrası	39.1±12.23 (a)	13-57
	ÇOYM üç ay sonrası	40.52±11.02 (a)	20-60
Test (F)/ p	0.507; 0.679		

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Sütun olarak ortak harf istatistiksel benzerliği göstermektedir.

Tablo 4.2.3.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışma grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamaları 41.42 ± 8.87 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 35.52 ± 10.10 'a düşmüş, ÇOYM'den bir ay sonrasında 34.74 ± 11.37 ve üç ay sonrasında

32.90±10.14 olarak süregelen düşüş devam etmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (F= 7.186, p= 0.001). Yapılan ileri analizde farkın ÇOYM öncesi ile sonrası arasında olduğu belirlenmiştir (F=2.953, p=0.034). Çalışma grubunda ÇOYM'den bir hafta sonrası ile, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamaları benzerlik gösterirken ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamaları 41.26±11.32 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 40.32±11.14, ÇOYM'den bir ay sonrası 39.1±12.23 ve üç ay sonrası 40.52±11.02 olmuştur. Kontrol grubunda ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.2.4. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Hayata Bağlılıktan Kopma	Ölçümler	X±SS	Min- Max
Çalışma Grubu(n=31)	ÇOYM öncesi	18.32±8.80 (ab)	6-51
	ÇOYM bir hafta sonrası	16.90±5.98 (ab)	6-29
	ÇOYM bir ay sonrası	18.55±7.02 (a)	7-31
	ÇOYM üç ay sonrası	15.42±6.56 (b)	1-31
Test (F)/ p	3.251; 0.028* Post hoc a – b, F=1.257, p=0.029		
Kontrol Grubu (n=31)	ÇOYM öncesi	18.94±6.79 (a)	4-30
	ÇOYM bir hafta sonrası	18.55±7.67 (a)	4-32
	ÇOYM bir ay sonrası	19.42±5.71 (a)	9-31
	ÇOYM üç ay sonrası	19.48±5.28 (a)	10-29
Test (F)/ p	0.173; 0.914		

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Sütun olarak ortak harf istatistiksel benzerliği göstermektedir.

Tablo 4.2.4.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışma grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamaları 18.32 ± 8.80 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 16.90 ± 5.98 e düşmüş ancak, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ÇOYM'den bir ay sonrasında İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamaları 18.55 ± 7.02 iken, üç ay sonrasında 15.42 ± 6.56 olmuş ve ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($F=3.251, p=0.028$). Yapılan ileri analizde farkın ÇOYM'den bir ay sonrası ile üç ay sonrası arasında olduğu belirlenmiştir ($F=1.257, p=0.291$).

Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamaları 18.94 ± 6.79 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 18.55 ± 7.67 , ÇOYM'den bir ay sonrası 19.42 ± 5.71 ve üç ay sonrası 19.48 ± 5.28 olmuştur. Kontrol grubunda ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.5. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki İÖÖ Öfke Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Öfke	Ölçümler	X±SS	Min- Max
Çalışma Grubu(n=31)	ÇOYM öncesi	18.87±6.43 (a)	8-32
	ÇOYM bir hafta sonrası	14.48±5.18 (b)	5-26
	ÇOYM bir ay sonrası	15.55±6.61 (b)	4-30
	ÇOYM üç ay sonrası	14.61±6.20 (b)	0-30
Test (F)/ p	7.866; 0.001* Post hoc a – b, F= 4.401, p=0.005		
Kontrol Grubu (n=31)	ÇOYM öncesi	17.26±5.93 (a)	7-30
	ÇOYM bir hafta sonrası	17.10±6.65 (a)	6-30
	ÇOYM bir ay sonrası	17.58±7.11 (a)	3-31
	ÇOYM üç ay sonrası	17.87±6.21 (a)	6-32
Test (F)/ p	0.182; 0.908		

Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. Çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Sütun olarak ortak harf istatistiksel benzerliği göstermektedir.

Tablo 4.2.5.'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan depresif bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki İÖÖ Öfke alt boyut puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışma grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ Öfke alt boyut puan ortalamaları 18.87±6.43 iken, ÇOYM'den bir hafta sonrasında 14.48±5.18'a düşmüş, ÇOYM'den bir ay sonrasında 15.55±6.61 ve üç ay sonrasında 14.61±6.20 olarak süregen düşüş devam etmiştir ve ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (F=7.866, p=0.001). Yapılan ileri analizde farkın ÇOYM öncesi ile sonrası arasında olduğu belirlenmiştir (F= 4.401, p=0.005). Çalışma grubunda ÇOYM bir hafta sonrası ile, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Öfke alt boyut puan ortalamaları benzerlik gösterirken ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi İÖÖ Öfke alt boyutu puan ortalamaları 17.26±5.93 iken, ÇOYM bir hafta sonrasında 17.10±6.65, ÇOYM bir ay sonrası 17.58±7.11 ve üç ay sonrası 17.87±6.21 olmuştur. Kontrol grubunda ÇOYM

öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Öfke alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.6. Çalışma Grubundaki Bireylerin ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamaları ile İÖÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

			İÖÖ			
			Genel Toplam	Olumsuz Benlik	Hayata Bağlılıktan Kopma	Öfke
ÇOYM öncesi	SUKDÖ	r	-.199	-.031	.421	-.158
		p	0.283	0.868	0.019	0.395
ÇOYM bir hafta sonrası	SUKDÖ	r	.294	.289	.241	-.185
		p	0.108	0.114	0.191	0.319
ÇOYM bir ay sonrası	SUKDÖ	r	.018	-.115	.203	.000
		p	0.921	0.536	0.273	0.998
ÇOYM üç ay sonrası	SUKDÖ	r	.000	-.067	.130	-.134
		p	0.999	0.721	0.486	0.473

Tablo 4.2.6'da çalışma grubundaki bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki SUKDÖ puan ortalamaları İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir. ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ hayata bağlılıktan kopma alt boyut puan ortalamaları arasındaki pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.421$; $p=0.019$). ÇOYM'dan bir hafta sonrası, ÇOYM'dan bir ay sonra ve ÇOYM'dan üç ay sonrasında SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo. 4.2.7. Kontrol Grubundaki Bireylerin ÇOYM Öncesi, Bir Hafta Sonrası, Bir Ay ve Üç Ay Sonraki SUKDÖ Puan Ortalamaları ile İÖÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

			İÖÖ			
			Genel Toplam	Olumsuz Benlik	Hayata Bağlılık- tan Kopma	Öfke
ÇOYM öncesi	SUKDÖ	r	-.082	-.029	.052	-.319
		p	0.662	0.876	0.780	0.080
ÇOYM bir hafta sonrası	SUKDÖ	r	-.110	.192	-.113	-.442
		p	0.555	0.300	0.544	0.013
ÇOYM bir ay sonrası	SUKDÖ	r	-.513	-.375	-.343	-.389
		p	0.003	0.038	0.059	0.031
ÇOYM üç ay sonrası	SUKDÖ	r	-.525	-.478	-.369	-.292
		p	0.002	0.006	0.041	0.111

Tablo 4.2.7’de kontrol grubundaki bireylerin ÇOYM öncesi, bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonraki SUKDÖ puan ortalamaları İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ÇOYM’den bir hafta sonrası SUKDÖ ile İÖÖ’nün öfke alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.442$; $p=0.013$). ÇOYM’den bir ay sonra SUKDÖ ile İÖÖ’nün genel, olumsuz benlik ve öfke alt boyutları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ÇOYM’den üç ay sonrasında ise SUKDÖ ile İÖÖ’nün genel, olumsuz benlik ve hayata bağlılıktan kopma alt boyutları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırmada ÇOYM'un depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyine etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM'den Bir Hafta, Bir Ay ve Üç Ay Sonrası SUKDÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırma Bulgularının Tartışılması

Kontrollü çalışmalar ve doğal izlem çalışmaları depresyondaki hastalarda sosyal işlevsellik kaybı ve buna bağlı iş ve sosyal yetilerde düşüş yaşandığını göstermektedir (Hirschfeld, ve ark., 2000; Sanderson ve Andrews, 2002; Akkaya ve ark., 2008). Bu araştırmada hastaların sosyal işlevsellik durumları incelenmiştir. Araştırmada hem çalışma (n=31) hem de kontrol grubundaki (n=31) hastaların ÇOYM öncesinde sosyal işlevsellik puan ortalamaları ortalamanın altında ve istatistiksel olarak benzer saptanmış, hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri düşük olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.1.1) Araştırma bulgusu literatürdeki araştırma bulguları ile benzer şekilde bireylerin sosyal işlevselliklerinin düşük olduğunu göstermektedir (Hirschfeld ve ark., 2000; Sanderson ve Andrews, 2002; Akkaya ve ark., 2008). Sanderson ve Andrews (2002) en ciddi sosyal işlev yetersizliğinin duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluğunda olduğunu ileri sürmüşlerdir. Simon (2003) ise müdahale araştırmalarında duygulanım bozukluğu olan bireylerde olmayanlara oranla sosyal işlevselliğin daha çok bozulduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte, yeterli tedaviyle sosyal işlevsellik kayıplarının azaltılabileceği düşünülmektedir. Ancak, halen tedavide, depresif belirtilerin giderilmesine rağmen sosyal işlevsellik kaybının sürdüğü sıklıkla görülmektedir (Akkaya ve ark., 2008). Bu konuda son yıllardaki baskın görüş, depresyon tedavisinin sadece depresif belirtilerin giderilmesi olmadığı, bozukluk öncesindeki sosyal işlevselliğe geri dönüşün sağlanmasının gerekli olduğudur (Keller 2001; Akkaya ve ark., 2008; Aydemir ve ark., 2011). Bu sebeple, ruhsal hastalığı olan bireylerde tedavide bu parametrelerde düzelmeye sağlamak amacıyla klasik farmakoterapi yanında, psikososyal müdahaleler giderek daha fazla tedavi protokollerinde yerini almaktadır (Çakmak ve ark., 2016). Bu araştırmada depresif bozukluğu olan bireylere psikososyal müdahalelerden biri olan ve son yıllarda kullanımı artan ÇOYM (6-10 ÇOYM görüşmesi) uygulanmış ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmada (Tablo 4.1.1) ÇOYM öncesi çalışma ve kontrol grubunun SUKDÖ puan ortalamaları benzerken, ÇOYM uygulanan çalışma grubunun SUKDÖ puan ortalamalarının, ÇOYM'den bir hafta, bir ay ve üç ay sonrasında kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olmasının nedeni ÇOYM'dir. Bu doğrultuda, ÇOYM'un depresif hastaların sosyal işlevsellik oranını artırdığı ve bu olumlu etkiyi sürdürmeye katkı sağladığı söylenebilir. Bu sonuca dayanarak ÇOYM uygulanan depresif bireylerin sosyal işlevsellik durumları, uygulanmayan depresif bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir şeklinde ifade edilen H1 hipotezi kabul edilmiştir. Literatürde, ÇOYM'un depresif bireylerin doğrudan sosyal işlevsellik düzeyi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Bu nedenle, ÇOYM'un depresif bireylerin sosyal işlevsellik durumunu geliştiren/destekleyen bir uygulama olduğu sonucuna ulaşılması, literatüre katkı sağlayacağı düşünülen yeni bir bilgidir. Benzer olarak, Hung ve Sung (2006) depresif hastalarla hemşirelik bakımında ÇOY ilkelerini uyguladıkları müdahale çalışmalarında sosyal işlevselliğin bileşenleri olan sosyal etkileşim bozukluğu ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunları azaltmada etkili olduğunu saptamışlardır. Aynı şekilde, Knekt ark.'nın (2015) % 86'sını duygudurum bozukluğu olan bireylerin oluşturduğu ruhsal bozukluğu olan bireylerle yürüttükleri kısa ve uzun dönem psikoterapiler ve ÇOY'un, psikososyal fonksiyon ve yaşam kalitesine etkisini inceledikleri randomize kontrollü araştırmalarında, kısa dönem terapiler ile ÇOY'un depresif hastaların kontrol grubunda yer alan hastalara göre psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitelerinde hızlı bir gelişim sağladığı ve uzun dönem terapilerle paralel etkiye sahip oldukları belirlenmiştir. Lindfors ve ark.'nın (2014) depresyon ve anksiyete bozukluğu olan bireylerle yürüttükleri uzun dönem ve kısa dönem terapinin (ÇOY) sosyal destek ve psikososyal fonksiyon ile ilişkisini inceledikleri müdahale çalışmalarında ise üç yıllık izlemde; ÇOY'un düşük sosyal desteği olan bireylerde dahi belirtilerde hızlı bir düzelme sağladığı ve sosyal ağların genişliği, sosyal destekten memnuniyet, aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyleri arasında uzun dönem terapi ile aynı etkiyi gösterdiği belirtilmiştir. Marttunen ve ark.'nın (2008) depresif bireylerde remisyonun farklı belirleyicilerine kısa süreli psikodinamik psikoterapi ve ÇOY'ın etkisini değerlendirdikleri müdahale çalışmalarında ÇOY'ın depresif bireylerin bütünlük duygusu ve kişilerarası ilişkilerini geliştirdiği, ayrıca hastalık remisyon dönemlerinin uzamasına katkı sağladığı belirtilmiştir. Eriksson ve ark.'nın (2007) çalışmasında, kaygı,

korku, depresyon ve bütünlük duygusu arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla bütünlük duygusunun gelişmesine ve kişilerarası ilişkilere olumlu katkı verdiği düşünülen ÇOY'un dolaylı olarak depresif bireylerin sosyal işlevselliklerine katkı sağlayabileceği öngörülebilir. Bu bağlamda, hemşirelik uygulamalarında ÇOYM'a yer verilerek hastanın gücünü kendi yararı için kullanmasına ve olumlu kişilerarası ilişkiler kurmasına öncülük edilebileceği ve böylelikle sosyal işlevselliğin artırılacağı düşünülmektedir.

Gruplar içi karşılaştırmada (Tablo 4.1.2) ÇOYM çalışma grubunda yer alan bireylerin sosyal işlevsellik puanlarını artırdığı, tekrarlı ölçümlerde bireylerin artan sosyal işlevsellik puanlarında azalma olmadığı, aynı şekilde devam ettiği görülmüştür. Bu bulgu olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Çünkü, çalışmada kontrol grubunun sosyal işlevsellik düzeyinde ÇOYM sonrası ve tekrarlı ölçümlerde, öncesine göre herhangi bir değişim olmamıştır (Tablo 4.1.2). Bu durum, ÇOYM'un sosyal işlevselliği artırmada ve olumlu değişimi sürdürmede etkili olduğunu gösterebilir. Knekt ve ark.'da (2010) kısa ve uzun dönem psikoterapi ile ÇOY'un psikiyatri hastalarının yaşam değişimlerine etkilerini değerlendirdikleri müdahale araştırmasında benzer sonuçlar elde edilmiş, ÇOY'un depresif bireylerin iş alanında sosyal uyumlarını artırdığı ve depresif belirtiler nedeni ile işten uzak kalınan gün sayısında azalma olduğu saptanmıştır. Koorankot ve ark.'nın (2014) toplum ruh sağlığı merkezine başvuran bireylerde ÇOY'un etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında ÇOY'un depresif hastalarda sabah kalkıp işe gitme arzusunda ve iş alanlarında sağlıklı iletişim kurma istek ve eğilimlerinde artış sağladığı saptanmıştır. Farklı tanı grubunda olan hastalarla (Kafaki ve ark., 2017) ve lise (Hosseinpour ve ark., 2015), üniversite öğrencileri (Saffarpour ve ark.,2011) ile yapılan çalışmalarda ÇOY'un bireylerin sosyal uyum düzeyini geliştirmeye katkı sağladığı saptanmıştır. Bu çalışmanın bulgusu literatürdeki çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olup, ÇOYM'un depresif bireylerde sosyal işlevselliği artırmada etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

5.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun ÇOYM Öncesi, ÇOYM'den Bir Hafta, Bir Ay ve Üç Ay Sonrası İÖÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırma Bulgularının Tartışılması

Kontrollü, tanımlayıcı ve izlem çalışmaları depresyondaki hastalarda intihar oranının yüksek olduğunu belirtmektedir. Depresif bireylerde sık rastlanan sorun intihar düşüncesi ve davranışdır. Depresif bireyler genel popülasyondan 25 kat fazla intihar riski taşımaktadır. Bütün intihar olgularının %50-70'i bir duygudurum bozukluğundan kaynaklanmaktadır ve bu olguların %80'inini depresyon tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Benzer şekilde, intihar sonucu ölümlerin yaklaşık %50'sinden depresyon sorumlu tutulmaktadır (Rihmer ve Angst, 2005). Ülkemizde kaba intihar hızı 2015 yılında değişmeyerek yüz binde 4.11 olarak saptanmış, diğer bir ifade ile 2015 yılında her yüz bin kişiden dördünün intihar ettiği belirtilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015). Ateşçi ve ark.'nın (2002) yapmış olduğu çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin % 46.7'sinde depresyon tanılanmıştır. Birçok kaynakta depresyon, intihar ve umutsuzluk arasında yakın bir ilişki olduğu ve umutsuzluğun intihar davranışının gerçekleşmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Videbeck, 2004; Çam ve Engin, 2014; Townsend, 2016). Bu çalışmada hastaların intihar olasılığı durumları incelenmiştir. Araştırmada hem çalışma (77.00 ± 13.84) hem de kontrol grubundaki (77.03 ± 17.15) hastaların ÇOYM öncesinde İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları, ölçek ortalamasının altında saptanmış, hastaların intihar olasılığı risk düzeyleri orta düzeye yakın olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.1). Araştırma bulgusu literatürdeki araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (Özer ve ark., 2015). Yu-Hang ve ark.'nın (2017) intihar düşüncesi ve depresif belirtilerin ilişkisini değerlendirdikleri meta-analizlerinde ise depresif belirtiler ile intihar düşüncesi arasında yakın bir ilişki olduğu ve depresyonun intihar düşüncesine katkıda bulunan bir faktör olduğu ortaya konulmuştur. Akın ve Berkem'in (2015) çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşılmış, intihar girişiminde bulunan bireylerde en sık rastlanan psikiyatrik tanının depresyon olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular depresif bireylerin tedavisinde, intihar riskini değerlendirme ve yönetiminin önemini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada, ÇOYM'un depresif bireylerin intihar olasılığı üzerine etkisi incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada ÇOYM öncesi çalışma ve kontrol grubunun İÖÖ genel puan ortalaması benzerken, ÇOYM uygulanan çalışma grubunun ÇOYM'den bir hafta, bir ay ve üç ay sonrasında İÖÖ genel puan ortalaması kontrol grubuna göre

anlamli derecede daha dusuk saptanmistir. COYM uygulanan calisma grubunun IOO alt boyut puan ortalamalari, COYM'den bir hafta, bir ay sonrasında kontrol grubuna kiyasla daha dusuk olmasına ragmen, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı degildir. Bununla birlikte, calisma grubunun intihar olasiligi alt boyut puan ortalamalari COYM'den uc ay sonrasında kontrol grubuna kiyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha dusuk saptanmistir (Tablo 4.2.1). COYM'den uc ay sonrasında calisma grubundaki IOO alt boyut puan ortalamalarının daha dusuk olmasının nedeni, bireylerin olumsuz benlik algisi, hayata baglilik ve ofke duzeylerine COYM'un uzun vadede etkisi olduğu seklinde yorumlanabilir. COYM'den bir hafta, bir ay ve uc ay sonrasında calisma grubundaki IOO genel ve alt boyut puan ortalamalarının daha dusuk olmasının nedeni COYM'dir. Bu dogrultuda, COYM'nin depresif hastaların intihar olasiligi riskini uzun vadede azaltmaya katkı sagladigi soylenebilir. Bu sonuca dayanarak COYM uygulanan depresif bireylerin intihar olasiligi riski, uygulanmayan depresif bireylere gore anlamlı düzeyde daha dusuktur seklinde ifade edilen H2 hipotezi kabul edilmiştir. Calisma bulgusuna benzer olarak, Sharry ve ark., (2002) calismalarında intihar eden bireylerle cozum odakli gorusme örneklerine yer vermis ve COY'un bireylerin olumlu bir gelecek hayal etmelerine olanak taniyarak intihar egilimini azalttiginı saptamislardır. Florence ve Roger (2005)'in intihar hattını arayan bireylerde geleneksel telefon danismanligi (dinleme ve bag kurma) ile COY'u birlikte kullandigi calismasında, bireylerin durumla bas etmelerinde ise yarayan davranisları yapma ve ise yarayabilecek yeni yollar keşfetme oranlarının arttiginı belirlemislerdir. Rhee ve ark. (2005) intihar telefon hattını arayan bireylere COY'u uyguladıkları bir diger arastirmada ise bireylerde depresif belirtiler, hostilete, anksiyete ve somatik belirtilerin azaldigi belirtilmektedir. Castro ve Guterman'in (2008) intiharla basa cikmada aileler için COY uygulamalarını içeren olgu calismalarında, COY'un intiharla basa cikmaya calisan aileler için etkili bir model olusturduğu ve ailelerin var olan/potansiyel kaynaklarına farkındalık kazandırarak esnekliklerini artirdigi belirtilmektedir. Kendine zarar veren hastalarda COY'un uygulandigi Lamprecht ve ark., (2007) tarafından yurutulen bir diger calismada ise, COY'un kendine zarar veren hastalar için uygun ve kabul edilir bir yontem olduğu ve mevcut psikososyal degerlendirmelere dahil edilebilecegi sonucuna varilmistir. Tapolaa ve ark., (2010) yetiskinlerde kendine zarar vermeyi onlemek adına COY ve kabul ve gercekleştirme terapisini içeren 4 oturumluk bir mudahalenin geleneksel yaklasimla kiyaslandigi mudahale arastirmalarında, mudahale grubunda kontrol grubuna gore depresyon duzeyi, duyu duzensizligi ve kendine zarar vermeyi azaltmada olumlu etkiye

sahip olduğu saptanmıştır. Wiseman'ın (2003) liyezon psikiyatrisi ekibi ile kendine zarar verme eyleminin ardından başvuran hastalarda ÇOY kullanımını değerlendirmek için gerçekleştirdikleri araştırma projelerinde, bir yıl içerisinde kontrol grubuna göre müdahale grubunda intihar düşüncesinin yarı yarıya daha az olduğu ve ÇOY'ın intihar girişimini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Laydon ve ark.'nın (2008) kendine zarar veren hastalarda ÇOY uygulamalarını değerlendirdikleri derlemelerinde ise benzer sonuçlara ulaşılmış ve ÇOY'ın tercih edilen geleceğe odaklanmayı sağladığı ve pozitif amaçlarla umudu artırdığı belirtilmiştir.

Araştırmada ÇOYM'un depresif bireylerin intihar olasılığı üzerine etkisi, grup içi karşılaştırılması yapılarak değerlendirilmiştir. Gruplar içi karşılaştırmada (Tablo 4.2.2) ÇOYM çalışma grubundaki bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarını düşürmüş, tekrarlı ölçümlerde (bir ay ve üç aylık ölçümlerde) bireylerin azalan intihar olasılığı puan ortalamalarının aynı şekilde devam ettiği görülmüştür. Araştırmada, kontrol grubunun intihar olasılığı düzeyinde ise ÇOYM sonrası ve tekrarlı ölçümlerde, öncesine göre herhangi bir değişim olmamıştır (Tablo 4.2.2). Literatürde remisyonda sosyal işlevselliği iyi olan depresif bireylerin intihar olasılıklarının düşük olduğu belirtilmektedir (Bozdoğan, 2013). Ayrıca, sosyal becerileri yeterli olan depresif bireylerin intihar olasılıklarının, yetersiz sosyal becerileri olan depresif bireylere göre daha düşük olduğu vurgulanmaktadır (Tuğcu,1996). Araştırmada bu literatür bilgisine uyumlu olarak, ÇOYM uygulanan çalışma grubunun ÇOYM uygulanmayan kontrol grubuna göre, ÇOYM sonrası, bir ay ve üç ay sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sosyal işlevsellik puan ortalamaları artmış, intihar olasılığı genel puan ortalamaları ise azalmıştır.

Olumsuz benlik algısı, bireylerde depresif belirtileri ve ruminatif düşüncüyü artırmakta, ayrıca, negatif benlik şemaları depresif belirtileri pekiştirmektedir (Evans ve ark., 2005; Suh, 2016). Araştırmada, ÇOYM'un İÖÖ olumsuz benlik ve tükenme alt boyutu üzerine etkisi grup içi karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. ÇOYM, çalışma grubundaki bireylerin ÇOYM'den sonra, öncesine göre olumsuz benlik ve tükenme alt boyut puan ortalamalarını anlamlı düzeyde azaltmış, tekrarlı ölçümlerde (bir ay ve üç aylık ölçümlerde) bireylerin azalan olumsuz benlik ve tükenme alt boyut puan ortalamalarında bir değişim olmadığı, aynı şekilde devam ettiği görülmüştür. Araştırmada kontrol grubunun olumsuz benlik ve tükenme alt boyut puan ortalamalarında ÇOYM sonrası ve tekrarlı ölçümlerde, öncesine göre herhangi bir anlamlı değişim olmamıştır (Tablo 4.2.3). Bu durum ÇOYM'un olumsuz benlik ve tükenme puan

ortalamasını azaltmada etkili olmakla birlikte, olumsuz benlik ve tükenme puan ortalamalarındaki olumlu anlamda azalan değişimi sürdürmede etkili olduğunu gösterebilir. Araştırmada yer alan depresif bireylerin olumsuz benlik algılarındaki azalmanın, intihar düşüncesi ve eyleminde anlamlı azalmaya katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

İnsanlar yaşama bağlanıp, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olup, mutlu bir şekilde yaşamı sürdürmeyi istemektedirler. Yaşama anlam yükleme ve yaşam amaçları belirleme, bireylerin olumlu duygular yaşamalarına aracılık etmekte ve psikolojik problemlerden koruyucu bir işlev görmektedir. Bununla birlikte hayata bağlılık ile iyimserlik, sosyal işlevsellik, dışa dönüklük ve yaşam doyumu arasında pozitif; depresyon, algılanan stres, öfke ve düşmanlık arasında negatif ilişki bulunmaktadır (Eryılmaz, 2012). Araştırmada, ÇOYM'un İÖÖ hayata bağlılıktan kopma alt boyutu üzerine etkisi grup içi karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Çalışma grubundaki bireylerin hayata bağlılıktan kopma alt boyut puan ortalamaları ÇOYM'den bir hafta ve bir ay sonrasında herhangi bir değişiklik göstermemiş, ÇOYM'den üç ay sonra ise ÇOYM öncesi ve bir ay sonrasına göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Araştırmada kontrol grubunun hayata bağlılıktan kopma alt boyut puan ortalamalarında ÇOYM sonrası ve tekrarlı ölçümlerde, öncesine göre herhangi bir anlamlı değişim olmamıştır (Tablo 4.2.4). ÇOYM'un çalışma grubunda hayata bağlılıktan kopma alt boyutu üzerine hemen olmasada ÇOYM'den üç ay sonrasında etkili olduğu görülmüştür. ÇOY, bireylerin yaşamlarındaki olumlu kaynakları görmelerine ve onlarla bağ kurmaya gayret etmelerine öncülük etmektedir. ÇOY, bireyin iç ve dış kaynak ve güçlerinin tamamen seferber edebildiği, bireyin amaç belirlemesine ağırlık veren bir yaklaşımdır. Dolayısıyla, baş etmelerin farkına varılıp harekete geçirilmesi ve yaşam amacının gözden geçirilip yeniden oluşturulması zaman alan bir süreci kapsamaktadır. Bu nedenle, ÇOYM'un depresif bireylerin zaman içinde hayata bağlılık düzeylerine olumlu katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir. Hayata bağlılığı yüksek bireyler, yaşamak ve hayatta kalmak için güçlü nedenlere sahiptirler. Yaşamı sürdürme nedenleri ve kişilerarası olumlu ilişki tarzları arttıkça intihar olasılığı azalmakta, umutsuzluk ve yalnızlık arttıkça intihar olasılığında artmaktadır (Batıgün-Durak, 2008; Eryılmaz, 2012). Bozeman'ın (1999) müdahale çalışmasında, ÇOY uygulanan depresif bireylerin kontrol grubundaki depresif bireylere göre umut düzeylerinde anlamlı düzeyde yükselme olduğu, ayrıca, depresif belirtilerinin anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca, ÇOY tekniklerinin hastaların umudunu artırdığını destekleyen farklı türde yürütülmüş çalışmalar da

mevcuttur (Greene ve ark., 2006). Literatür bilgileri ve yapılan araştırmalar bu çalışmanın bulgusunu desteklemektedir. OY ilkeleri ile umudun artırılması hayata bağlılığı artırarak intihar olasılığını azalmaktadır (Greene ve ark., 2006).

Depresyonda intihar riskini artıran etkenler arasında düşük sosyal destek, umutsuzluk, olumsuz giden sosyal yaşam, sosyal destek azlığının yanı sıra, agresif kişilik özellikleri ve fkede yer almaktadır (İsometsa, 2014). Özellikle ruhsal bozukluklarda impulsif intihar girişimlerinde öfkenin anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmektedir (Giegling ve ark., 2009). Araştırmada, OYM'un İOÖ fke alt boyutu üzerine etkisi grup içi karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. OYM alışma grubundaki bireylerin OYM'den sonra öncesine göre öfke alt boyut puan ortalamalarını anlamlı düzeyde azaltmış olmakla birlikte, tekrarlı ölçümlerde (bir ay ve üç aylık ölçümlerde) bireylerin azalan öfke alt boyut puan ortalamalarında bir değişme olmadığı, aynı Şekilde devam ettiği görülmüştür. Araştırmada kontrol grubunun öfke alt boyut puan ortalamalarında OYM sonrası ve tekrarlı ölçümlerde, öncesine göre herhangi bir anlamlı değişim olmamıştır (Tablo 4.2.5). Brzezowskiv'nin (2011) uyumsuz öfke ifadesi olan bireylerde OY'un etkisini değerlendirdiği müdahale çalışmasında, OY uygulanan müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde, öfkenin olumlu ifadesinin daha kolay olduğu, uyumsuz öfke ifadesinde kısa sürede kalıcı bir düzelme görüldüğü, bireyin öfkesiyle ilgili kendine ait çözümleri tanımlaması ve bunlardan faydalanma sorumluluğunun geliştiği saptanmıştır. Aynı araştırmada OY tekniklerinin depresif bireylerin öfke düzeylerini ve intihar olasılığını azalttığı belirtilmiştir. Literatür bilgileri bu çalışmanın bulgusunu desteklemektedir (Brzezowskiv, 2011; İsometsa, 2014). OY ilkeleri ile öfkenin tanımlanması/kontrol edilmesi intihar olasılığını azaltabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Ön test-son test ve tekrarlı ölçümlerinin olduğu, kontrol gruplu deneysel araştırma özelliğinde yapılan bu çalışma hemşirelere, ÇOYM'un depresif bireylerin sosyal işlevsellik düzeyini iyileştirmede etkili, yanı sıra, intihar düşüncelerini azaltmada kısmen etkili olduğunu destekleyen kanıt değeri olan bir bakım seçeneği sunmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın, hemşirelik literatürüne katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Depresyon tanılı bireylerde ÇOYM'un sosyal işlevsellik düzeyi ve intihar olasılığı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada Hipotez 1 (H0) hipotezi red edilmiş, Hipotez 1 (H1) hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca, Hipotez 2 (H0) hipotezi kısmen red edilmiş, Hipotez 2 (H1) hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir

1. Çalışma ve kontrol grubundaki depresif bireylerin ÇOYM öncesi, ÇOYM'den bir hafta, bir ay ve üç ay sonrası SUKDÖ puan ortalamaları gruplar arası ve grup içi karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
 - ÇOYM öncesi çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin SUKDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, ÇOYM bir hafta sonra, bir ay sonra ve üç ay sonrasında çalışma grubundaki bireylerin SUKDÖ puan ortalamalarının kontrol grubundan olumlu anlamda yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
 - Çalışma grubunda yer alan bireylerin SUKDÖ puan ortalamaları, ÇOYM'ndan bir hafta sonrası, ÇOYM öncesine göre anlamlı düzeyde artış göstermiş, bu artış ÇOYM'den bir ay ve üç ay sonrasında devam etmiştir.
 - Kontrol grubunda ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası SUKDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
2. Çalışma ve kontrol grubundaki depresif bireylerin ÇOYM öncesi, ÇOYM'den bir hafta, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları gruplar arası ve grup içi karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

- ÇOYM öncesi çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, ÇOYM bir hafta ve bir ay sonra çalışma grubundaki bireylerin İÖÖ genel puan ortalamalarının, kontrol grubundan olumlu anlamda daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). ÇOYM'ndan üç ay sonra ise çalışma grubundaki bireylerin hem İÖÖ genel puan ortalamalarının hem de bütün alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundan olumlu anlamda daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Çalışma grubunda yer alan bireylerin İÖÖ genel puan ortalamaları, ÇOYM'ndan bir hafta sonrası, ÇOYM öncesine göre anlamlı düzeyde düşüş göstermiş ($p<0.05$), anlamlı olmamakla birlikte bu düşüş ÇOYM'den bir ay ve üç ay sonrasında devam etmiştir.
- Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışma grubunda yer alan bireylerin İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamaları, ÇOYM'ndan bir hafta sonrası, ÇOYM öncesine göre anlamlı düzeyde düşüş göstermiş ($p<0.05$), anlamlı olmamakla birlikte bu düşüş ÇOYM'den bir ay ve üç ay sonrasında devam etmiştir.
- Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Çalışma grubunda yer alan bireylerin İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamaları, ÇOYM'ndan bir hafta sonrası, ÇOYM öncesine göre anlamlı olmamakla birlikte bir düşüş göstermiş ($p>0.05$), bir ay sonrasında ÇOYM öncesi düzeyine yükselmiş, ÇOYM'ndan üç ay sonra ise, ÇOYM öncesine ve bir ay sonraki düzeyine göre anlamlı düzeyde bir düşüş göstermiştir ($p<0.05$).
- Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

- Çalışma grubunda yer alan bireylerin İÖÖ Öfke alt boyut puan ortalamaları, ÇOYM'ndan bir hafta sonrası, ÇOYM öncesine göre anlamlı düzeyde düşüş göstermiş ($p<0.05$), anlamlı olmamakla birlikte bu düşüş ÇOYM'den bir ay ve üç ay sonrasında devam etmiştir.
 - Kontrol grubunda yer alan bireylerin ÇOYM öncesi ile bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrası İÖÖ Öfke alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- 3.** Çalışma ve kontrol grubundaki depresif bireylerin ÇOYM öncesi, ÇOYM'den bir hafta, bir ay ve üç ay sonrası SUKDÖ ile İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
- Çalışma grubunda ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ hayata bağlılıktan kopma alt boyut puan ortalamaları arasındaki pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0.05$), ÇOYM'dan bir hafta sonra, bir ay ve üç ay sonrasında SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
 - Kontrol grubunda ÇOYM öncesi SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), ÇOYM'dan bir hafta sonrası, bir ay ve üç ay sonrasında SUKDÖ puan ortalamaları ile İÖÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

6.2. ÖNERİLER

ÇOYM'un depresif bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar olasılığı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşirelik araştırmaları alanında;

- ÇOYM'un depresif bireylerin sosyal işlevselliği ve intihar olasılığı üzerine etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların sayısının artırılması,
- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde hem sağlıklı hem de hasta bireylere çözüm odaklı bakımın etkisinin incelendiği araştırmaların yapılması,
- Kalitatif ve randomize kontrollü uzunlamasına kontrollerin yer aldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

2. Hemşirelik uygulama alanlarında;

- Hem psikiyatri kliniklerinde hem ayaktan hasta ünitelerinde hem de ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde etkin olan diğer birimlerde planlı ve rutin olarak ÇOYM programının yürütülmesi,
- Depresif hasta ve ailesine, ÇOYM'un sosyal işlevselliği geliştirmede ve sürdürme, ayrıca, intihar olasılığını azaltmada sağladığı olumlu etkiye dair bilgilendirmenin sağlanması, yeni tanılanmış depresif bireyler veya ayaktan takip edilen depresif bireylerinde ÇOYM programından yararlanmasının sağlanması ve bu konuda bilgilendirilmesi,

3. Hemşirelik eğitimi alanında;

- Öncelikle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ÇOY konusunda eğitilmesi, bu eğitimin planlı ve belirli aralıklarla ve gereksinim duyuldukça eğitimin sürekliliğini sağlayacak tekrarlamaların olması, eğitimde uzman denetiminin sağlanması ve uygulama örneklerine yer verilmesi,
- Hemşirelik eğitimi sağlayan ve öğrenci yetiştiren tüm kurumların ders müfredatlarında ÇOY modülüne yer verilmesi, öğrencilerin çözüm odaklılık

düzeylerinin geliştirilmesi ile çözüm odaklı bakış açısının kazandırılması önerilmektedir.

4. Hemşirelik yönetim alanında;

- Ruh sağlığı hizmetlerinin verildiği kurumlarda görev yapan yöneticilerinin, klinik sorumlu hekim ve hemşirelerinin araştırma sonuçları ve kliniğe aktarılabilirliği konusunda bilgilendirilmesi,
- ÇOYM programının depresif bireylerin bakımında rutin uygulamalar arasında yer alması için karar vericilerin gereken kararları alması ve düzenlemeleri yapmaları için cesaretlendirilmesi,
- ÇOY eğitiminin hizmet içi eğitim program modülleri arasında yer almasının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akın E. E., Berkem M. (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi;17:228-32.
- Akkaya, C. (2004). Depresyon, sosyal işlevsellik ve farklı kimyasal ileticilerle ilişkileri. Birinci Basamak için Psikiyatri; 3: 1-13.
- Akkaya, C. (2006). Anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği majör depresif bozukluğun tanı ve sağaltımındaki güçlükler. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(2):139-146.
- Akkaya, C., Sarandöl, A., Danacı, E.A., Sivrioğlu, Y., Kaya, E., Kırılı, S. (2008). Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği (SUKDÖ) türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3): 292-299.
- American Association of Suicidology. Depression and suicide risk. (2014).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition DSM-5. (2013). (<http://displus.sk/DSM/subory/dsm5.pdf> Erişim tarihi: 21.08.2017).
- Atay, M.İ., Gündoğar, D. (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. Kriz Dergisi, 12 (3): 39-52.
- Ateş, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin sosyal fobi ile başa çıkmalarında çözüm odaklı grupla psikolojik danışmanın etkisinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 18, Sayı 1, 188 – 203.
- Ateşçi, Ç.F., Kuloğlu, M., Tezcan, E. Yıldız, M. (2002). İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. Klinik Psikiyatri;5:22-27.
- Atlı, Z., Eskin, M., Dereboy, Ç. (2007). İntihar olasılığı ölçeğinin klinik örneklemede geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Aydın.
- Austin, W., Boyd, A.M. (2010). Psychiatric and mental health nursing for canadian practice. Lippincott Williams ve Wilkins, 392-395.

Aydemir, C., Temiz, H.V., Göka E. (2002). Majör depresyon ve özkıyımında kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 33-39.

Aydemir, Ö., Ergün, H., Kesebir, S., Soygür, H., Tulunay, C. (2011). Majör depresif bozukluğun akut dönem tedavisinde sitalopram ve essitalopram'ın yaşam kalitesi üzerine etkisi: karşılaştırmalı açık bir çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt: 21, Sayı: 3, 210-218.

Bakish, D. (2001). New standard of depression treatment: remission and full recovery. *J Clin Psychiatry*; 62(suppl 26): 5-9.

Barnes, J. (2013). Temel biyolojik psikoloji. Nobel Tıp Kitabevi, (Çeviri: Altındağ A., Erdoğan S.), Ankara, 317-319.

Batıgün-Durak, A. (2008). İntihar olasılığı ve cinsiyet: iletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, Aralık, 23 (62), 65-75.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, T.A., Steer, A.R., Garbin, G.M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, Vol. 8, 77-100.

Bosc, M., Dubini, A., Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(Suppl 1), 57-70.

Bozdoğan, Y.Ş. (2013). Majör depresif bozuklukta intihar yordayıcıları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Tokat*.

Bozeman, N.B. (1999). The efficacy of solution-focused therapy techniques on perceptions of hope in clients with depressive symptoms. *New Orleans Baptist Theological Seminary, Submitted to the Faculty, Dissertation*.

Brzezowski, M.K. (2011). A solution-focused group treatment approach for Individuals Maladaptively Expressing Anger. *The School Of Professional*

Psychology Wright State University, Submitted To The Faculty, Professional Dissertation, Ohio.

Castro, S., Guterman, T.J. (2008). Solution-focused therapy for families coping with suicide. *Journal of Marital and Family Therapy*, January, Vol. 34, No. 1, 93–106.

Chung, S. A., Yang, S. (2004). The effects of solution-focused group counseling program for the families with schizophrenic patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi (Journal of the Korean Academy of Nursing)*, 34:11, 55-63.

Cleare, A., Pariente, C.M., Young, A.H. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol.*, May, 29(5):459-525.

Corey, G. (2005). Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları. Mentis Yayıncılık, (Çeviri: Sağlam, A.), Ankara, 420-429.

Cull, J.G., Gill, W.S. (1990). Suicide probability scale. Western Psychological Services, Los Angeles.

Çakmak, S., Süt, H., Öztürk, S. Tamam, L., Bal, U. (2016). Psikiyatri Kliniğinde Uğraşı ve Psikososyal Müdahalelerin Hastaların Kişiler Arası İşlevsellik ve Bireysel ve Sosyal Performans Düzeylerine Etkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 53: 234-240.

Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, 333-366.

de Chesnay, M., Anderson, A.B. (2012). *Caring for the vulnerable: perspectives in nursing theory, practice, and research*. 3rd Edition, Burlington, MA : Jones ve Bartlett Learning, United Kingdom, London, 355-421.

de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207–221.

Doğan, S. (1999). Çözüm-odaklı kısa süreli terapi: kuramsal bir inceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(12), 23-38.

Dolan, Y., Pichot, T. (2010). *Solution-Focused Brief Therapy 201:Addressing Habits*

and Creating Positive Addictions: A Solution-Focused Approach. Retrieved from <http://www.solutionfocused.net>.

Dölek, N., Kunter, F. (2013). Çözüm odaklı danışmanlık yaklaşımı. Seminer Notları, Aile Araştırmacıları Derneği, İstanbul.

Eriksson, M., Lindström, B., Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health: salutogenesis in a societal context: Aland, a special case?. *J Epidemiol Community Health*, 61:684-688.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). Türkiye ruh sağlığı profili raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Eryılmaz, A. (2012). Amaçlar: Ruh ve beden sağlığını korumanın önemli bir aracı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 428-448.

Eskin, M. (1993). Age specific suicide rates and the rates of increase, and suicide methods in Sweden and Turkey: a comparison of official suicide statistics. Reports from the Department of Psychology, Stocholm University, No: 772.

Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R. Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, Mar, 186 (4), 302-307.

Evans, N., Evans, A.M. (2013). Solution-focused approach therapy for mental health nursing students. *Br J Nursing*, Nov 28-Dec 11; 22(21):1222-4, 1226.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G, ve Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

Ferraz, H., Wellman, N. (2008). The integration of solution-focused brief therapy principles in nursing: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 37-44.

Florence, E., Roger, L. (2005). Solution Building Approach To Telephone Counseling: Implication And Integration. In *Proceedings Counselling in Organisational and Community Development*, Kuching, Sarawak, Malaysia.

Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, M.A., Calati, R., Möller, H., Rujescu, D., Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide: Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1262–1271.

Goodwin, R.D., Jacobi, F., Bittner, A., Wittchen, H.U. (2007). Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Oral, T. (Ed.), Sigma Publishing, İstanbul, 33-54.

Greene, G. J., Kondrat, D. C., Lee, M. Y., Clement, J., Siebert, H., Mantzer, R. A., Pinnell, S. R. (2006). A solution-focused approach to case management and recovery with consumers who have severe mental disability. *Families in Society*, 87(3), 339–350.

Gürhan, N. (2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Nobel Tıp Yayınevleri, Ankara 475-538.

Hagen, B. F. , Mitchell, D. L. (2001). Might within the madness: solution-focused therapy and thought-disordered clients. *Archive of Psychiatric Nursing*, 15(2), 86-93.

Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., Calabrese J.R., Flynn, L., Keck, P.E., Lewis, L., McElroy, S.L., Post, R.M., Rapport, D.J., Russell, J.M., Sachs, G.S, Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*, 157:1873-1875.

Hosany Z., Wellman N., Lowe T. (2007). Fostering a culture of engagement: a pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution-focused therapy techniques. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 688–695.

Hosseinpour, N. Jadidi, M. Mirzaian, B. Hoseiny, H. (2015). The efficiency of solution-focused brief therapy on adjustment problems of female students in amol. İran, *Int J School Health*, January; 3(1): e27002, 1-5.

http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/41/03/966845/dosyalar/2014_01/16114558_zmodaklpsilolojikdanma.pdf (Erişim tarihi: 04.01.15).

Hung, H., Sung, S. (2006). Applying solution focused therapy to thr nursing of a depressive patient with negative thinking. *Hu Li Za Zhi*, Aug;54(4):94-100.

Isometsa, E. (2014). Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. *CanJPsychiatry*,59(3):120–130.

Javanmiri, L., Kimiaee, A.S., Abadi, H.G.A.B. (2012). The study of solution-focused group counseling in decreasing depression among teenage girls. *International Journal of Psychological Studies*; Vol. 5, No. 1, 105-111.

Kafaki, M.M., Moafi, M., Golestani, R., Bekineh, F., Ebrahimi, S.M.H.S. (2017). The effect of short-term solution focused therapy on distress tolerance and social adjustment of patients with ms in Sari. *American Journal of Applied Psychology*; 6(6): 147-152.

Kasper, S. (1999). From symptoms to social functioning: differential effects of antidepressant therapy. *Int Clin Psychopharmacol*, 14 (Suppl1): 27-31.

Kaya, B., Kaya, M. (2007). 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10 (Suppl. 6), 3-10.

Keller, M. (2001). Role of serotonin and noradrenaline in social dysfunction: a review of data on reboxetine and the social adaptation self-evaluation scale (SASS). *Gen Hosp Psychiatry*, 23(1): 15-19.

Knekt P., Laaksonen M. A., Raitasalo R., Haaramo P., Lindfors O. (2010). Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*, 25, 1–7.

Knekt, P., Heinonen, E., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Virtala, E., Rissanen, J., Lindfors, O. (2015). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Research*, 229; 381–388.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med*. May;38(5):689-703.

Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, A.M., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A. (2008a). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity — A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107, 95–106.

Kondrat, D.C., Teater, B. (2010). Solution-focused therapy in an Emergency Room setting: Increasing hope in persons presenting with suicidal ideation. *Journal of Social Work*, 12(1), 3–15.

Koorankot, J., Mukherjee, T., Ashraf, Z.A.A. (2014). Solution-Focused Brief Therapy for Depression in an Indian Tribal Community: A Pilot Study. *International Journal of Solution-Focused Practices*, Vol. 2, No. 1, 4-8.

Küey, L. (1998). Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1:5-12.

Lam, W.R. (2012). *Depression*. Second edition, Oxford University Press, United Kingdom, 173-198.

Lamprecht, H., Laydon, C., MCQuillin, C., Wiseman, S., Williams, L., Gash, A., Reill, J. (2007). Single session solution-focused brief therapy and self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (6), 601–602.

Laydon, C., MacKenzie, S., Jones, S., Wilson-Stonestreet, K. (2008). Solution-focused therapy for clients who self-harm. In *Nursing Times*; 104: 9, 30-31.

Lindfors, O., Ojanen, S., Jääskeläinen, T., Knekt, P.(2014). Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. *PsychiatryResearch*, 216, 44–51.

Lizardi, D., Grunebaum, M., Burke, A., Stanley, B., Mann, J., Friedman, J., ve Oquendo, M. (2011). The Effect of Social Adjustment and Attachment Style on Suicidal Behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(4), 295-300.

Lü, W., Wang, Z., Liu, Y. (2013). A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: the effect of positive psychotherapy. *Int J Psychophysiol*, 88:213–217.

Marttunen, M., Valikoski, M., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Knekt, P. (2008). Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. *Psychother Res.*, Mar;18(2):191-9.

Mason, H.W., Breen, Y.R., Whipple, R.W. (1994). Solution-focused therapy and inpatient psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, October, Volume 32, Issue 10, 46-49.

McAllister, M., Billett S., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self-harm for emergency nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 121–128.

McAllister, M., Zimmer-Gembeck, M., Moyle, W., Billett, S. (2008). Working effectively with clients who self-injure using a solution focused approach. *International Emergency Nursing*, 16, 272–279.

McAllister, M. (2003). Doing practice differently: solution focused nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 528–535.

McAllister, M. (2007). *Solution focused nursing: rethinking practice*. Palgrave Macmillan Ltd., London, New York, 116-126.

McAllister, M. (2010). Solution focused nursing: a fitting model for mental health nurses working in a public health paradigm. *Contemporary Nurse*, 34(2): 149–157.

McAllister, M., Moyle, W., Iselin, G. (2006a). Solution focused nursing: an evaluation of current practice. *Nurse Education Today*, 439–447, 26.

McAllister, M., Venturato, L., Johnston, A., Rowe, J., Tower, M., Moyle, W. (2006). Solution focused teaching: a transformative approach to teaching nursing. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Volume 3, Issue 1, Article 5, 1-13.

National Institute of Mental Health. (2015). Depression: What you need to know. (<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-what-you-need-to->

know/depression-what-you-need-to-know-pdf_151827.pdf Erişim tarihi: 19.09.2016).

National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression in adults: recognition and Management. (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> Erişim tarihi: 27.09.2017).

Özdemir, G.P., Yılmaz, E., Selvi, Y., Boysan, M. (2017). Psikiyatride Parlak Işık Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry; 9(2):177-188.

Özer, Ü., Yıldırım, A.E., Erkoç, Ş.N. (2015). Relationship of Suicidal Ideation and Behavior to Attachment Style in Patients with Major Depression. Arch Neuropsychiatr; 52: 283-288.

Öztürk, O. (2011). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Cilt 1, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 337-427.

Restifo, K., Bögel, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. Clinical Psychology Review, 29, 294–316.

Rhee, K.W., Merbaum, M., Strube, M., Self, S. (2005). Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. Suicide and Life-Threatening Behavior, 35 (3), June, 317-328.

Rihmer, Z., Angst, J. (2005). Mood Disorders: epidemiology. in kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th Edition (Eds BJ Sadock, VA Sadock) Philadelphia, Lippincott Williams ve Wilkins, 447-459.

Saarijärvi, S., Salminen, J.K., Toikka, T., Raitasalo, R. (2002). Health-related quality of life among patients with major depression. Nord J Psychiatry, 56:261-264.

Saffarpour, S., Farahbakhsh, K., Shafiabadi, A., Pashasharifi, H. (2011). The effectiveness of solution-focused brief therapy on increasing social adjustment of female students residing in Tehran University dormitories. International Journal of Psychology and Counselling, February, Vol. 3(2), pp. 24-28.

Sanderson, K., Andrews, G. (2002). Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis. *Psychiatr Serv. Jan*;53(1):80-6.

Sarı, E., Günaydın, N. (2016). Çözüm odaklı depresyon ile başa çıkma eğitiminin depresyon belirtileri üzerindeki etkileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(5):369-375.

Seligman, M.E., Rashid, T., Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol*, 61:774-788.

Sharry, J., Darmody, M., Madden, B. (2002). A solution-focused approach to working with clients who are suicidal. *British Journal of Guidance ve Counseling*, 30(4), 383–399.

Simon, G.E. (2003). Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry. Aug 1*;54(3):208-15.

Sklare, G.B. (2013). Okul araştırmacıları için çözüm odaklı kısa süreli psikolojik danışma. Kaya, A., Siyez D.M. (Ed.), Pegem Akademi, 17-83.

Smith, S., Adam, D., Kirkpatrick, P., McRobie, G. (2011). Using solution-focused communication to support patients. *Nursing Standard*, 25, 52, 42-47.

Sparrer, I. (2012). Çözüm odaklı yaklaşıma ve sistematik yapısal dizime giriş. Suvarierol E (Ed.), Pan Yayıncılık, 1. Basım, 124-138.

Stevenson, C., Jackson S., Barker P. (2003). Finding solutions through empowerment: A preliminary study of a solution orientated approach to nursing in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (6), 688–696.

Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R., Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among us workers with depression. *JAMA*, 289(23):3135-44.

Suh, Y.D. (2016). Effects of negative self-evaluation bias on depression, rumination, and distractibility. *Yale Review of Undergraduate Research in Psychology* , Vol.6, Spring, 49-59.

Şahin, N., Durak, A. (2000). Yaşamı sürdürme nedenleri ve intihar olasılığı. (Yayınlanmamış Çalışma).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). Ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik projesi. (http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_maliyetetkililikTR.pdf) Erişim tarihi: 21.11.2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). (<http://yeni.thsk.gov.tr/ruhsagligi-dokumanlar/ruhsagligi-kitaplar/1534-ulusal-ruh-sa%C4%9Flu%C4%B1%C4%9F%C4%B1-eylem-plan%C4%B1-2011-2023.html>) Erişim tarihi: 21.05.2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin sıklığı. (<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>) Erişim tarihi: 21.12.2016).

Tapolaa, W. Lappalainen, R., Wahlström, J. (2010). Brief intervention for deliberate self harm: an exploratory study. *Suicidology Online*, (1), 95-108.

Temel, M. (2009). İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 2, 78-83.

Terman, M. (2010). The right way to treat seasonal depression. *Scin Cancer Foundation Journal*, Vol. XXVIII, 56-97.

Tezvaran, Z., Akan, H., İzbirak, G. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon Yönetimi. *Turkish Family Physician*;1(3):1-7.

Thompson, K. (2017). The North Carolina Office on Disability and Health. *Depression and Disability a Pratical Guide*.

Townsend C. M. (2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. Özcan T., Gürhan N. (Ed.), F.A. Davis Press, 378-427.

Tuğcu, H. (1996). Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2015). İstatistiklerle Türkiye. (http://ec.europa.eu/eurostat/documents/7330775/7339623/Turkey+_in_statistics_2015.pdf/317c6386-e51c-45de-85b0-ff671e3760f8) Erişim tarihi: 18.07.2016).

Tüzün, Z. (1997). Life events, depression, social support systems, reasons for living and suicide probability among university students. ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Vaughn, K., Webster, D.C., Orahod, S., Cox-Young, B. (1995). Brief inpatient psychiatric treatment: finding solutions. *Issues in Mental Health Nursing*, 16 (6), 519–531.

Videbeck, S.L. (2004) *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2nd ed., Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, 14-21.

Wand, T. (2010). Mental health nursing from solution focused perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 210-219.

Wand, T. (2012). Solution Focused Mental Health Nursing. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 19, 210–219.

Wand, T. (2013). Positioning mental health nursing practice within a positive health paradigm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 116–124.

Wasserman, D. (2011). *Depression*. Oxford University Press. Second Edition, Newyork.

Webster, D.C., Vaughn, K., Martinez, R. (1994). Introducing solution focused approaches to staff in inpatient psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 89 (4), 254–261.

Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results From The Medical Outcomes Study, *JAMA*, 262(7): 914-9.

Winship, G. (2007). Single-session solution-focused brief therapy and self-harm: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 601–602.

Wiseman, S. (2003) Brief intervention: reducing the repetition of deliberate selfharm. *Nursing Times*, 99: 35, 34–36.

World Health Organization. (2012). World Report on Disability. Disability and rehabilitation. ([www.who.int/disability World report/2012/report/en/index.htm/](http://www.who.int/disability_world_report/2012/report/en/index.htm/). Erişim tarihi: 12.02.2018).

World Health Organization. (2016). Depression a global public health concern. (http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf Erişim tarihi: 21.08.2016).

World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> Erişim tarihi: 02.09.2017).

Yaşar, H., Balıbey, Y., Alay, S., Tekeli, H., Türker, T., Bayar, N. (2013). Migren hastalarında anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif belirti düzeyleri. Journal of Mood Disorders Volume: 3, Number: 4, 157-161.

Yu-Hang, W., Zhou-Ting, S., Qian-Ying, L. (2017). Association of depressive symptoms and suicidal ideation among university students in China: A systematic review and meta-analysis. Medicine, March, Volume 96, Issue 13, 64-76.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1- Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

2- Yaşınız

3- Hangi okuldan mezunsunuz?

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

4- Medeni durumunuz nedir?

() Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

5- Nerede yaşıyorsunuz?

() Köy. () İlçe () İl

6- Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

() Yalnız yaşıyorum

() Ailemle yaşıyorum

() Akrabamla yaşıyorum

() Arkadaşımla yaşıyorum

()Diğer(Yazınız).....

7-Sosyoekonomik düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

() Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

8- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

() Tam zamanlı çalışıyorum

() Yarı zamanlı çalışıyorum

() Çalışmıyorum

9-İlk hastalandığınızda kaç yaşındaydınız?.....

10-Polikilinten takip edildiğiniz zamanlarda kontrollerinize düzenli gelir miydiniz?

() Evet () Hayır

11-Polikilinten takip edildiğiniz zamanlarda ilaçlarınız düzenli kullanır mıydınız?

() Evet () Hayır

12-Hastalığınızın tedavi sürecinde hiç danışmanlık, psikoterapi aldınız mı?

() Evet () Hayır

13- Son bir yılda kaç kez hastaneye yatarak tedavi gördünüz?.....

() Evet () Hayır

14-Şu anda hastalığınız için kullandığınız ilaçları yazınız:

.....



EK 2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzumki dayanamıyorum
2	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirdim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacaktım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum

8	<p>a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum</p> <p>b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum</p> <p>c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum</p> <p>d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum</p>
9	<p>a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok</p> <p>b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam</p> <p>c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim</p> <p>d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm</p>
10	<p>a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum</p> <p>b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum</p> <p>c. Şimdilerde her an ağlıyorum</p> <p>d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesemde ağlayamıyorum</p>
11	<p>a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam</p> <p>b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim</p> <p>c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim</p> <p>d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim</p>
12	<p>a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim</p> <p>b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim</p> <p>c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim</p> <p>d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı</p>
13	<p>a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum</p> <p>b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum</p> <p>c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum</p> <p>d. Artık hiç karar veremiyorum</p>
14	<p>a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum</p> <p>b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum</p> <p>c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum</p> <p>d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum</p>
15	<p>a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum</p> <p>b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum</p> <p>c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum</p> <p>d. Artık hiç çalışmıyorum</p>

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

EK 3. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	Size Uygunluk Derecesi			
	% 0	% 30	%70	%100
1. . Kızınca birşeyler fırlatırım.	()	()	()	()
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
5. Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
11. Ölürssem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()
17. Ölürssem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()

	Size Uygunluk Derecesi			
	% 0	% 30	%70	%100
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	()	()	()	()
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
23. Güvенеbileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	()	()	()	()
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
34. Kızınca birşeyler kırarım.	()	()	()	()
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	()	()	()	()
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()

EK 4. SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ad, Soyad:

/

Tarih: /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları su anki fikrinize göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Bir işiniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise:

1. İşinize ilginiz nasıl?

Çok Orta Az Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:

2. Ev işlerine ilginiz nasıl?

Çok Orta Az Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

Çok zevk alıyorum Orta düzeyde zevk alıyorum
 Az zevk alıyorum Hiç zevk almıyorum

4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

Çok Orta Az Hiç yok

5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?

Çok iyi İyi
 Fena değil Tatmin edici değil

6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

Çok sık Sık
 Nadiren Hiç

7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

Çok iyi İyi
 Fena değil Tatmin edici değil

8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

Birçok insanla var Birkaç insanla var

Pek az insanla var Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?

Çok gayret ederim Gayret ederim
 Orta derecede gayret ederim Gayret etmem

10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi İyi
 Fena değil Tatmin edici değil

11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?

Çok değer veririm Değer veririm
 Çok az değer veririm Hiç değer vermem

12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?

Çok sık Sık
 Nadiren Hiç

13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?

Her zaman Sıklıkla
 Nadiren Hiç

14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindesiniz?

Tamamen Orta derecede
 Az Hiç

15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?

Çok Orta Az Hiç

16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?

Çok Orta Az Hiç

17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?

Her zaman Sıklıkla Bazen Hiçbir zaman

18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?

Her zaman Sıklıkla Bazen Hiçbir zaman

19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?

Çok Orta Pek değil Hiç

20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?

Her zaman Sıklıkla Bazen Hiçbir zaman

21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hissedermisiniz?

Fazlasıyla Orta Pek değil Hiç

EK 5. DEPRESİF BİREYLER İÇİN ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM PROGRAMI

Depresif bireyleri için çözüm odaklı yaklaşım programı her bir görüşme içeriği aşağıda belirtilmiştir.

Ön görüşme; hastaneye yatıştan bir gün sonra yapılır. Ön görüşmenin amacı; hastayla tanışmak, ilişki kurmak ve hastayı çözüm odaklı yaklaşım (ÇOY) ve araştırma süreci hakkında bilgilendirmektir. Bu kısa görüşmede; araştırmacı kendini tanıtır ve araştırma amacını belirtir. ÇOY felsefesi, ilkeleri ve kullanılan teknikler hakkında hastaya kısa bilgi verilir. Ayrıca hasta araştırma süreci hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastaya; araştırmanın amacı, oturum sayısı, süresi ve sıklığı, uygulanacak ölçekler, oturumların sona ereceği tarih, araştırmada son test ölçümü ve izlem ölçümünün olacağı ve bu uygulamaların tarihleri hakkında bilgi verilir. Hastaya gizlilik ilkesi ve sınırları anlatılır. Danışma sürecine dair kuralları belirlenir.

1.GÖRÜŞME (4. Gün)

Amaç: POZİTİF AMAÇLARI KEŞFETME VE MUCİZEYİ KONUŞMA

Hedefler:

- Gerçek merakı kullanarak hasta hakkında geniş bilgi sahibi olmak
- Çözüm odaklı pozitif amaçları belirlemek
- Mucize soruyu sormak-Sihirli değnek ve Beyaz küre etkinliği
- Mucizenin gerçekleşmesi için kimlerin neler yapacağını belirlemek
- Ev Ödevi 1'i vermek

Oturum Süresi: 30-40 dk

Uygulama Süreci:

- Hastanın kendini tanıtmayı istenir ve burada gerçek merak, hak verme, övgü ve hastanın dilini kullanma teknikleri kullanılır.
- Hastaya “Sizi buraya getiren şey nedir?”, Buraya gelmekteki amacınız nedir?, soruları sorularak olmak istediği noktayı fark etmesi sağlanmaya çalışılır. “Bugün bu oturumda ne olmalı ki iyiki buraya gelmişim diyebilirsiniz?”, Ne olursa artık beni görmeye ihtiyacınız kalmadığını düşünürsünüz? soruları yöneltilerek durum ayrıntılandırılır.
- Hastanın amaçlarını olumlu ve gözlemlenebilir eylemler olarak tanımlaması sağlanır. Bu amaçla hastanın amaçları; yapmaktan vazgeçeceği veya durduracağı davranışlar üzerine değil, neyi veya neleri yapmaya başlayacağı üzerine inşa edilmeye çalışılır. Hastanın amaç belirleme sürecinde olumsuz, zararlı, imkansız ya da bilmiyorum amaçları oluşturması durumunda danışman amaçları olumlu amaçlara çevrilmeye çalışılır. Danışman “..... yerine” nı hastaya iletir ve olumsuz, zararlı ve imkansız amaçları olumlu amaçlara çevirir. Bilmiyorum amaçlarında ise danışman Hastaya “eğer biliyor olsaydın,.....” gibi sorular sorularak amaçların somut, ölçülebilir ve davranışsal olarak netleştirilmesini sağlar.
- Danışman hastaya, “Şimdi size alışılmamış ve zor bir soru soracağım. Cevap verebilmek için biraz hayal gücü gerekebilir ancak hangi noktaya ulaşmak

istediğinizi belirlemede bir anahtardır. Farz edinki bu gece siz uyurken bir mucize oldu. Mucize, buraya gelmenize neden olan bütün sorunlarınızı çözmüş. Ancak siz uyuduğunuz için mucize olduğunu bilmiyorsunuz. Ayrıca sabah uyandığınızda hiç kimse size mucizeden bahsetmiyor. Size bir mucizenin gerçekleştiiğini gösteren ilk işaret ne olurdu?, Bu mucizeyi ilk kim fark ederdi?, Fark ettiği şey ne olurdu?, Bu farklılığı gözlemlediklerinde size yaklaşımları nasıl olurdu?, Siz bu yaklaşımlarına karşılık onlara nasıl yanıt verirdiniz?, Neleri farklı yapıyor olurdunuz?, Bu mucize gerçekleştikten sonra başka ne farklı olurdu? (Başka ne? sorusu 3-4 defa sorulur.), Bu gece bu mucizenin gerçekleşmesi için kim ne yapmalı?, Bu mucize şimdiden gerçekleşmiş gibi davranabilir misiniz? Gibi sorular sorularak mucize en ince ayrıntısına kadar hastaya anlatılır. Böylece hastanın yerine getirmesi gereken kendi sorumluluklarını ve değiştirmek istediği yönlerini fark etmesi sağlanır. Hastaya olumlu değişim sağlamayı hedeflediği alanları ayrıntılandırma fırsatı sunulur.

- Sonrasında hastaya “Sihirli bir değneğiniz olsaydı neleri değiştirmek isterdiniz?, Nelerin aynı kalmasını isterdiniz?” sorularak hastanın belirgin mucizelere yönelmesi sağlanır. Aynı kalmasını istediği şeyleri sürdürmedeki başarısı konuşulur. Hastanın çabası övülür.
- Hastaya olumlu bir geleceğe odaklanması/hayal etmesi amacıyla beyaz küre etkinliği yapılacağı söylenir. Hastaya beyaz bir küre verilir ve “Beyaz kürenin sihirli bir küre olduğunu farz edin. Küreye bakın ve geleceğinizi hayal edin. Orada belirlediğiniz mucizenin gerçekleştiiği günleri görün. Siz ve diğerlerinin neler yaptığını görüyorsunuz?” denir. Hastanın bundan 10 yıl sonrada şu anda hissettiği duyguları aynı şiddette hissedip hissetmeyeceğini kestirmesi sağlanır. Bu hastanın sorunun sonsuza kadar sürmeyeceğine dair umudunu güçlendirir. ÇOY yaşamın bir gölden çok bir nehre benzediiği/değişken olduğu vurgulanır. Tıpkı geçmişteki sorunların ebedi olamadığı gibi bugünkü sorunlarında baki olmayacağı farkındalığı kazandırılmaya çalışılır.
- Hastaya derecelendirme sorusu sorulur. ‘0’ dan ‘10’ a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde ‘0’ mucizenin gerçekleşmesi ve belirttiğiniz durumun tamamen ortadan kalkmasının ardından hissettiklerinizi ‘10’ ise en olumsuz durumu içermektedir. Şu an nerede olduğunuzu düşünöyorsunuz? Derecede 1 puan

azalma sağlamak için Kimler? Neleri yapmalıdır? tartışılır. Hastadan kendisinin yapabileceği girişimleri uygulaması istenir. Belirlediği kişilerin mucize için çalışmaları ve sorumluluklarını yerine getirmeleri konusunda hasta onlara yol göstericilik yapar ya da isteklerini onlara iletebilir.

- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilir. Danışman hastaya olumlu bildirimlerini yansıtır. Ayrıca danışman hastaya güçlü yönleri ve başarılarına dair övgüde bulunulur.
- Hastaya iletmek istediği bir Şey olup olmadığı sorulur. Diğer görüşmenin tarih, saat ve yeri belirtilerek görüşme sonlandırılır.



Ev Ödevi 1: Ev Ödevi 1. Anlatılır, verilir ve diğer oturuma kadar yapması rica edilir. Diğer oturuma kadar sadece bir günlüğüne mucize gerçekleşmiş gibi davranınız. Her günün sonunda gününüzü değerlendiriniz. Mucize gerçekleşmiş gibi davrandığınız o gün iyi yaptığınız, yaptığınızda kendinizi iyi hissettiğiniz şeyler neler?, İyiye giden şeylerin kendinizde ve çevrenizde sağladığı etki nasıl?, Nelerin daha iyi olmasını sağlayabildiniz? Bu konularda kendinizi gözlemleyerek izlenimlerinizi kağıda dökünüz.

MUCİZENİN GERÇEKLEŞTİĞİNİ VARSAYDIĞIM GÜN;

- **DAHADA İYİ OLMASINI SAĞLADIĞIM ŞEYLER;**

- **HİSSETTİKLERİM;**

- **ÇEVREMDEKİLERİN HİSSETTİKLERİ;**

2. GÖRÜŞME (8. Gün)

Amaç: HASTANIN ÇÖZÜM ODAKLI POZİTİF AMAÇLARINA ULAŞMASINDA BİR YOL HARİTASI OLUŞTURMA

Hedefler:

- Ev Ödevi 1'i ayrıntıları ile değerlendirmek
- Hastanın mucizenin bazı kısımlarının geçmişte gerçekleşmiş olduğuna ilişkin farkındalığını sağlamak adına istisnai durumları belirlemek
- Bireye geçmişte mucizenin gerçekleştiği zamanları hatırlatarak bugünkü olası çözümleri keşfetmesini sağlamak
- İç kaynaklarına olan farkındalığını artırmak
- Ev Ödevi 2'i vermek

Oturum Süresi: 30-40 dk

Uygulama Süreci

- Bir önceki oturumda verilen Ev Ödevi 1 ayrıntılarıyla değerlendirilir. Hastanın ödevi yapmak için gösterdiği çaba övülür.
- Danışman hastayla önceki görüşmeden bu yana daha iyi giden şeylerin neler olduğu konuşur. Böylece hastanın küçük bile olsa iyi olan değişimleri fark etmesi sağlanır. ÇOY'a göre küçük değişimler büyükleri beraberinde getirmektedir bu bilgi hastayla paylaşılır. Daha iyi olmaya başlayan şeylerin etki alanını güçlendirmek için iyiye giden şeylerin hastanın çevresini nasıl etkilediği sorulur. Hastanın çevresini etkileme ve değiştirme potansiyeline sahip olduğunu görmesi sağlanır. Hastanın fark edemediği başarılarını keşfetmesini sağlamak için ise iyiye gidişi sağlamayı nasıl başardığı sorulur. Hastanın güçlü yönleri ve kaynakları övülür.
- Hastaya bir önceki görüşmede belirlediği olumlu amaçlar hatırlatılır. Ayrıca mucizeyi gerçekleştirmek için yapmayı belirlediği eylemlerden hangilerini gerçekleştirdiği/yaptığı konuşulur. Gerçekleştiremediği eylemleri tekrar denemesi konusunda ise hasta cesaretlendirilir. Belirlediği amaçlara ulaşip ulaşmadığı görüşülür.

- Mucizenin gerçekleşmesinin kendisinin gelecekteki çözümlerini yapılandırılmasına bağlı olduğu hastaya hatırlatılır. Bu amaçla istisnalara yönelik sorularla geçmişte olmuş olan çözümler bulunmaya çalışılır. Danışman istisnaları sorarak hastanın geçmiş istisnai başarılarını bulması için hafızasını zorlamasına yardım eder/sağlar. Hastanın geçmişteki başarılarını görmesi o zamanlarda kullandığı güçlü yönleri ve kaynaklarını yeniden keşfetmesine ve kullanmasına öncülük eder.
- Danışman istisnai durumları belirlemeye yönelik hastaya; Sorununuzun kendini göstermediği zamanlar oluyor mu? Bu zamanlarda ne yapıyorsunuzda sorununuz ortadan kayboluyor? ,Geçmişte mucizenin kısmende olsa gerçekleştiği zamanlar var mı?, Ne zaman?, Bu zamanlarda bugünden farklı olan şey/şeyler nelerdi? Sorularını yöneltir. Böylelikle hasta sorunu geçmişte çözüme gücüne sahip olduğunu ve çözdüğünü yalnız bugün bunun farkında olmadığını anlaması amaçlanır. Geçmişte kullandığı güçlü yönleri ve kaynaklarını harekete geçirerek bugün kullanması için hasta cesaretlendirilir.
- Başarı anlarının fark edilmesinden sonraki süreç bu istisnai durumlarla ilgili spesifik davranışların detaylandırılması ile devam eder. Bu hastanın kendi kaynaklarının önemini anımsaması ve başarı duygusu oluşmasını sağlar. Danışman bu konuda ise hastaya; Geçmiş istisnai durumda bugünden farklı olarak ne yapmıştınız?, O zaman neyi/neleri farklı yapıyordunuz? Sorularını yöneltir. Hastanın istisnai durumları nasıl oluşturduğunu keşfetmeye çalışır.
- Hastaya derecelendirme sorusu sorulur. Derecede 1 puan azalma sağlamak için Kimler? Neleri yapmalıdır? tartışılır. Hastadan kendisinin yapabileceği girişimleri uygulaması istenir. Belirlediği kişilerin mucize için çalışmaları ve sorumluluklarını yerine getirmeleri konusunda hasta onlara yol göstericilik yapar ya da isteklerini onlara iletebilir.
- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilir. Danışman hastaya olumlu bildirimlerini yansıtır. Ayrıca danışman hastaya güçlü yönleri ve başarılarına dair övgüde bulunulur.
- Hastaya iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Diğer görüşmenin tarih, saat ve yeri belirtilerek görüşme sonlandırılır.

Ev Ödevi 2: Ev Ödevi 2. Anlatılır, verilir ve diğer oturuma kadar yapması rica edilir.

İçimdeki peri etkinliği: Bu etkinlik geçmişte farkında olup kullandığınız ve halen içinizde saklı olan gücü ve çözümleri fark etmenizi sağlama amaçlı bir etkinliktir. Hayal gücünüzü kullanmanızı gerektirir. Kendinize uygun bir zamanda istediğiniz bir alana geçin. Gözlerini kapatın ve kendiniz için güzel bir yer hayal edin. Orada oturun ve şu anda yaşadıklarınızı düşünün. Bu sırada yanınıza bir peri gelsin ve size : “Merhaba ben senin içindeyim. Bu güne kadar varlığımı hissettin ancak tam olarak beni keşfedememiştin. Ben senin içindeki periyim. Sıkıntılarını çok iyi biliyorum. Bende aynı sıkıntıları içinde seninle yaşıyorum. Sana yardımcı olmaya karar verdim ve izleyeceğimiz yolu belirleyecek bir mektup yazdım. Al bu mektubu ve oku. Mucizeyi nasıl gerçekleştirebileceğimiz, kimleri nasıl etkileyebileceğimiz ve bunun sonunda kendimizi nasıl hissedeceğimiz bu mektupta gizli. Ben ne zaman istersen gelir sana yardım ederim. Şimdi al bu zarfı ve aç.” Desin.

İçinizdeki peri size ne yazmış olabilir? Benimle paylaşır mısınız?

3. GÖRÜŞME (12. Gün)

Amaç: KAYNAKLARIN FARKINA VARMA VE ÇÖZÜMLER İÇİN ZİHİNSEL HARİTALAR OLUŞTURMA

Hedefler:

- Ev Ödevi 2'yi ayrıntıları ile değerlendirmek
- Mucize ile ilgili istisnaların tanımlanmasından sonra hastaya çözüm adımlarını nasıl atacağını keşfettirmek
- Çözümlerle ilgili zihinsel haritalar oluşturmak
- Hastanın güçlü yanlarını fark etmesi ve iç kaynaklarına olan farkındalığını artırmak
- Ev Ödevi 3'ü vermek

Oturum Süresi: 30-40 dk

Uygulama Süreci

- Bir önceki oturumda verilen Ev Ödevi 2 ayrıntılarıyla değerlendirilir. Hastanın ödevi yapmak için gösterdiği çaba övülür.
- Danışman hastayla önceki görüşmeden bu yana daha iyi giden şeylerin neler olduğu konuşur. Böylece hastanın küçük bile olsa iyi olan değişimleri fark etmesi sağlanır. ÇÖY'a göre küçük değişimler büyükleri beraberinde getirmektedir bu bilgi hastayla paylaşılır. Daha iyi olamaya başlayan şeylerin etki alanını güçlendirmek için iyiye giden şeylerin hastanın çevresini nasıl etkilediği sorulur. Hastanın çevresini etkileme ve değiştirme potansiyeline sahip olduğunu görmesi sağlanır. Hastanın fark edemediği başarılarını keşfetmesini sağlamak için ise iyiye gidişi sağlamayı nasıl başardığı sorulur. Hastanın güçlü yönleri ve kaynakları övülür.
- Hastanın bir önceki görüşmede belirlediği mucize ile ilgili istisnaları tanımlamasından sonra hastaya çözüm adımlarını nasıl atacağını keşfettirmek amacıyla şu anda hissetmek istemediği duyguların olmadığı bir zamanı hatırlaması istenir. Hastanın çözüme dair zihinsel haritalar oluşturabilmesi için; istemediği bu duyguları hissetmediği ya da bu duyguların üstesinden gelmeyi

başardığı zamanlardan bahsetmesi istenir. Hastanın bu başarısı oldukça ayrıntılı bir şekilde konuşulur. Hastanın başarısı övülür.

- Danışman bu başarıda hastayı memnun eden şeyin tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışır. Danışman hastanın bu başarıda hangi kaynaklarını kullandığını, hangi yolları izlediğini, bu yolları bugün tekrar işler hale getirebilmesi için neler yapılabileceğini anlamaya çalışır ve hastanın farkındalığını artırmaya çalışır.
- Danışman hastaya; Bu beceri ve güçlü yönlerinizi başka nerelerde kullandınız? Eğer kullandıysanız yine başarı elde ettiniz mi? Bu beceri ve güçlü yönlerinizi başka alanlarda kullanabilir misiniz? Sorularını yöneltir. Eğer hasta aynı becerileri ile farklı sorunların üstesinden gelebildiyse; danışman hastaya işleyen yollarda ısrarcı olmasını önerir. Eğer tam tersi olmuş ve hastanın geliştirdiği zihinsel haritalar ve yollar işe yaramamış ise; danışman hastaya işlemeyen yolları asla tekrar denememesini ve yeni yollar keşfetmesini önerir. Bu yolların neler olabileceğini keşfetmesi için hastayı teşvik eder.
- Hastadan başarısına katkı sağlamış başka kişiler olup olmadığını gözden geçirmesi istenir. Bu kişiler kimlerdir? Yakınlık dereceleri nedir? Bugün hala hastanın hayatında yer alıyorlar mı? hastaya sorulur. Hastaya bu kişileri çözüme ulaşmada tekrar destek kaynağı olarak kullanması önerilir.
- Hasta güçlü yönleri ve becerileri ile sorunun üstesinden geldiğinde etrafındakilerin onda görebileceği olumlu değişiklikleri sıralaması istenir. Acaba “Ne yapıyorsunuzda her şey iyi gidiyor? Bunu nasıl başarıyorsunuz?” sorusu sorulur ve başarısını ayrıntılı şekilde anlatması sağlanır.
- Hastaya derecelendirme sorusu sorulur. Derecede 1 puan azalma sağlamak için Kimler? Neleri? Yapmalıdır? Tartışılır. Hastadan kendisinin yapabileceği girişimleri uygulaması istenir. Belirlediği kişilerin mucize için çalışmaları ve sorumluluklarını yerine getirmeleri konusunda hasta onlara yol göstericilik yapar ya da isteklerini onlara iletebilir.
- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilir. Danışman hastaya olumlu bildirimlerini yansıtır. Ayrıca danışman hastaya güçlü yönleri ve başarılarına dair övgüde bulunulur.

- Hastaya iletmek istediği bir Şey olup olmadığı sorulur. Diğer görüşmenin tarih, saat ve yeri belirtilerek görüşme sonlandırılır.



Ev Ödevi 3: Ev Ödevi 3. Anlatılır, verilir ve diğer oturuma kadar yapması rica edilir. Bu kağıt ve boya kalemleri sizin. Bu kağıda kendi elinizi çizin ve istediğiniz gibi boyayın. Çizdiğiniz el resminin her parmağına size zor zamanlarda yardımcı olabilecek bir kişinin ismini yazın. Daha sonra resimde el ayasına sıkıntılı olduğunuz zamanlarda sizi rahatlatan ya da size güç veren kendi becerilerinizi ve güçlü yönlerinizi yazın. Kağıdın üstüne “.....’nin Yardım Eli”- yazın. Kendinizi kötü hissettiğiniz zamanlarda bu resme bakın.



4. GÖRÜŞME (16. Gün)

Amaç: MAYIN TARLASINI TEMİZLEME

Hedefler:

- Ev Ödevi 3'ü ayrıntıları ile değerlendirmek
- Başarının gerçekleşmesinin önündeki engelleri tanımlamak
- Başarının önündeki engellerin üstesinden gelmek
- Amaçlara ulaşmayı engelleyebilecek olası şeyleri ortadan kaldırmaya yönelik plan yapmayı sağlamak
- Mayın tarlasını temizlemek
- Ev Ödevi 4'ü vermek

Oturum Süresi: 30-40 dk

Uygulama Süreci:

- Bir önceki oturumda verilen Ev Ödevi 3 ayrıntılarıyla değerlendirilir. Hastanın ödevi yapmak için gösterdiği çaba övülür.
- Danışman hastayla önceki görüşmeden bu yana daha iyi giden şeylerin neler olduğu konuşur. Böylece hastanın küçük bile olsa iyi olan değişimleri fark etmesi sağlanır. ÇOY'a göre küçük değişimler büyükleri beraberinde getirmektedir bu bilgi hastayla paylaşılır. Daha iyi olamaya başlayan şeylerin etki alanını güçlendirmek için iyiye giden şeylerin hastanın çevresini nasıl etkilediği sorulur. Hastanın çevresini etkileme ve değiştirme potansiyeline sahip olduğunu görmesi sağlanır. Hastanın fark edemediği başarılarını keşfetmesini sağlamak için ise iyiye gidişi sağlamayı nasıl başardığı sorulur. Hastanın güçlü yönleri ve kaynakları övülür.
- Oluşturduğu zihinsel haritalarla nasıl ilerleyeceğini tanımlamış olan hastanın çözüme ulaşmak için önünde duran ve aşması gereken engelleri tanımlaması istenir. Hastanın olumlu amaçlarını gerçekleştirirken, mucizenin gerçekleşmesini sağlarken ya da sorunun ortadan kalkması için çözümleri ararken karşısına çıkabilecek olası engelleri değerlendirmesi istenir. Hasta bu sayede karşılaşılabileceği engellere karşı öngörü kazanır. Bu durum hastanın önceden plan

yaparak engellerin üstesinden kolayca gelebilmesine olanak tanır. Engellerin önceden görülmesi ve tedbir alınması bu engeller ile karşılaşıldığında hastanın cesaretinin kırılmasını engeller ve engellere karşı uyanık olmasını sağlar.

- Danışman hastaya; "Planın harika gözüküyor. Ancak ikimizde biliyoruzki bazen, bazı şeyler ya da bazı kişiler, başarmak niyetinde olduğun şeylerin önünde engel olabilir. Engellerle karşılaşabileceğiniz ortamlar ya da durumlar neler olabilir? Sorusunu yöneltir. Hastadan tüm olasılıkları sıralamasını ister.
- Danışman hastadan karşılaşacağı engeller karşısından neler yapabileceğine dair çözümler oluşturmasını bekler. Böyle bir durumla karşılaştığınızda ne yapmayı düşünüyorsunuz? Sorusunu yöneltir. Böylelikle hasta engellerle karşılaşmadan onların üstesinden gelme planlarını yapmış olur.
- Burada danışman ayrıca istisnai durumları tekrar sorgular. Hastanın daha önceden karşılaştığı engelleri başarı ile geçmesine yardım eden stratejilerinin neler olduğunu sorar. Hastanın bunları bulmasında ona rehberlik eder. Hastaya "Geçmişte böyle bir durum olduğunda yolunuza devam etmek için ne yapmıştınız?, Böyle şeylerin önünüze çıkmasına izin vermemek için neler yapabilirsiniz? Sorularını yöneltir. Sonuçta hastanın amacına ulaşırken karşılaşabileceği engeller hasta tarafından fark edilmiş, hastaya alternatif çözümler üretme fırsatı doğmuş ve geçmiş başa çıkmalarına odaklanması sağlanmıştır.
- Hastaya derecelendirme sorusu sorulur. Derecede 1 puan azalma sağlamak için Kimler? Neleri yapmalıdır? tartışılır. Hastadan kendisinin yapabileceği girişimleri uygulaması istenir. Belirlediği kişilerin mucize için çalışmaları ve sorumluluklarını yerine getirmeleri konusunda hasta onlara yol göstericilik yapar ya da isteklerini onlara iletebilir.
- Geribildirimde bulunmak için beş dakikalık ara verilir. Danışman hastaya olumlu bildirimlerini yansıtır. Ayrıca danışman hastaya güçlü yönleri ve başarılarına dair övgüde bulunulur.
- Hastaya iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Diğer görüşmenin tarih, saat ve yeri belirtilerek görüşme sonlandırılır.

Ev Ödevi 4: Ev ödevi 4. Anlatılır, verilir ve diğer oturuma kadar yapması rica edilir. Bir kağıt alın ve bu kağıdı ikiye katlayın. Mucizenin gerçekleşmesi sürecinde karşılaşılabileceğiniz tüm engelleri ya da engellerle karşılaşmamak için neler yapabileceğinizi kağıdın bir tarafına yazın. Kağıdın diğer tarafına ise bu engellerin her birinin üstesinden nasıl geleceğinize dair birkaç planınızı yazınız. (Hasta diğer oturuma geldiğinde kağıdın engelleri içeren kısmını koparıp, yırtması ve atması istenir. Diğer tarafa yazdığı çözüm önerileri üzerinden değerlendirme ve övgü ile devam edilir).



5.GÖRÜŞME (20. gün)

Amaç: DANIŞMA SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SONLANDIRILMASI

Hedefler:

- Danışma sürecinin genel değerlendirmesini yapmak
- Danışma sürecinden edinilen kazanımları değerlendirmek
- Olumlu değişime dikkati çekmek
- Danışma süreci ile ilgili duygu ve düşünceleri paylaşmak
- Övgüyü kullanarak hastayı olumluya yönlendirmek
- Derecelendirme sorularını sormak
- Danışma sürecini sonlandırmak

Oturum Süresi: 30-40 dk

Uygulama Süreci:

- Bir önceki oturumda verilen Ev Ödevi 4 ayrıntılarıyla değerlendirilir. Hastanın ödevi yapmak için gösterdiği çaba övülür.
- Danışman hastayla önceki görüşmeden bu yana daha iyi giden şeylerin neler olduğu konuşur. Böylece hastanın küçük bile olsa iyi olan değişimleri fark etmesi sağlanır. ÇOY göre küçük değişimler büyükleri beraberinde getirmektedir bu bilgi hastayla paylaşılır. Daha iyi olamaya başlayan şeylerin etki alanını güçlendirmek için iyiye giden şeylerin hastanın çevresini nasıl etkilediği sorulur. Hastanın çevresini etkileme ve değiştirme potansiyeline sahip olduğunu görmesi sağlanır. Hastanın fark edemediği başarılarını keşfetmesini sağlamak için ise iyiye gidişi sağlamayı nasıl başardığı sorulur. Hastanın güçlü yönleri ve kaynakları övülür.
- Hastaya derecelendirme sorusu sorulur. Danışman hastadan ilk oturumda belirledikleri derece ile bugünü karşılaştırmalarını ister.
- Hastadan danışma sürecini genel olarak değerlendirmesi istenir.

- Hasta danışma sürecinden elde ettikleri kazanımları, danışma süreci ile ilgili duygu ve düşünceleri, şimdiye kadar olan değişimleri paylaşmaya teşvik edilir.
- Hastaya iletmek istediği bir şey olup olmadığı sorulur.
- Danışman danışma sürecini genel olarak özetler ve danışma sürecinin genel değerlendirmesini yapar. Danışman hastaya danışma sürecine katkıda bulunduğu için teşekkür eder. Bundan sonraki süreçte istedikleri takdirde kendisiyle iletişime geçebileceğini söyler. Hastaya iletişim bilgilerini verir, vedalaşılır ve danışma sürecini sonlandırılır.



DİĞER GÖRÜŞMELER:

Devam eden diğer oturumlarda ise sürecin izlenmesi ve gerektiğinde tekrar tüm ÇOY tekniklerinin kullanımına yer verilmiştir. Diğer görüşmelerde hastanın sorunlarını başarıyla çözümlendiği anları gözden geçirmesini sağlamak ve ne kadar ilerleme kaydettiğini fark etmesini sağlamak amacıyla EARS (İİDİ) süreci kullanılmıştır. Her oturum diğer oturumlarda olduğu gibi bir mesajla sonuçlanmıştır. Görüşmeler süresince hastanın; daha iyi giden şeyleri ortaya çıkarması, daha iyi olan şeylerin etki alanını güçlendirmesi/keşfetmesi, bu değişmelerin nedenlerini pekiştirmesi ve fark edilmeyen başarıları keşfederek tekrar eyleme geçmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca mucize soru, sihirli değnek, beyaz küre gibi diğer ÇOY tekniklerinede yer verilmiştir. Her görüşme sonunda hastadan bir mesaj yazması istenmiş ve danışmada hastaya görüşme sürecindeki iyi/başarılı/güçlü yönleri vurgulayan bir mesaj yazmıştır. Sonrasında derecelendirme sorularına yer verilmiş ve hastanın ilk görüşmede belirlemiş olduğu/ulaşmak istediği düzeye ulaşıp ulaşmadığını değerlendirmesi istenmiştir. Hasta derecelendirme sorusuna verdiği yanıt ve daha fazla görüşmeye gereksinim duyup duymadığına karar vermiş ve danışma süreci sonlandırılmıştır.

EK 6. DEPRESİF BİREYLER İÇİN ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM PROGRAMI VAKA ÖRNEĞİ

Hasta Bilgisi: Hasta Bayan A. 25 yaşındadır. Bir buçuk yaşındaki oğlu ile evinin önünden kaçırılmış, tecavüze uğramış ve gece saatlerinde tekrar evinin önüne bırakılmıştır. Olay sonrasında kimseyle bu konuda konuşmamış yaklaşık olarak iki hafta sonra intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılmış ve psikiyatri hastanesine sevk edilmiştir. İntihar girişimi nedeniyle tedavi gördüğü sırada tecavüz olayını ağzından kaçırmış ve bunun üzerine eşi kendisine dava açarak boşanmıştır. Bayan A.'nın annesi torununun velayetini babasına vermesi konusunda ısrarcı davranmış ve Bayan A. kabul etmek zorunda kalmıştır. Bayan A. çocuğunu haftada bir kere görebilmektedir. Ziyaretine eşi ve kayınvalidesi gelmekte, ayrıca eşi kendisine ekonomik yardımda bulunmaktadır.

Geldiği Yer: Tokat

Telefon:

Kullandığı İlaçlar:

Remeron 30 mg tb. 1x1

Efexor 150 mg tb. 1x1

Seroquel XR 200 mg. Tb. 1x1

Tofranil 25 mg tb. 1x1

ÖN GÖRÜŞME

Hastayla tanışıldı. Araştırmacı kendini tanıttı ve amacını belirtti. Görüşmelerin bireysel olacağı bilgisi verildi. Bu görüşmenin dışında toplam beş görüşme daha yapılacağı ve görüşmelerin dört günde bir olacağı iletildi. Tarihler hastaya bildirildi. Uygulanacak ölçekler verildi ve uygulandı. BECK puanı: 43. Hasta çalışma grubuna alındı. Her görüşmenin yaklaşık 30-40 dakika süreceği bildirildi. Oturumların sona ereceği tarih, bir hafta sonra son test tarihi ve bir ay ve üç ay sonraki izlem tarihleri hastaya söylendi. Gizlilik ilkesi ve sınırlılıkları paylaşıldı. Kurallar iletildi. Çözüm odaklı yaklaşımla ilgili kısa bilgi verildi.

Verilen çözüm odaklı yaklaşım bilgisi;

Çözüm odaklı yaklaşım (ÇÖY) kişinin şu anı ve geçmişi üzerine odaklanmaktan ziyade sorunun çözülebileme olasılığının olduğu gelecek üzerine odaklanır. Kişinin sorunları değil başarmak istedikleri üzerinde durur. Kişinin ne olmak/olmasını istediği olumlu hedefleri belirlemesini amaçlar. ÇÖY'un anahtar becerilerinden biri kişinin geçmiş yaşamındaki başarılarını ortaya çıkarmak ve sorunla başa çıktığı zamanları ona hatırlatmaktır. ÇÖY'a göre küçük değişimler büyük değişimleri beraberinde getirir. Küçük değişimleri sağlayabilmek için kişinin başarılı olduğu alanlara yönelik sorular sorulmakta bu alanlar ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bunun için kişinin hayal gücünü kullanmasına yönelik farklı ve ilginç sorular sorulmaktadır.

ÇÖY bireylerin;

- Şu anda başa çıkmak istedikleri sorunla hayatlarının bir zamanında/yerinde başa çıktıklarını,
- Sorunlara dair en iyi çözümlere sahip olduklarını ancak bunu şu an fark edemediklerini,
- Karmaşık ve zor sorunların çok basit çözümlerinin olabileceğini,
- Başkaları tarafından değil kendi kendilerini değiştirebileceklerini,
- Kendi ürettikleri çözümlere daha kolay ulaştıklarını,
- Sorunların asla ebedi olamayacağını ve
- Hemen düzelebileme gücünü içlerinde taşıdıklarını varsayar.

1. GÖRÜŞME

Hasta klinikte bulunan görüşme odasına alındı. Görüşmenin amacı aktarıldı. Görüşmenin süresi ve görüşmenin nasıl ilerleyeceği ile ilgili bilgi verildi.

Hastadan kendinden bahsetmesi istendi. Hasta hayatı boyunca başkalarının dediğini yapan ve hiçbir şeye sesini çıkarmayan biri olduğunu ve yukarıda bahsedilen öyküsünü paylaştı. Burada gerçek merak, hak verme ve övgü kullanıldı.

D: Bayan A. Sizi buraya getiren şey nedir? Buraya gelmenizdeki amacınız nedir?

A: Kendimi iyi hissetmek istiyorum. Çok kötüyüm. (Pozitif amaç)

D: Ne olursa/ne yapıyor olursanız kendinizi iyi hissedersiniz?

A: Bilmem.

D: Eğer bilseydiniz....., Eğer kendinizi iyi hissediyor olsaydınız ne/neleri yapıyor olurdunuz?

A: Bir kere bana bunu yapanı gebertmiş olsaydım kendimi iyi hissediyor olurdum. (Zararlı amaç)

D: Bunun yerine başka ne yapıyor olsaydınız yine kendinizi iyi hissederdiniz?

A: Oğlumun velayetini babasından geri alırdım. Bir işe girer çalışırdım. Kendi kararlarımı kendim verirdim (Pozitif amaç).

D: Peki Bayan A. Bunları geçmişte yaptığınız zamanlar oldu mu? (İstisnai durumlar-sonraki oturumlarda ayrıntılandırılacaktır).

A: Tabi ki. Evet.

D: Harika (Övgü). Geçmişte bunları yapmayı başardığınız ve iyi hissettiğiniz zamanlar var. Bu beni çok sevindirdi. Peki Bayan A. “Şimdi size alışılmamış ve zor bir soru soracağım. Cevap verebilmek için biraz hayal gücü gerekebilir ancak hangi noktaya ulaşmak istediğinizi belirlemede bir anahtardır. Farz edinki bu gece siz uyurken bir mucize oldu. Mucize, buraya gelmenize neden olan bütün sorunlarınızı çözmüş. Ancak siz uyuduğunuz için mucize olduğunu bilmiyorsunuz. Ayrıca sabah uyandığınızda hiç kimse size mucizeden bahsetmiyor. Size bir mucizenin gerçekleştiğini gösteren ilk işaret ne olurdu?

A: Benim hayatımda mucizelere yer yok.

D: O zaman bunun bir rüya olduğunu farz edelim ya da hayal kuralım ne dersiniz?

A: Peki olur (Bir süre sessizce beklenir).

A: Evimde uyandım. Oğlum yanımda. Miraç'ım. Eşimle aram yine eskisi gibi limoni.

D: Orada neleri farklı yapıyorsunuz?

A: İnsanlar beni dinliyor. Kararlarımı kendim veriyorum. Ailem bana ve kararlarıma saygı gösteriyor. Beni kimse suçlamıyor. Alnım açık başım dik geziyorum.

D: Peki bahsi geçen mucizenin gerçekleştiğini ilk kim fark ediyor?

A: Annem.

D: Fark ettiği şey nedir?

A: Kendi kararlarımı kendim aldığımı görür. “Sana ne oldu kız böyle!” der.

D: Mucize gerçekleştiğinde siz neleri farklı yapıyorsunuz? (Aralarda Başka ne? Soruları sorularak mucize ayrıntılandırılır).

A: Hayır diyebiliyorum çevremdekilere. Bana söyleneni değil istediğimi yapıyorum. Kimseyi sırtımda taşımıyorum. Yüklerimden kurtulmuşum. Benden çekiniyorlar ve bu nedenle bana ağızlarına geleni söyleyemiyorlar. Beni itip kakamıyorlar.

D: Başka ne olurdu?

A: Oğluma daha yararlı olurdu. Onu daha çok mutlu ederdim. Belki ayrılmak zorunda bile kalmazdık.

D: Başka?

A: İşte tüm bunlar bana kendimi iyi hissettirirdi. Daha güçlü olurdu. Kendime güvenim olurdu. Böyle ezik, sus pus olmazdım.

D: Peki Bayan A. Bu gece bu mucizenin gerçekleşmesi için kimler neler yapmalı?

A: Annem artık konuşmayı kesmeli. Beni kontrol altına almaya çalışmayı bırakmalı. Beni suçlamamalı. Beni istemediğim şeyleri yapmaya zorlamamalı (Başkasının değişmesini istiyorum amaçları). Annem beni evlendirirken bana hiç sormadı. Yinede eşimi sevdim. Beni hep aşağılar ve döverdi. Dayanamayıp anneme kaçtığımda annem beni zorla kendi evime geri yollardı. Bana eşimin yaptıklarını bile beni gönderirdi. Annem çok ısrarcı çok üstüme geliyor. Şimdi bile.

D: Sanırım anneniz hayatınızı yalnız sürdüremeyeceğinizi düşünüyor. Bu konuda kaygıları var ve birazda korkuyor (Yeniden çerçeveleme).

A: Bilmem hiç böyle düşünmedim. Ben onun hep kendini düşündüğünü sanıyordum.

D: Peki annenizin bunları yapmaması nasıl bir fark yaratacak?

A: Kendim suçlu hissetmeyeceğim (Negatif amaç).

D: Kendinizi suçlu hissetmediğinizde ne yapıyor olursunuz?

A: Bana bunu yapanın cezasını çektiğini görürüm, izler keyif alırım.

D: Peki bunun için siz ne yapmalısınız? Herhangi bir girişimde buldunuz mu?

A: Başta bulunmadım. Çok pasif bir insanım korktum. Ama sonra Őikayetçi oldum. Dava ağtı. Şimdi polis tarafından aranıyor.

D: Sanırım olayları ve insanları olduğu gibi kabul etmeye çalışan bir insansınız (Yeniden çerçeveleme).

A: Evet hep öyleydim.

D: Aslında bu iyi bir özelliğiniz siz her ne kadar pasif olarak nitelendirseniz de.

A: Teşekkür ederim.

D: Peki Bayan A. Mucizenin gerçekteşmesi için siz neler yapmalısınız?

A: Ben annemle hiç konuşmadım. O söyledi ben dinledim. Bu hep böyle oldu. O dedi ben yaptım. Hiç hayır demedim. Konuşmak yerine anlamasını bekledim. Bazende beklemeyi bıraktım intiharı denedim. Artık susmak istemiyorum. Annemin bana zorla oğlumun velayetini babasına verdirmesi bardağı taşıran son damla oldu. Ekonomik gücüm olmadığı için bir Şey diyemedim. Anneme dur demenin zamanı geldi artık. Bunları yaparsam mucizenin gerçekteşmesini sağlayabilir miyim sizce?

D: Bahsettiğiniz ve uygulamaya karar verdiğiniz yollar sizin çözümleriniz. Açıkçası bence çokda iyi öneriler!

A: Gerçekten mi? Çok sevindim.

D: Bayan A. Son olarak sizden bir Şey daha hayal etmenizi isteyeceğim. Elinizdeki beyaz küreye bakın ve 5 yıl sonra nerede olduğunuzu, neler yaptığınızı görün. Neler gördüğünüzden bana bahseder misiniz?

A: Elbette hayır. Her Şey unutulur. Böyle çok kötü bir Şey zor unutulur. Ama sonuçta unutulacak. On yıl sonra oğlum büyümüş olacak, bana bunu yapan kişi cezaevinde olacak, işim olacak, çalışıyor olacağım, belki tekrar evlenirim bile!

D: Bunlar gerçekteşmesi elinizde olan, sadece uygulayacağınız doğru çözümleri bulmanıza bağlı hayaller. Çokda güzeller. Bayan A. Size farklı bir soru daha soracağım. '0'dan '10'a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde '0' mucizenin gerçekteşmesi ve belirttiğiniz durumun tamamen ortadan kalkmasının ardından hissettiklerinizi '10' ise en olumsuz durumu içermektedir. Şu an nerede olduğunuzu düşünüyorsunuz?

A: Şu an 9 puandayım.

D: Kendinize 10 puan vermemeniz harika. Size 9 puan verdiren Şey nedir?

A: Oğlumun varlığı bana güç veriyor. Onu göreceğim günleri beklemek beni hayata bağlı tutan tek Şey Şu an.

D: Peki kendinizi bahsettiğiniz gibi iyi hissetmeniz ve bir daha beni görmeye ihtiyacınız kalmaması için derecede kaç puana inmeniz gerekir?

A: 3 puan olsam yeter.

D: Peki derecede bir puan azalmak için siz ve diğerleri neler yapmalı?

A: Ben herkesle açık açık konuşmalıyım ve onlarda beni dinlemeli.

D: Onların sizi dinlemelerini nasıl sağlayacaksınız?

A: Kararlı ve ısrarcı olursam beni dinlemek zorunda kalırlar.

D: Daha önce bu tutumu hiç sergilediniz mi?

A: Hayır. Ama bu sefer yapacağım.

D: Harika bir karar. Bayan A. Görüşmemize dair geribildirimde bulunmak için dışarıya çıkacağım ve birkaç dakika sonra döneceğim. Bu süre zarfında sizde bana iletmek istediğiniz şeyleri not alabilirsiniz.

A: Peki.

D: Bayan A. Öncelikle zor durumunuza dair hissettikleriniz konusunda son derece haklısınız (hak verme). Ancak hala direniyor olmanız ve iyi olmaya çaba göstermeniz beni çok etkiledi. Yaşadığınız sorunun çözümü için yasal yollara başvurma cesaretini göstermiş olmanız taktiri hak ediyor. Her ne yaşarsanız yaşayın oğlunuzu düşünüp onun için yaşama bağlı kalmanız ayrıca çok güzel. Kararlı ve ısrarcı olma kararınız, annenizle paylaşacağınız konuları belirlemeniz bu görüşmede aldığımız güzel çözümlerinden bazıları. Bunları diğer görüşmemize kadar uygulamaya çalışmanızı rica ediyorum. Sizin eklemek ya da iletmek istediğiniz bir şey var mı?

A: Siz çok tatlı, güler yüzlü ve iyi bir insansınız. Allah razı olsun.

D: Teşekkür ederim. Diğer görüşmemize kadar yapmaya çalışmanızı istediğim birde küçük önerim var. Bu ödevde diğer görüşmemize kadar en az bir gün mucize gerçekleşmiş gibi davranmanızı ve bunun sonucunda iyiye gitmesini sağladığınız şeyleri, hissettiğiniz duyguları ve çevrenizdekilerin hissettikleri ve yaptıklarını yazmaya çalışmanızı istiyorum.

A: Yapmaya çalışacağım.

D: Teşekkür ederim.

Diğer görüşmenin tarihi hatırlatıldı ve görüşme sonlandırıldı.

2. GÖRÜŞME

Hasta klinikte bulunan görüşme odasına alındı. Görüşmenin amacı aktarıldı. Görüşmenin süresi ve görüşmenin nasıl ilerleyeceği ile ilgili bilgi verildi.

D: Merhaba Bayan A.? Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

A: İyiyim Duygu Hanım siz nasılsınız?

D: Teşekkür ederim iyiyim. Sizde iyi olmanıza çok sevindim. Geçen görüşmemizde sizden yapmanızı rica ettiğim öneriyi yapabildiniz mi acaba?,

A: Yapmaya çalıştım biraz.

D: Bakabilir miyim lütfen?

A: Tabiki buyurun.

D: Öncelikle mucize olmuş gibi davranmaya çaba gösterdiğiniz için size teşekkür ederim. Sizin için zor olsa da bunu başarmak için bir adım atmış olmanız taktiri hak ediyor.

A: Sağ olun.

D: Mucize olmuş gibi davrandığınızda ağlamanızın azaldığından bahsetmişsiniz. Bunun sizi mutlu ettiğini yazmışsınız. Ayrıca çevrenizdeki kişiler bu durumu fark etmiş ve sizin adınıza sevindiklerini iletmışler. Ağlamanızı biraz olsun kontrol edebilmeniz bence değişim sağlamak için attığınız önemli bir adım.

A: Aslında ağlamak beni rahatlatıyor. Ama ben anormal derecede ağlıyorum. Artık beni rahatlatmaktan çok bana zarar verir hale geldi. Zaten hiç bir şeyide çözmüyor.

D: O zaman ağlamanızdaki azalmanın sizin için önceki görüşmemizden bu yana iyiye giden şeylerden biri olduğunu söyleyebilir misiniz?

A: Evet. Bence iyiye giden şeylerden biri bu idi.

D: Başka neler iyiye gitti?

A: Eşimle konuştum. Oğlumu tekrar görmek istediğimi söyledim.

D: Oğlunuz geldi mi?

A: Evet geldi.

D: Ne hissettiniz?

A: Dünyalar benim oldu. Ayrıca yapmak istediğim şeyi azda olsa başarmışım gibi hissettim. Eşime kendimi dinlettirebildim. Kararlarım ve isteklerime saygı duymasını sağlayabildim. Buda iyiye giden şeylerden biri idi. Ancak annemle konuşmayı başaramadım.

D: Peki eşinizle konuşmayı nasıl başardınız?

A: Ona Miraç'ı özlediğimi, daha sık görmek istediğimi onunda buna ihtiyacı olduğunu ayrıca buna hakkım olduğunu söyledim. Kesinlikle oğlumu hastaneye getirmesini istediğimi ve beklediğimi söyledim.

D: İsteddiğiniz gibi kararlı ve ısrarcı davranabilmeniz ayrıca insanlara istek ve düşüncelerinizi aktarabilmeniz harika.

A: Evet bence de. Biliyor musunuz bunu yapmış olmak beni çok mutlu etti. Kendimi güçlü hissettim.

D: Bayan A. istediğiniz noktaya ulaşmanızda size yarayan yolları denemekte ve kullanmakta ısrarcı olmanızı yarar sağlamayan yolları ise bir daha kullanmayıp yerine yeni yollar aramanızı önerebilirim. En iyi çözümler tabiki kendinizin oluşturduğu çözümlerdir. Önceki görüşmemizde mucizeyi gerçekleştirmek için yapmaya karar verdiğiniz şeyleri yapmaya çalıştığınızı görüyorum. Bu yaptıklarınız beni çok etkiledi. İşe yaradığını keşfettiğiniz yolları kullanmayı sürdürmeniz mucizenin gerçekleşme sürecini kısaltacak ve etkili olacaktır.

A: Bunu bende fark ettim biliyor musunuz?

D: Ne güzel. Bayan A. önceki görüşmemizde bahsettiğiniz gibi mevcut durumunuza ilişkin çözümler içinizde bir yerlerde saklı. Bunları geçmişte kullandınız ve birçok sorununuzu çözdünüz. Şimdi geçmişteki çözüm yollarınızı yeniden keşfetmeye çalışacağız. Geçmişte mucizenin kısmende olsa gerçekleştiği zamanlar oldu mu?

A: Elbette oldu ama çok çok az.

D: Bu zamanlar hangi zamanlardı? Bana biraz bahseder misiniz?

A: Mesela Miraç'la ilgili konularda kim ne derse desin kararlarımdan asla vazgeçmezdim. Söyleneni değil doğru bildiğim şeyi yapardım.

D: Peki bunu başardığınız zamanlarda bugünden farklı olan şey ne idi?

A: Söz konusu oğlum olduğunda birden bire daha güçlü, kararlı hatta daha sert biri olabiliyorum.

D: Anladığım kadarıyla amaçlarında kararlı birisiniz. Sizin için önemli olan konularda güçlü olduğunuzu iletiniz. Kararlarınızdan vazgeçmediğinizi ve geri adım atmadığınızı söylediniz. Sanırım bunlar güçlü yönleriniz ve başarılarınız oluyor.

A: Galiba öyle. Ama hiç böyle düşünmedim.

D: Geçmişte neleri farklı yapıyordunuzda istediğiniz başarıyı elde ediyordunuz? Bunlar nasıl gerçekleşmişti?

A: Sabrediyordum. Konuşmak için uygun zamanı bekliyordum. Böylece insanların beni dinlemesini sağlayabiliyordum. Ama annem yinede fazla dinlemezdi beni. O hep kendi bildiğini konuşur.

D: Sanırım mucizenin gerçekleşmesiyle ilgili eşinizle ilgili kısımdan ziyade annenizle ilgili kısımda yeni yollar bulmanız gerekiyor. Bahsettiğiniz sabırlılık, doğru zamanı yakalama, kararlılık ve ısrarcılık eylemlerinizi annenizle olan konuşmalarınızda hiç denediniz mi?

A: Denedim. Hiç bir işe yaramadı. Ben sustum sonunda o devam etti.

D: En ufak bir ilerleme dahi olmadı mı?

A: Yok o kadarda değil. Bazen annem bana saygı duyardı.

D: Peki o zamanlarda ne oluyorda anneniz size ve kararlarınıza saygı duyuyor? Bunu sağlamayı nasıl başarıyorsunuz?

A: Bir kere onun yanına bir konuda konuşmaya gittiğimde onun söyleyeceklerinin bitmesini beklerdim. Çok uzun sürerdi ama sabırla beklerdim. Söyleyecekleri tamamen bittiğinde ona konuşmadan benim onu dinlediğim gibi beni dinlemesini söylerdim. Tabi onun yanına gitmeden öncede kendime asla geri adım atmamam gerektiğini defalarca söylerdim. Böylece annem pes eder ve beni dinlerdi.

D: Peki Bayan A. oğlunuzu geri almak istediğinizi iletmişsiniz. Bunu yapabilmeniz için önce annenizin kararlarınıza saygı göstermesini sağlamak zorunda olduğunuzu söylediniz. Geçmişte kullandığınız ve işe yaradığını söylediğiniz yolları deneyerek annenizle konuştunuz mu?

A: Yok konuşmadım.

D: Diğer görüşmemize kadar bunu deneyebilir misiniz?

A: İsterim ama şu anda kendimi buna hazır hissetmiyorum. Biraz daha toparlanmaya ihtiyacım var. Ama elbette konuşacağım onunla hazır olduğumda.

D: Bayan A. peki diğer görüşmemize kadar küçücükde olsa bir adım atarak annenizle konuşmayı deneyebilir misiniz?

A: Sanırım anneme oğlumun geri almayı düşündüğümü iletibilirim.

D: Bir şeyleri değiştirme cesaretiniz harika. Tebrik ederim.

A: Teşekkür ederim Duygu Hanım.

D: Bayan A: '0'dan '10'a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde '0' mucizenin gerçekleşmesi ve belirttiğiniz durumun tamamen ortadan kalkmasının ardından hissettiklerinizi '10' ise en olumsuz durumu içermektedir. Şu an nerede olduğunuzu düşünüyorsunuz?

A: Şu anda 6 puandayım.

D: 9 puandan 6 puana inmeyi başarmanız inanılmaz.

D: Peki derecede bir puan azalmak için siz ve diğerleri neler yapmalı?

A: Anneme Miraç'ı almayı düşündüğümü söyleyebilmeliyim. O bana bağırıp çağıracaktır ama ben yine de söyleyeceğim. Bana ona nasıl bakacaksın diyecektir ve beni vazgeçirmeye çalışacaktır.

D: Peki annenizin söylediklerine istinaden siz nasıl bir yol izleyeceksiniz?

A: Ona iş bulup çalışabileceğimi söyleyeceğim. Ekonomik sıkıntıları hep yüzüme vurur da.

D: Daha önce bu tutumu hiç sergilediniz mi?

A: Hayır. Ama bu sefer yapacağım.

D: Harika bir karar. Bayan A. Görüşmemize dair geribildirimde bulunmak için dışarıya çıkacağım ve birkaç dakika sonra döneceğim. Bu süre zarfında sizde bana iletmek istediğiniz şeyleri not alabilirsiniz.

A: Peki.

D: Bayan A. Geçmişte zor zamanlar yaşamışsınız ancak bu zamanlarda kaynaklarınızı kullanarak sorunun üstesinden gelmişsiniz. Bunları yeniden keşfetme çabanız ve tekrar bugün kullanma isteğiniz çok güzel. Oğlunuzun sizin için ne kadar değerli olduğunu bana hissettiriyorsunuz. Bu sevginizin büyüklüğü benim açımdan mükemmel. Sizden ricam bahsettiğiniz geçmişte kullandığınız işleyen yolları tekrar kullanmaya başlamanız ve kullanmayı sürdürmeniz. Ayrıca yeni keşfettiğiniz, çözüme ulaşmanızı sağlayacak planlarınızı uygulama cesaretiniz ve çabanız gerçekten harika. Bunları diğer görüşmemize kadar uygulamaya çalışmanızı rica ediyorum. Sizin eklemek ya da iletmek istediğiniz bir şey var mı?

A: Teşekkür ederim. Yok.

D: Teşekkür ederim. Diğer görüşmemize kadar yapmaya çalışmanızı istediğim birde küçük önerim var. Bu ödevde içinizdeki peri ile konuştuğunuzu hayal ederek, birlikte yaşam boyu neler yaşayıp bunların üstesinden nasıl geldiğinize dair, kendi kendinize bir mektup yazmanızı rica ediyorum. Biraz hayal gücü gerektiriyor ancak başarabileceğinizi umuyorum.

A: Yapmaya çalışacağım.

D: Teşekkür ederim.

Diğer görüşmenin tarihi hatırlatıldı ve görüşme sonlandırıldı.

3. GÖRÜŞME

Hasta klinikte bulunan görüşme odasına alındı. Görüşmenin amacı aktarıldı. Görüşmenin süresi ve görüşmenin nasıl ilerleyeceği ile ilgili bilgi verildi.

D: Merhaba Bayan A. Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

A: Hiç iyi değilim Duygu Hanım.

D: Benimle paylaşmak ister misiniz?

A: Aslında 2 gündür sizinle konuşmak için bekliyorum. Diğer görüşmemizden hemen sonraki gün annem beni aradı. Bende ona Miraç'ı geri almak istediğimi söyledim. Aynen size anlattığım gibi cevaplar verdi. Bana ağzına geleni saydı. Küfür etti. Beddualar sıraladı. "Kimse senin çocuğuna bakmak zorunda değil. Ben sana zor bakıyorum. Birde çocuğuna mı bakacağım. İstemiyorum o çocuğu. Hayır. Bütün bunları başına bu işleri açmadan önce düşünecektin." dedi. "Senin yüzünden kardeşinin, ablalarınında mı evliliği bozulsun?, Senin verdiğin dert yetmezmiş gibi birde çocuğunun dertleriyle mi uğraşsınlar?, El oğlu bacılarını terk eder gider, o çocuklarda mı anasız babasız kalsın? Oğlunu çok istiyorsan evine, kocana geri dön. İnkâr et başından geçenleri. Kocan seni seviyor zaten. Sen yaşıyorsun hiç." dedi. Daha neler neler...

D: Böyle olmasına inanın bende çok üzuldüm ancak bunlar önceden tahmin ettiğiniz şeylerdi zaten. Siz nasıl bir yol izlediniz peki?

A: Annemle açık açık konuştum ve beni dinledi. Anlamadı ama hiç olmazsa kendimi dinletebildim. Ona eşimin beni sevdiğini ancak asla tekrar evlenmek istemediğini, bu durumu kabullenemeyeceğini söylediğini ilettim. Asla yalan söyleyemeyeceğimi, eşimin benim dürüstlüğüme olan güvenini sarsmak istemediğini ilettim. Eğer bunu yaparsam Miraç'ı görmem zorlaşır bunu biliyorum çünkü.

D: Sergilediğiniz tavır size kendinizi nasıl hissettirdi?

A: Bir şey söyleyeyim mi garip ama kendimi iyi hissettim vallahi.

D: Geçtiğimiz birkaç gün sizin için çok sıkıntılı geçmiş ancak bu durumda dahi ayakta kalabilmeyi başarmanızı sağlayan çok küçükte olsa iyiye giden şeyler oldu mu?

A: Olmadı her şey çok kötü.

D: Ufacık bile olsa iyiye giden bir şey olmadı mı?

A: Buradaki arkadaşlarım dedi ki: "Aferin sana. Sonunda ağzını açıp hakkını savundun. Vallahi helal olsun. İyi yaptın.". Birde anladımki kimseden kimseye fayda yok. Ben kendi ayaklarımın üstünde durabilecek güce sahibim. Doktorumla görüşüp buranın sosyal hizmet uzmanıyla görüşmek istediğimi ilettim. İş imkanları, kadın

sığınma evi imkanları ve oğlumu geri alma fırsatıyla ilgili görüştük. Beni bilgilendirdi. İşim olursa oğlumu geri alabilirim. Ayrıca tüm bunlardan kurtulabilirim.

D: Başka iyi olan bir şey oldu mu?

A: Ha birde ziyaret ve telefon yasağı istedim. Hiç biriyle konuşmak görüşmek istemiyorum da.

D: Bayan A. kendinizi iyi hissetmek ve oğlunuzla yeni bir hayata başlamak için gösterdiğiniz çaba ve cesaret inanılmaz. Bunu nasıl başarıyorsunuz?

A: Vallahi Duygu Hanım başımdan neler neler geçti kimsenin umurunda değil. Bu durumda bile herkes kendisini düşünüyor bunu gördüm ve bende kendimi düşünmeye karar verdim. Oğlumu ve beni kurtaracak tek kişinin ben olduğumdan artık eminim. Bunun içinde bir şeyleri başarmak zorundayım. Açıkçası şu son yaptıklarım ve cesaretime bende inanmıyorum.

D: Bu başarınızda sizi memnun eden şey ne idi?

A: Benimde etten kemikten bir insan olduğumun fark edilmesi, itilip kakılan bir eşya olmadığımı geçde olsa anlamaları. Ayrıca onları şaşırtmakda çok güzeldi.

D: Bu başarınızda diğer görüşmelerimizde bahsettiğiniz yönlerinizden farklı hangi yönünüzü kullandınız?

A: İnatçılık ve bencillik. Bencillik belki kötü ama ne yapayım yetti artık yani başkalarını düşünerek başkaları için yaşadığım. Ayrıca baksanıza hiç bir işede yaramamış.

D: Değer verdiğiniz insanlardan beklediğiniz değeri görememeniz üzücü. Ancak kendinizi korumaya çalışmakta ve kendinizi düşünmekte çok haklısınız. Elbette siz bir eşya değilsiniz.

A: Doğru dediniz vallahi.

D: Peki bahsettiğiniz ve sergilediğiniz bu tutumu hayatınızın diğer alanlarında kullandığınız oldu mu hiç?

A: Nadiren işte. Çok üstüme gelirse kullanırım bu özelliklerimi.

D: Güzel. Peki siz bu özelliklerinizi kullanarak bir şeyleri başardığınızda çevrenizdekiler sizde neleri farklı görür?

A: "Buna ne olmuş böyle?" derler. Birde yapmak istediklerimi yapabilme gücüne sahip olduğumu, zayıf bir insan olmadığımı görürler. "Ne kadar mutlu görünüyor." derler.

D: Ne yapıyorsunuzda her şey lehinize sonuçlanıyor? Bunu nasıl başarıyorsunuz?

A: Nasıl mı başarıyorum? Artık ne kadar değerli olduğumu biliyorum. Eskiden yaptığım hatayı sürdürmüyorum ve artık kimseye kendimden daha çok değer vermiyorum. Kendimi insanlardan korumam gerektiğini düşünüyorum. Bunu içinde savunmalar, kurtarıcılar hazırlıyorum kafamda. Kararlı ve ısrarcı tavrımı sürdürüyorum. İnatçılığımı ön plana çıkardım. Birde işim olsa daha iyi olacak sanırım. İnşallah bir haber gelir.

D: İnşallah.

A: Amin.

D: Bayan A. İçimdeki peri etkinliğini yapmadığınız için değerlendiremedik. Ancak görüşmemiz sırasında geçmişte kullandığınız etkili özellik ve davranışlarınızdan bahsettik. Bunlar için sizi tekrar tebrik etmek isterim.

A: Kusura bakmayın lütfen. Yapacak kafada değildim. Özür dilerim.

D: Estağfurullah. Rica ederim. Bayan A: '0'dan '10'a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde '0' mucizenin gerçekleşmesi ve belirttiğiniz durumun tamamen ortadan kalkmasının ardından hissettiklerinizi '10' ise en olumsuz durumu içermektedir. Şu an nerede olduğunuzu düşünüyorsunuz?

A: Şu anda 7 puandayım.

D: Peki derecede bir puan azalmak için siz ve diğerleri neler yapmalı?

A: Kendime ekonomik özgürlük sağlayacak yollar aramalıyım. Bana yardımcı olabilecek kişilere ulaşmalıyım.

D: Peki bunları sağlamaya yönelik bir planınız var mı?

A: Yok ama bir çözüm bulmak için üstünde düşüneceğim.

D: Harika bir karar. Bayan A. Görüşmemize dair geribildirimde bulunmak için dışarıya çıkacağım ve birkaç dakika sonra döneceğim. Bu süre zarfında sizde bana iletmek istediğiniz şeyleri not alabilirsiniz.

A: Peki.

D: Bayan A. hayatınızı yeniden yapılandırmak için attığınız adımlar ve bunu sağlamaya yönelik planlarınız beni çok etkiledi. Kendi değerlerinizi fark etmeniz ve bundan mutluluk duymanız çok güzel. Bahsettiğiniz kararları uygulamaya yönelik girişimlerinizi diğer görüşmemize kadar uygulamaya çalışmanızı rica ediyorum. Sizin eklemek ya da iletmek istediğiniz bir şey var mı?

A: Teşekkür ederim. Yok.

D: Teşekkür ederim. Diğer görüşmemize kadar yapmaya çalışmanızı istediğim birde küçük önerim var. Bu ödevde size zor zamanlarınızda destek olabilecek kişileri ve kendi becerilerinizi yazmanızı rica ediyorum.

A: Yapacağım.

D: Teşekkür ederim.

Diğer görüşmenin tarihi hatırlatıldı ve görüşme sonlandırıldı.



4. GÖRÜŞME

Hasta klinikte bulunan görüşme odasına alındı. Görüşmenin amacı aktarıldı. Görüşmenin süresi ve görüşmenin nasıl ilerleyeceği ile ilgili bilgi verildi.

D: Merhaba Bayan A. Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

A: Çok iyiyim Duygu Hanım.

D: İnanın cevabınız ve yüzünüzdeki tebessüm beni çok mutlu etti. Geçen görüşmemizde sizden yapmanızı rica ettiğim öneriyi yapabildiniz mi acaba?

A: Yapmaya çalıştım biraz.

D: Bakabilir miyim lütfen?

A: Tabiki buyurun.

D: Bayan A. yardım eli beklediğimden dahada kalabalık. Bu çok güzel zor zamanlarınızda destek alabileceğiniz kişileri yazmışsınız. Ayrıca zor zamanlarınızın üstesinden gelmede sizi rahatlatan kendi yollarınızda eklemiştir. Çok güzel. Ağabeyim, dayım, ikiz kardeşim, patronum ve yengem olarak yardım alabileceğiniz kişileri sıralamışsınız. Bu kişilerin geçmişte zor zamanlarınızın üstesinden gelmenizde katkıları oldu mu?

A: Elbette evliliğimdeki tüm sorunlar ve annemle yaşadığım sıkıntıların hepsini bilirler ve bana hep destek olmuşlardır. Hem maddi hem de manevi.

D: Destek kaynaklarınızın çokluğu mükemmel. Lütfen zor zamanlarınızda yardım elinizi aklınıza getirin ve hem kendi yönlerinizi hem de çevrenizdeki kaynakları aktif olarak kullanmaya çalışın. Ayrıca ödevi yapmak için gösterdiğiniz çabayada teşekkür ederim.

D: Peki Bayan A. Geçtiğimiz görüşmeden bu yana neler daha iyi?

A: Ben kendimi daha iyi hissediyorum. Annemle tekrar konuştuk. Beni dinledi biliyor musunuz? Tam susmadı ama benimde konuşmama müsaade edebildi hiç olmazsa. Yine Miraç'ı geri almamı kabul etmiyor ama "Sen istersen eşinle barışsın., Ona yalan söyle." demiyor hiç olmazsa. Bence bunlar iyiye giden şeyler ve çok güzeller. Ama sosyal hizmet uzmanından hiç bir haber gelmedi biliyor musunuz?

D: Öyle mi? Peki. Sizdeki bu olumlu değişim çevrenizdeki insanları nasıl etkiledi?

A: Bana değer veren insanlar benim için çok mutlu olduklarını söylediler. Bana değer vermeyenler ise artık beni hırpalamayı bıraktılar. Benimde bir insan olduğumu ve bir şeyleri başarabildiğimi gördüler. Buda bir başarı bence.

D: Görüşmelerimizin başından şu ana kadar yaptıklarınız beni çok etkiliyor. Zorlu durumlarınıza rağmen bir savaşçı gibi pes etmeden tekrar tekrar deniyorsunuz. Her şeyi

istediğiniz gibi şekillendirmeye ve iyileştirmeye çabalyorsunuz. Hatta bunun bir kısmını bence başardınız bile.

A: Bence de.

D: Amacınıza ulaşmak ve mucizeyi gerçekleştirmek için yaptıklarınız/planladıklarınız harika. Ancak ikimizde biliyoruzki bazen bazı şeyler ya da bazı kişiler başarmak istediğimiz şeylerin önünde engel olabilir. Siz böyle bir durumla karşılaştığınızda ne yapmayı planlıyorsunuz?

A: Direneceğim. Sabırlı olacağım. İşe yaramayan yolları bırakıp yeni yollar bulacağım. Pes etmeyeceğim. Kolayca vazgeçmeyeceğim. Geri adım atmayacağım. İnatçı, ısrarcı ve kararlı olacağım. Bazen rahatlamak için ağlayabilirim. Sevdiklerimden ve bana destek olacak kişilerden yardım isteyeceğim. Buradaki arkadaşlarımı arayabilirim mesela ya da tekrar çok kötü olursam hastaneye başvurabilirim. Oğluma sarılıp ondan destek alabilirim.

D: Bahsettiklerinizin bazıları geçmişte kullanıp iyi sonuçlar elde ettiğiniz yollar. Bunları sürdürmenizi öneririm. Peki Bayan A. Engellerle karşılaştığınız durumlar/ortamlar neler olabilir?

A: Buradan çıktığım zaman annem beni eve hapsedip, kontrol altında tutmaya çalışacak. Yine eşimle barışmam için onu zorlamamı isteyecek, oğlumu geri almamı kabul etmeyecek... bunun gibi şeyler olabilir.

D: Peki bu engellerin bazıları ile geçmişte de karşılaştınız. Daha önceden bu engellerin üstesinden gelmek için geliştirdiğiniz stratejiler oldu mu? Bunlar nelerdi?

A: Geçmişte hiç bir şey yapmamıştım. Susup kaderime razı gelmiştim. Oturup sürekli olarak ağlardım. En sonundada zaten intihar ettim. Çünkü hiç bir şey yapamıyordum. Bir şey yapacak gücüm olmadığını sanıyordum. Ama buraya yattıktan sonra ve özellikle sizinle görüştüğten sonra kendimi tanımaya çalıştım. Yapabildiklerimi ve yapabileceklerimi fark ettim.

D: Yatışmanızın ve programın size yarar sağlaması beni memnun etti. Peki bundan sonra karşınıza bu engellerin çıkmaması için ne yapabilirsiniz?

A: Olaylara dair olabilecekleri önceden kestirmeye çalışabilirim. Önceden olanları hep izledim. Olaylar içinde kaybolup sürüklenirdim. Şimdi ise olabilecekleri hesap ediyorum. Olasılıkları hesap edersem onları aşmak için plan yapabiliyorum. Hazırlıklı olurum. Hatta bunu yaptım bile!

D: Öyle mi? Hangi konuda?

A: Mesela annem hep para konusunu konuşuyor ya. Miraç'la ilgili konuda parayı öne sürmemesi için çalışmaya karar verdim.

D: Annenizin çalışmanız konusundaki görüşü hakkında ne düşünüyorsunuz?

A: Onuda hesap ettim. Yaşadığımız ilçede beni yalnız markete bile yollamaz. Ama 15 dakika mesafede eski patronumun mağazası var orada çalışmayı teklif edebilirim.

D: Başka ne planladınız?

A: Annemle taburcu olduktan hemen sonra konuşmamaya karar verdim. Onunda biraz zamana ihtiyacı olduğunu düşünüyorum.

D: Başka?

A: Birde eşime diğer ilçede olduğumda Miraç'ı yanıma getirip getirmeyeceğini sordum. Miraç'la annemin evinde görüşmeyi sürdürmek istemiyorum. O'da bana getirebileceğini söyledi. Çok mutlu oldum.

D: Planlarınız gerçekten harika. Cesaretinize bir kez daha hayran kaldım. Bunu ne kadar çok dile getirdim değil mi?

A: Evet ama söyleyin lütfen hoşuma gidiyor.

D: Sizi mutlu etmek beni sevindirir. Bayan A. '0'dan '10'a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde '0' mucizenin gerçekleşmesi ve belirttiğiniz durumun tamamen ortadan kalkmasının ardından hissettiklerinizi '10' ise en olumsuz durumu içermektedir. Şu an nerede olduğunuzu düşünüyorsunuz?

A: Şu anda 5 puandayım.

D: Peki derecede bir puan azalmak için siz ve diğerleri neler yapmalı?

A: Patronumla görüşmeli ve plan yapmalıyım. Bana olanak tanınmasını sağlamalıyım.

D: Peki bunu nasıl sağlayacaksınız?

A: Önce kendim çalışabilecek durumda olduğumdan emin olmalıyım sonra nasıl yapacağımı düşüneceğim.

D: Peki. Bayan A. Görüşmemize dair geribildirimde bulunmak için dışarıya çıkacağım ve birkaç dakika sonra döneceğim. Bu süre zarfında sizde bana iletmek istediğiniz şeyleri not alabilirsiniz.

A: Peki.

D: Bayan A. görüşmemiz sırasında karşılaşılabileceğiniz engelleri kestirme konusunda gayet başarılıydınız. Ön görüşmeleriniz çok güzel. Bunlara dair çözüm önerileri hazırlamanızsa bir harika. Ancak henüz bunu nasıl sağlayacağınıza dair bir plan

oluşturma girişiminde bulunmamışsınız. Sizden ricam bunları diğer görüşmemize kadar planlamaya çalışmanız. Sizin eklemek ya da iletmek istediğiniz bir şey var mı?

A: Teşekkür ederim. Yok.

D: Teşekkür ederim. Diğer görüşmemize kadar yapmaya çalışmanızı istediğim birde küçük önerim var. Bu dev mucizenin gerçekleşmesinde karşılaşabileceğiniz engelleri n görmenizi ve bunlara dair çözüm önerilerinizi oluşturmanızı isteyeceğim.

A: Yapmaya alışacağım.

D: Teşekkür ederim.

Diğer görüşmenin tarihi hatırlatıldı ve görüşme sonlandırıldı.



5. GÖRÜŞME

Hasta klinikte bulunan görüşme odasına alındı. Görüşmenin amacı aktarıldı. Görüşmenin süresi ve görüşmenin nasıl ilerleyeceği ile ilgili bilgi verildi.

D: Merhaba Bayan A. Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

A: İyiyim teşekkür ederim siz?

D: Bende iyiyim teşekkürler. Bu sizinle son görüşmemiz. Bundan sonra bazı anketleri doldurmanız için iki kez daha görüşeceğiz.

A: Biliyorum. Üzgünüm.

D: Bende. Geçen görüşmemizde yapmanızı önerdiğim ödevi yapabildiniz mi acaba?

A: Evet. Buyurun.

D: Teşekkürler. Mucizenin gerçekleşmesinin önünde engel olabilecek her şeyi ve bunlara dair çözüm önerilerinizi yazmışsınız. Zaten bir önceki görüşmemizde pek çok çözümü kabaca oluşturmuşsunuz. Peki Bayan A. Bu engelleri aşmanızda size yardımcı olabilecek kişiler var mı?

A: Evet. Yardım elinde belirtmişim. Ağabeyim, dayım, ikiz kardeşim, patronum ha birde patronumun eşi var onu unutmuşum. Birde burada kurduğum arkadaşlıklar var. Her biri sıkıntılarımı aşmamda bana yardımcı olmuştur. Yine olabilirler.

D: Onları her konuda istediğiniz her vakit arayabiliyor musunuz?

A: Evet.

D: Böyle destek kaynaklarına sahip olmanız harika.

A: Bence de.

D: Peki şimdi sizden ricam görüşmelerimizin sonunda elde ettiğiniz kazanımları, duygu ve düşüncelerinizi ve şimdiye kadar olan iyi yöndeki tüm değişimleri düşünmeniz ve benimle paylaşmanız.

A: Ben bu süreçte bambaşka bir insan olmadım. Ama ne olduğumu fark ettim. Birde değişebilme gücüne sahip olduğumu keşfettim. Belki hiç bir şeyi değiştiremem ama kendimi değiştirebilirim. Dünyada hayatı zor olan, başına kötü şeyler gelen tek kişinin ben olduğumu sanırdım. Böyle değilmiş bunu gördüm. Bu süreç beni içimde farkında olmadığım güçlü beni aramaya teşvik etti. İyiki sizinle görüşmeyi kabul etmişim. Aslında hiç istemiyordum. Ama çok güler yüzlü ve sıcaktınız. Sizi kırmamak adına kabul ettim. Baksanıza karlı çıktım.

D: Peki kendinizde ve yaşamınızda şimdiye kadar iyi olan değişimler neler?

A: İnsanların beni fark etmeleri. Bir eşya olmadığımı anlamaları. Bana ve kararlarımaya saygı duymaları. Tüm bunların sonucu olarak kendimi iyi hissetmem. Sizin bana öğrettikleriniz ve benim bunları başarmam.

D: Yaptığınız her şey aslında içinizde saklı olan ancak fark etmediğiniz yönlerinizi kullanarak başardıklarınız. Ben bu süreçte sadece bunları fark etmenize rehberlik ettim o kadar. Tüm başarı size ait ve bence taktiri hak eden bir başarı. Kendinizle övünmelisiniz.

A: Az zamanda çok işler başardık desenize.

D: Evet. Az zamanda çok işler başardınız.

A: Teşekkür ederim.

D: Derecelendirme sorusu sorulur. Bayan A. '0'dan '10'a kadar derecelendirmenin olduğu cetvelde '0' mucizenin gerçekleşmesi ve belirttiğiniz durumun tamamen ortadan kalkmasının ardından hissettiklerinizi '10' ise en olumsuz durumu içermektedir. Şu an nerede olduğunuzu düşünüyorsunuz?

A: Şu an 3 puandayım.

D: İlk görüşmemizde kendinize kaç puan vermiştiniz?

A: Hatırlamıyorum.

D: Bakalım. Harika. İlk görüşmede kendinize verdiğiniz puan 9'muş. 9 puandan 4 puana inmeyi nasıl başardığınızı düşünmenizi istiyorum. Düşündüğünüzde bulduğunuz her şey sizin bugün ve gelecekte zorluklar karşısında kullanabileceğinizdir. Bunu unutmayın lütfen.

A: Hep aklımda olacak. Teşekkür ederim.

D: Peki. Bayan A. Görüşmemize dair geribildirimde bulunmak için dışarıya çıkacağım ve birkaç dakika sonra döneceğim. Bu süre zarfında sizde bana iletmek istediğiniz şeyleri not alabilirsiniz.

A: Peki.

D: Bayan A. görüşmemiz sırasında danışma sürecinde ne olduğunuzu yeniden fark ettiğinizi, değişebilme gücüne sahip olduğunuzu keşfettiğinizi iletiniz. Görüşme sürecimizden sağladığımız olumlu yararlar beni memnun etti. Sizde dediğiniz gibi az zamanda çok işler başardınız. Tebrikler. Sizin eklemek ya da iletmek istediğiniz bir şey var mı?

A: Teşekkür ederim. Yok.

D: Ben teşekkür ederim. Danışma süreci kısaca özetlendi ve değerlendirildi.

D: Bayan A. programa katılmayı kabul ettiğiniz ve çaba gösterdiğiniz için çok teşekkür ederim. Bundan sonraki süreçte isterseniz çalışmanın başında iletmiş olduğum numaradan bana ulaşabilirsiniz. Danışma sürecimiz burada sona erdi. Hoşça kalın.

A: Güle güle.

Son test ve izlem tarihi hatırlatıldı ve görüşme sonlandırıldı.



EK 7. HASTA GÖRÜŞME ÖRNEKLERİ

Öneri 4. Bir kağıt alın ve bu kağıdı ikiye katlayın. Mucizenin gerçekleşmesi sürecinde karşılaşılabileceğiniz tüm engelleri kağıdın bir tarafına yazın. Kağıdın diğer tarafına ise bu engellerin her birinin üstesinden nasıl geleceğinize dair birkaç planınızı yazınız.

(Danışan diğer oturuma geldiğinde kağıdın engelleri içeren kısmını koparıp, yırtması ve atması istenir. Diğer tarafa yazdığı çözüm önerileri üzerinden değerlendirme ve övgü ile devam edilir).

Anne ve babamı seyrettimde olacak olumsuz şeyler,

- İlk öncelikle tedavi görülenlerden mesela Enkel ol den nasıl doğmuşsan öylece ol denler

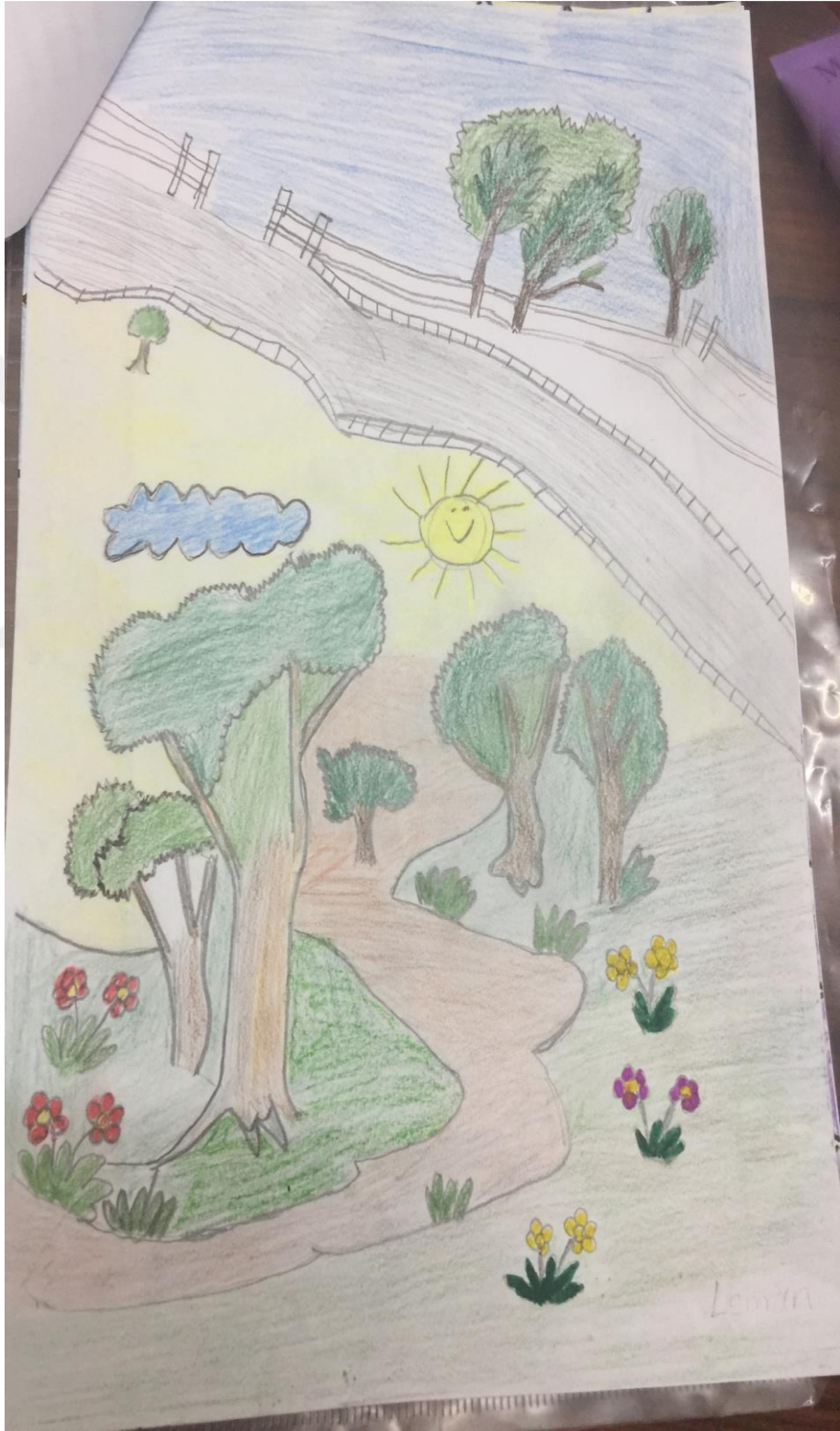
- Daha da Enkel ol denler

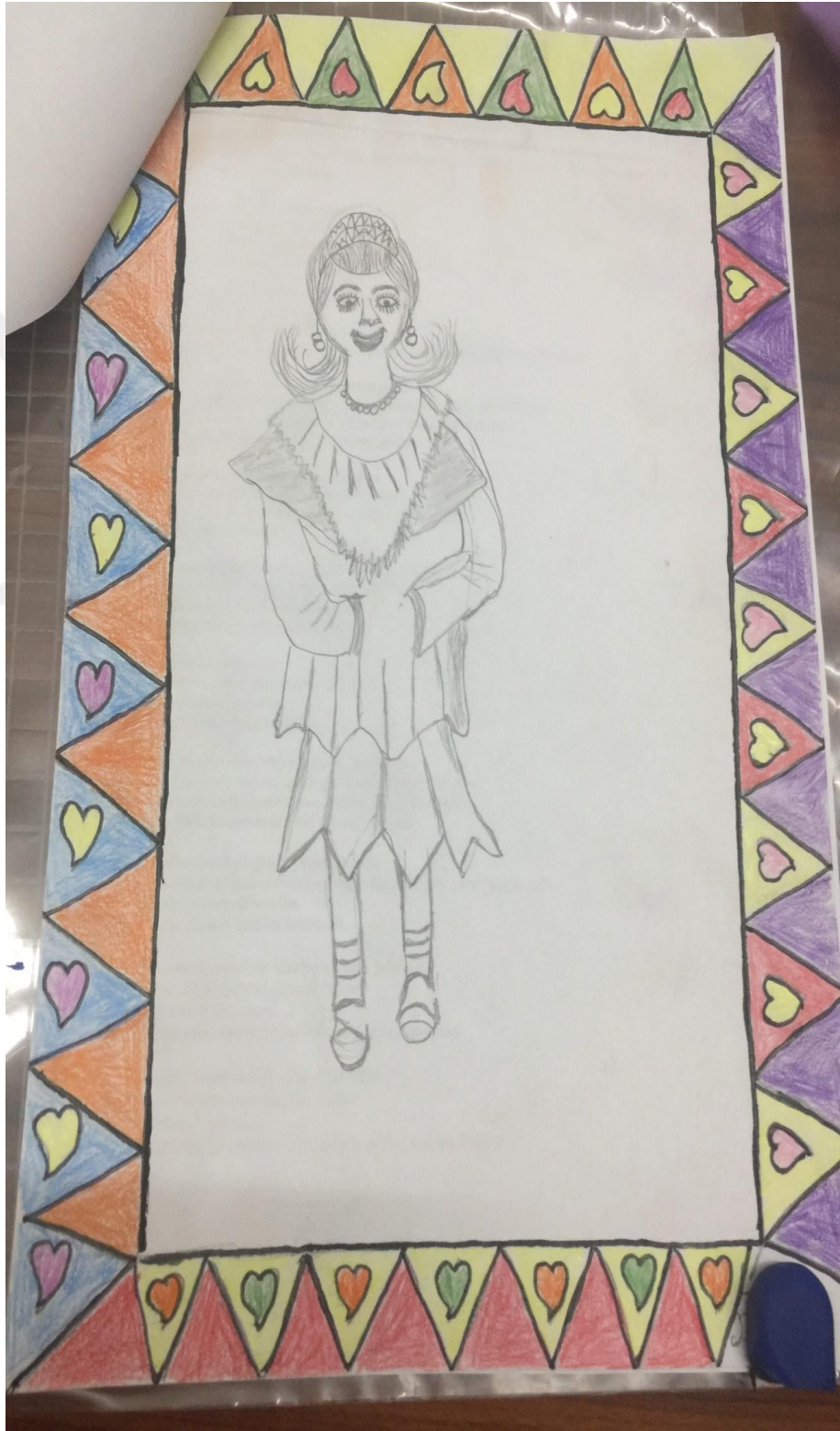
- Babam kesinlikle konuşsın

Anne ve babamı seyrettimde doğabilecek olumsuz şeyler ve bunları nasıl çözeceğime dair planım,

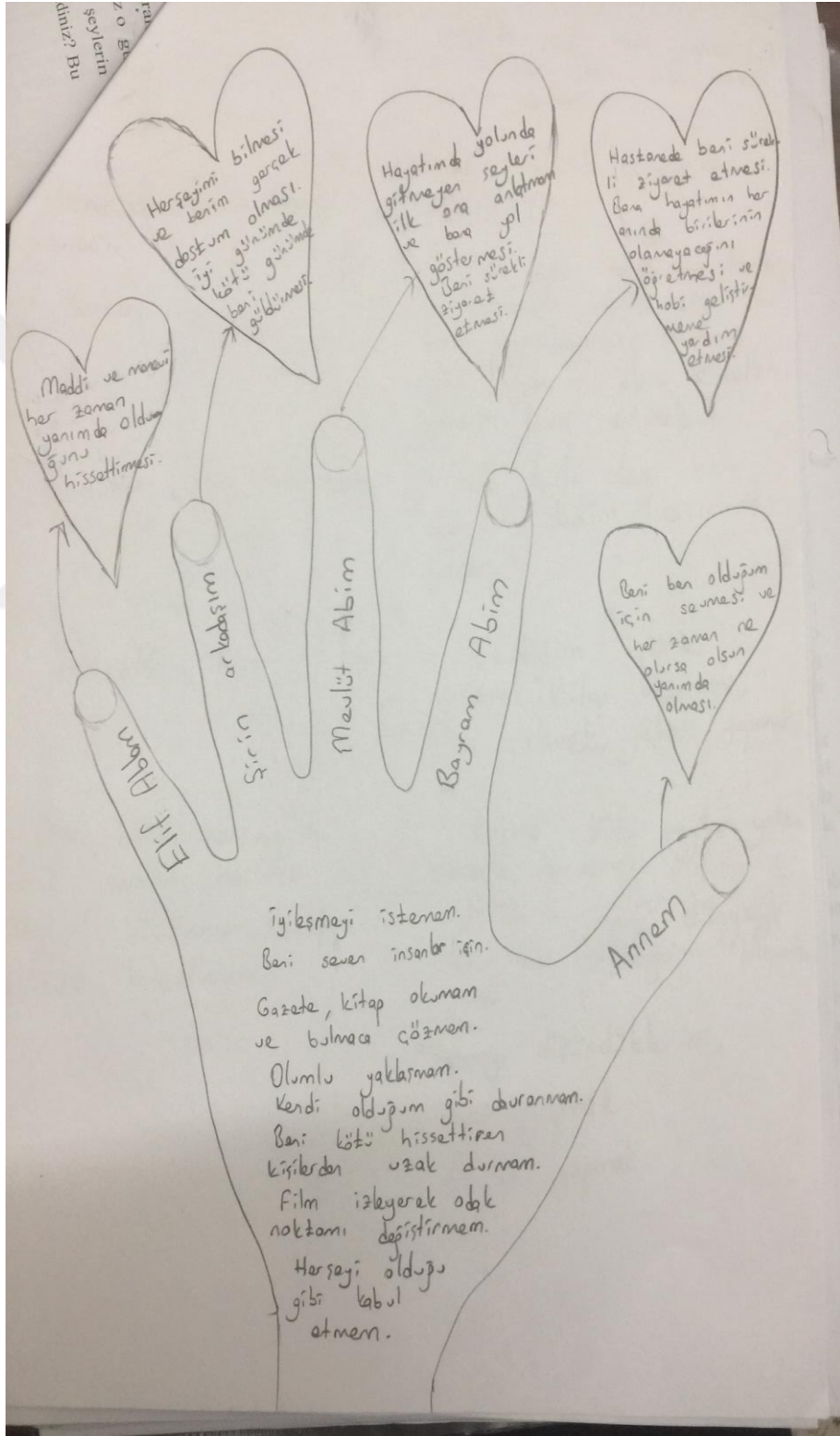
- İstikrarımı ve hayallerimi babam veya annem ilk öncelikle tepki gösterenler mesela evlatlık tan Kot edenler gibi

- Seyledimimde tepki ve şiddet uygularlar









194

Ödevi 2: İçimdeki peri etkinliği: Bu etkinlik geçmişte farkında olup kullandığımız ve halen içinde saklı olan gücü ve çözümleri fark etmenizi sağlama amaçlı bir etkinliktir. Hayal gücünüzü kullanmanızı gerektirir. Kendinize uygun bir zaman da istediğiniz bir alana geçin. Gözlerinizi kapatın ve kendiniz için güzel bir yer hayal edin. Orada oturun ve şu anda yaşadıklarınızı düşünün. Bu sırada yanınıza bir peri gelsin ve size : "Merhaba ben senin içindeyim. Bu güne kadar varlığını hissettin ancak tam olarak beni keşfedememişsin. Ben senin içindeki periyim. Sıkıntılarını çok iyi biliyorum. Bende aynı sıkıntıları içinde seninle yaşıyorum. Sana yardımcı olmaya karar verdim ve izleyeceğimiz yolu belirleyecek bir mektup yazdım. Al bu mektubu ve oku. Mucizeyi nasıl gerçekleştirebileceğimiz, kimleri nasıl etkileyebileceğimiz ve bunun sonunda kendimizi nasıl hissedeceğimiz bu mektupta gizli. Ben ne zaman istersen gelir sana yardım ederim. Şimdi al bu zarfı ve aç." Desin.

İçinizdeki peri size ne yazmış benimle paylaşır mısınız?

Kendini sev.
Kendine hergün gülmeye.
Ne olursa olsun ben senin yanındayım ve seni her zaman sevecem. Neyle karşılaşırsan karşıla sadece senin başına gelmiyor unutmama. Biz birbirimizle barışır ve yumurumuz devam ederse yapamayacağımız hiçbir şey kalmaz. Tüm hayaller gerçek olur.
Nerede nasıl davranacağını bil. Mutlu olayım derken başkalarını üzme.
Kendine kızma artık, çünkü içindeki yaraları sadece sen düzeltebilirsin. Geçmiş geçmişte kaldı. Önüne bak bugünü yaşa.
İmkansız deme hiçbir şey için elinden geleni yap oluyorsa nasip de üzülme. Ama hiçbir zaman kendinden vazgeçme. Eğer böyle yaparsak kendimizi iyi hissedebiliriz. Kendimizi daha çok seveceğiz.

e →

Öneri 1. Diğer oturma kadar sadece bir günlüğüne mucize gerçekleşmiş gibi davranınız. Her günün sonunda gününüzü değerlendiriniz ve o gün iyi yaptığınız, yaptığınızda kendinizi iyi hissettiğiniz şeyleri, iyiye giden şeylerin kendinizde ve çevrenizde sağladığı etkiyi yazınız.

	MUCİZENİN GERÇEKLEŞTİĞİNİ VARSAYDIĞIM GÜN;
DAHA DA İYİ OLMASINI SAĞLADIĞIM ŞEYLER;	<ul style="list-style-type: none">• Rahatsızlığımın geçmesi mesela• Titrememnin geçmesini çok• Sevinimim ve daha hayattımın• güzel abicagını düşünürüm
HİSSETTİKLERİM;	<ul style="list-style-type: none">• çok nece düşünürüm mesela••
ÇEVREDEKİLERİN HİSSETTİKLERİ;	<ul style="list-style-type: none">• Beni yanlış tanımadıkları için çok• Sıkıldım çevremim çünkü Tokat• insanların kültürünü kaba obukları• için kibin dayananların yanlış gözle• bakmalarından rahatsız oluyorum

Ev Ödevi 4: Bir kağıt alın ve bu kağıdı katlayın. Mucizenin gerçekleşmesi sürecinde karşılaşılabileceğiniz tüm engelleri ya da engelle karşılaştırmak için neler yapabileceğinizi kağıdın bir tarafına yazın. Kağıdın diğer tarafına ise bu engellerin her birinin üstesinden nasıl geleceğinize dair birkaç planınızı yazınız.

mucize gerçekleşse beni zor bir hayat
bekler çünkü hayatım yeni başlar
sıfırdan yaşamak istiyordum şimdi ve ilmini
yeni denemek ve sıfat beni mutlu
bir hayat olmak için elimden geleni yapar
Ben bu hayatta mutlu değilim kimden
beni anlattığını ve beni yaradığını
bilmiyorum. insanlar sıkarıcı ama ben
kimselik olmadan insanların bir birini
sevmesini istiyorum. adı üstünde
sadece mucize zor ama imkansız değil

1=Allah'a her zaman yalvararak dua ederim.

2=mutlu olmak için kendime zaman ayırıyorum.

3=mutlu olmak için kendimi sıkılmadan bir yerde indirmeye çalışırım.

4=Beni onlayan insanlarla beraber
olumlu diğer beni onlayan insanlarla
görüşmem ve onlara sorun ya da ayırırım
5=Bol bol müzik ve ilahi dinlerim.

6=İbadet ederim ve Allah'a boş boş
kalmam. Kimsesiz olmayı istemem.

7=Benim de iyi ibadet eden ve
daha bilgili insanlarla yalvararak dua
ederim.

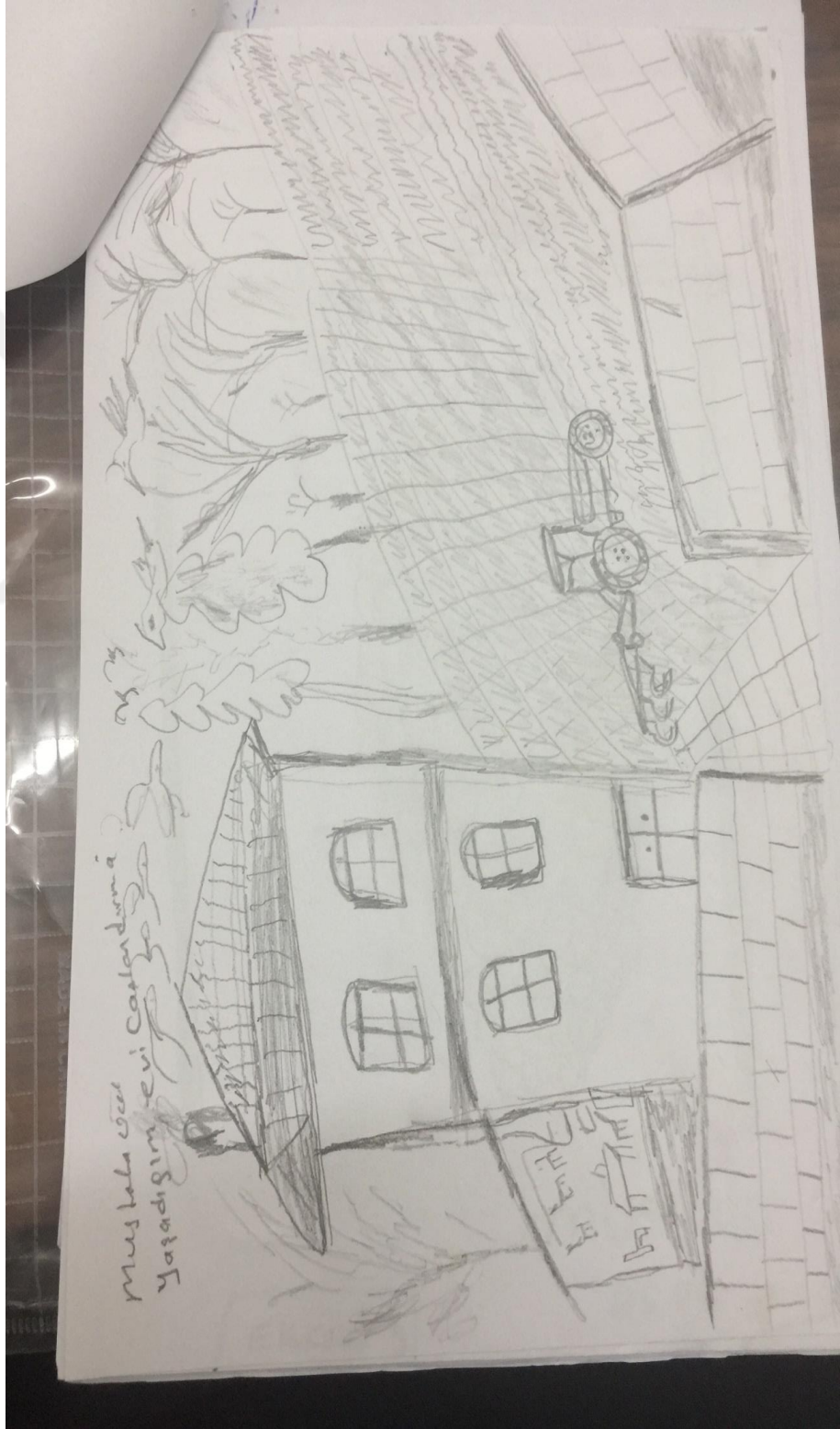
8=Kendimi sıkılmadan sıkılmadan
kendime bakıyorum.

12.10.2016

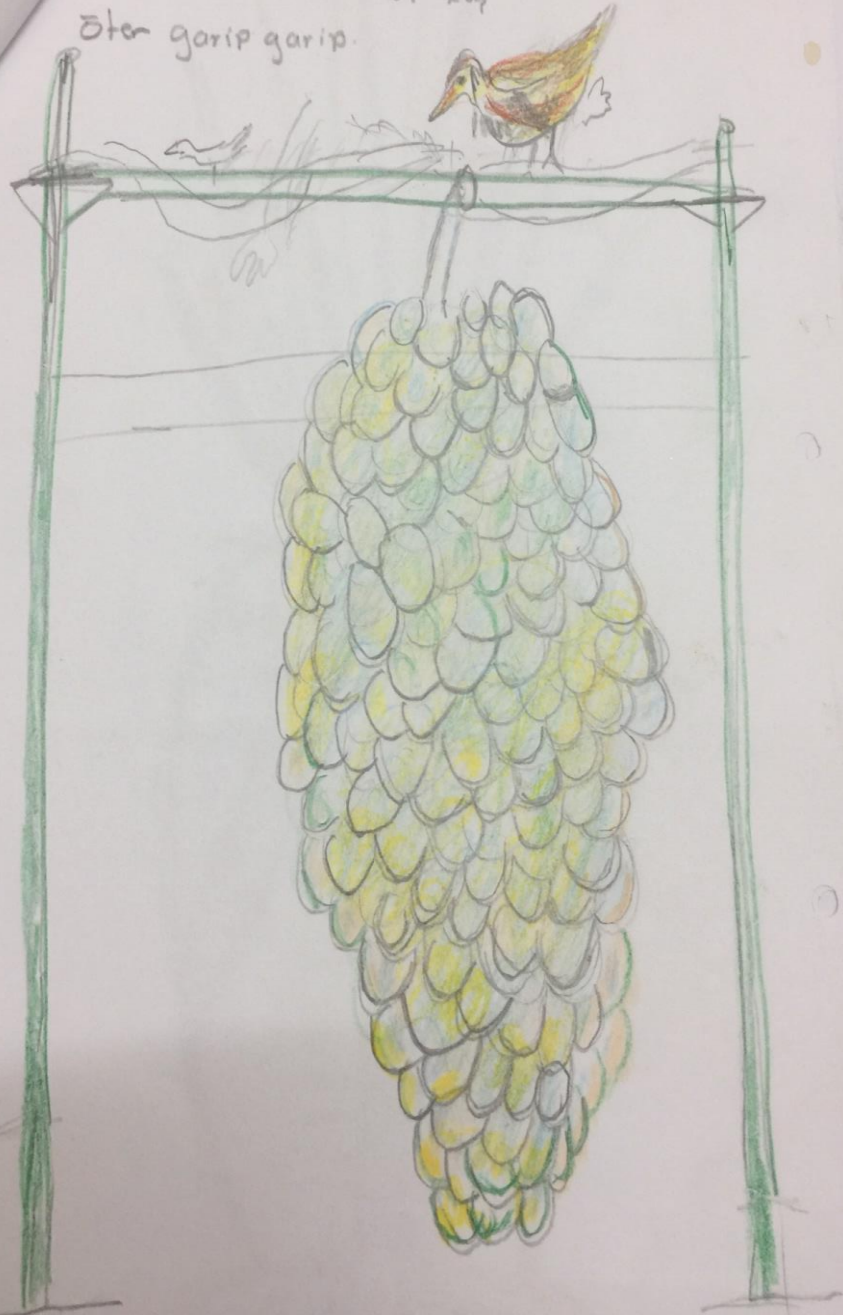
Garşamba

== mucize ==

mucize = işu on bir mucize ola yerden sıfırdan başlamak
İsterim. Her seye hayata sıfırdan, şimdiki bu yaşamdan başlamak ama
şıra ola her seyi yeniden baştan yaşamak, öncelikle eşimi akiten
hayatından sonra işi. Güzel taltı dilli Sevecen Serpatik biri olsun
ben en öfkeli iken bile seven sekinestiren biri olsun. Var öyle
insanlar biliyorum. Ben şark etmedim. Edemedim. Eşim yüzünden
melek gibi insana yaşamak istedim. Sonra işini akitmek
ben biraz fazla duygusudum. Acıyımın sonunda açınacak hale
düşen ben oluyorum. Derin bir okı çekip mi gibi bir onnan
dağayla iç içe olmak çiçekler koklamak hayvanlar beslemek
Akan suyun sesini rınnı gibi dinlemek istedim. Bir yolda
işini yapmak bir yolda işe dağayla uğraşmak ne güzel deni
ama. Kouya gürültü olmadan dağayla yaşamak. Benim şimdiki
hayatım da ölüm saatı kalmak çocuklar kübaıcılık yaşta baabasız
kalması, benim en yakın arkadaşım yse oldu gittiler.
Ben öfkeli olmayın ne yapım bana siz yardım edin.
Benim yarımda can çeken insanlar oldu. Oluk oluk kan aktı.
Yırdım. Satın kalmak için çaba ediyorum. Ama baren olmuyor.
Kendimi kaybediyorum. Boğalım geliyor. Çok sademde insanlar,
her ok gürültü. menfaat aiken olmuş dünya ne yapım
kocan yardım edin bana. Ben çocuklarına iyi bir baba
oluyum. Bu yolda bana beni seven biri aiken illaki bir gün
Korşamba...



Kenarında dibmişler bir bağ esen görüyor
Dahinde konmuş bir kuş
Öter garip garip.



Ey Ödevi 4: Bir kağıt alın ve bu kağıdı ikiye katlayın. Mucizenin gerçekleşmesi sürecinde karşılaşılabileceğiniz tüm engelleri ya da engellerle karşılaşmamak için neler yapabileceğinizi kağıdın bir tarafına yazın. Kağıdın diğer tarafına ise bu engellerin her birinin üstesinden nasıl geleceğinize dair birkaç planınızı yazınız.

Mucizenin gerçekleşmesi sürecinde; ENGELLER

- Dedem ve babamla olan yaşam
- Funda ile olan yaşam
- İki oğlumun otizm, depresyon ve şizofreni durumu

Çözüm önerilerim;

- Funda'yı oğlumun destek bulabileceği yerden destekleyebilirim
- Oğlumun oğlumun yanında, oğlumun ulaşabileceği, çocuklara, vakti geçirebilirim
- Birkaç yerden oğlumun destek alabilirim
- Babamdan aldığım başka destek kaynağım olmadığını belirterek yardım isteyebilirim

almayı
bezaya ya
: dışında,
edavinin

araştırıcı
ile ilgili
üz gizli
vicileri,
Siz de

um ve
apılan
karar
mesi,
naya

Öneri 2. İçindeki Peri etkinliği; geçmişte farkında olup kullandığınız ve halen içinizde saklı olan gücü ve çözümleri fark etmenizi sağlama amaçlı bir etkinliktir. Kendinize en uygun zamanda, uygun bir alana geçin. Gözlerinizi kapatıp sizin için güzel bir yer hayal edin. Siz bu hayalde oturup dinlenirken aniden yanınıza bir peri geldi ve size şöyle dedi: "Merhaba ben senin içindeyim. Bu güne kadar varlığını hissettin ancak tam olarak beni keşfedememiştin. Ben senin içindeki periyim. Sıkıntılarını çok iyi biliyorum. Bende aynı sıkıntıları içinde seninle yaşıyorum. Ancak seninle geçmişte mucizenin gerçekleştiği o anları da birlikte yaşadık, yaşadık. Sana önceden mucizelerimizi nasıl gerçekleştirdiğimizi hatırlaman için bir mektup yazdım. Bu mektupta yazanları tekrar yapabiliriz. Birlikte daha güçlüyüz. Al bu mektubu ve oku. Yazdıklarımı yapmamda bana destek ol. Mucizeyi nasıl gerçekleştirebileceğimiz, kimleri nasıl etkileyebileceğimiz ve bunun sonunda kendimizi nasıl hissedeceğimiz bu mektupta gizli. Ben ne zaman istersen gelir sana yardım ederim. Şimdi al bu zarfı ve aç."

Der. İçinizdeki peri istisnai durumlarınıza size ne yazmış olabilir?
Seni de 20'li yaşların da Astelik misiyini seslik ben sevdiğim için
hemde mod sikişimizin bitmesi için, ise baktıktan site derdik arıya
yordim edeceğimle futuulu olacakları plorli ve monteli ilk bizi dilediyim?
gibi ysa dık, qaredeki arko dıslara tabulduki affde' bıyıldık ilk dıce
egbre jorloru gıttık gol parlar hırcodıle her deşim de pısmoz
ölük ana gene alkol alıp ver dıymıt sızleri hırcı bını dımodıle
her keş poru vordıye arko dıymıt bıde yalorını dımodıyı serde
vorsa var yoksa yol deraber hırcı arabı alalım dıdele hırcıde
abha anne babamın arabası yoktu, kara yuştık arabada
gıttı eldey. Akademiğin birisi bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
dedi ee bırcıde gıttık, bırcıde dıce bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
dırcıde pırcıde hırcı hırcıde arko dıymıt dırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
kocırcı e oda larım arko dıymıt dırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
gıttı bırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
sev dık, sev dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
ar ko dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
ce olar dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
abırcıde gıttık Sırtırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
dırcıde gıttık kabus gıttı bırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
gorama yerkeşim, hep sız vordırcıde gıttık dırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
ana sız dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
ar ko dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
geç dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
hersey topor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
Bırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
yehırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
ayınodun mutla etmedin. arabırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle
abırcıde dırcıde dıce dıyeyor bırcıde dıce dıyeyor bırcıde gıle

Öneri 1. Diğer oturuma kadar sadece bir günlüğüne mucize gerçekleşmiş gibi davranınız. Her günün sonunda gününüzü değerlendiriniz ve o gün iyi yaptığınız, yaptığınızda kendinizi iyi hissettiğiniz şeyleri, iyiye giden şeylerin kendinizde ve çevrenizde sağladığı etkiyi yazınız.

	MUCİZENİN GERÇEKLEŞTİĞİNİ VARSAYDIĞIM GÜN;
DAHA DA İYİ OLMASINI SAĞLADIĞIM ŞEYLER;	<ul style="list-style-type: none"> • Bayram güneşli güzel bir güne uyandım Sabah 08:00 gibi güzel bir kahvaltı yaptım • artemis.. Balkarda Her saat yem yeşil olunca yeşil bir got kuşlar atıyor ise güne, geç kaldım • derdi yok göpüklerle bir yaptık önce top ayırdık sonra portakal ettik akşam lami portakal arabayla getirdik • alib yarı yaptık orfor mutlu ve ben mutlu esm için tişört giülüyor dışınca yok yazınca abha futbol giyiyor • aşkım diyor hayat ne güzel atsam da bütün aile anme ve babolar yemek yiyece
HİSSETTİKLERİM;	<ul style="list-style-type: none"> • Çok mutluyum • düşünmem gerek sadece sahip olduğum mutlulukları var endişem yok, borcum yok... • Yarın için güzel planlar yapıyorum • Her istediğimi yapabilirim yuvamın var marmarada fayda ve mutlu edebiliyorum
ÇEVREDEKİLERİN HİSSETTİKLERİ;	<ul style="list-style-type: none"> • Eskiye dönük her biri sükunete sükunete yuları kimlerin yuvamdan okunmuş garkında kaka çıktı • yok her bir mutlu gözün her her berabere • Küçük olaylar buyumdan bitiyor Annem ve babam garkınak karkında karkınayor. • ihtiyacı olanlara yardım ediyorun orfor mutlu olunca ben mutlu ediyorum

EK 8. ÇALIŞMA GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, çözüm odaklı yaklaşımın (sorunun nedenleri ve sorunu çözmeye odaklanmaktansa, doğrudan çözüme odaklanan), depresyonun beraberinde getirebileceği intihar düşüncesi ve sosyal işlevsellik düzeyinde oluşturabileceği değişikliklerin değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmanın süresi 16 haftadır. Araştırmanın başında size çeşitli formlar verilecek ve özenle doldurmanız istenecektir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Öğr. Gör. Duygu AYAR ile görüşecek ve araştırma sürecine katılacaksınız.

Araştırma sürecinde sizlere Depresyon düzeyinizi değerlendiren BDE(23 soru), intihar riskinizi belirleyen İntihar Olasılığı Ölçeği(36 soru), sosyal işlevselliğinizi değerlendiren SUKDÖ(20 soru) ve araştırmacı tarafından hazırlanan siz ve hastalık süreciniz hakkında bilgi sağlayan Sosyodemografik Veri Formunu(14 soru) doldurmanız istenecektir. Tüm formları doldurmanız ortalama 15-30 dakikanızı alacaktır.

Sonrasında çözümlerin problemlerle ilgili olmadığı felsefesi öngören; iyiliğe ve sağlığa odaklanan, probleme değil çözüme yönelen, bireyin kendi güçleri ve yeteneklerine olan farkındalığını artırmaya çalışan uygulamaları içeren çözüm odaklı yaklaşım programı görüşmelerine başlanacaktır. Araştırmacı hastaneye yatışınızdan bir gün sonra(1.görüşme-ön görüşme), 4.gün (2.görüşme), 8. Gün (3.görüşme), 12.gün (4.görüşme), 16. Gün (5. görüşme) ve son olarak 20. Gün (6. görüşme) olmak üzere en az 6 kez sizinle görüşecektir. Her bir görüşme ortalama 30-40 dakika sürecektir. Altı görüşme sonunda danışma sürecinin sonlandırılması planlanmaktadır. Ancak gereksinim duyduğunuz belirttiğiniz takdirde sizinle görüşmeler 12 oturumla sınırlı olacak şekilde sürdürülecektir. Son görüşmeden bir hafta, 1 ay ve 3 ay sonra olmak üzere üç kez daha sizinle görüşülecek ve bu görüşmelerde araştırmanın başında doldurduğunuz formları tekrar doldurmanız istenecektir.

Bu araştırmada yer aldığınızda araştırmacı ile en az 9 kez karşılaşacaksınız. Taburcu olduğunuz zaman kalan görüşmeler için sizden tekrar hastaneye gelmeniz istenecektir. Hastaneye geliş gidişte herhangi bir maddi kayba uğramamanız sağlanacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamında bulunan hiçbir uygulama için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 62’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen formları özveri ile doldurmak, görüşme sürecindeki önerileri uygulamak, görüşme tarihlerinde gelmek, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Sizin için beklenen yarar yaşamınızın her alanında karşılaştığınız problemlerin üstesinden gelmeniz size yardımcı olabilecek çözüm odaklı problem çözme

yaklaşımını öğrenmeniz ve uygulayabilmenizdir. Araştırma ayrıca depresif bireylerin ruh sağlıklarının korunmasında ve geliştirilmesinde ruh sağlığı hemşiresinin rolüne ve hemşirenin etkin olarak kullanabileceği yeni bir uygulama alanına dikkat çekerek bilim dünyasına katkı sağlayacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 530 458 45 89 numaralı telefondan araştırmacınız Öğr. Gör. Duygu AYAR'a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız veya görüşmelere katılmamanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda (görüşmelerin % 20'sine katılmama durumu ve şehir dışına taşınma), sizle ilgili tıbbi verilerde gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
---	---	---

EK 9. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, çözüm odaklı yaklaşımın (sorunun nedenleri ve sorunu çözmeye odaklanmaktansa, doğrudan çözüme odaklanan), depresyonun beraberinde getirebileceği intihar düşüncesi ve sosyal işlevsellik düzeyinde oluşturabileceği değişikliklerin değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmanın süresi 16 haftadır Araştırmanın başında size çeşitli formlar verilecek ve özenle doldurmanız istenecektir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Öğr. Gör. Duygu AYAR ile görüşecek ve araştırma sürecine katılacaksınız.

Araştırma sürecinde sizlere Depresyon düzeyinizi değerlendiren BDE(23 soru), intihar riskinizi belirleyen İntihar Olasılığı Ölçeği(36 soru), sosyal işlevselliğinizi değerlendiren SUKDÖ(20 soru) ve araştırmacı tarafından hazırlanan siz ve hastalık süreciniz hakkında bilgi sağlayan Sosyodemografik Veri Formunu(14 soru) doldurmanız istenecektir. Tüm formları doldurmanız ortalama 15-30 dakikanızı alacaktır.

Bu araştırmada yer aldığınızda araştırmacı ile toplam 4 kez karşılaşacaksınız. Araştırmacı hastaneye yatışınızından bir gün sonra günü (1.görüşme-ön görüşme), 1 Ay (2.görüşme) , 2. Ay (3. Görüşme) ve 4 Ay (4. Görüşme) sonra sizinle görüşecektir. Her bir görüşme ortalama 20-30 dakika sürecektir ve dört görüşme sonunda danışma süreci sonlandırılacaktır. Taburcu olduğunuz zaman kalan görüşmeler için sizden tekrar hastaneye gelmeniz istenecektir. Hastaneye geliş gidişte herhangi bir maddi kayba uğramamanız sağlanacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamında bulunan hiçbir uygulama için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 62’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen formları özveri ile doldurmak, görüşme sürecindeki önerileri uygulamak, görüşme tarihlerinde gelmek, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 530 458 45 89 numaralı telefonda araştırmacınız Öğr. Gör. AYAR’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız halinde (3 görüşmeye katılamamanız durumunda) sizi araştırmadan çıkarabilir.

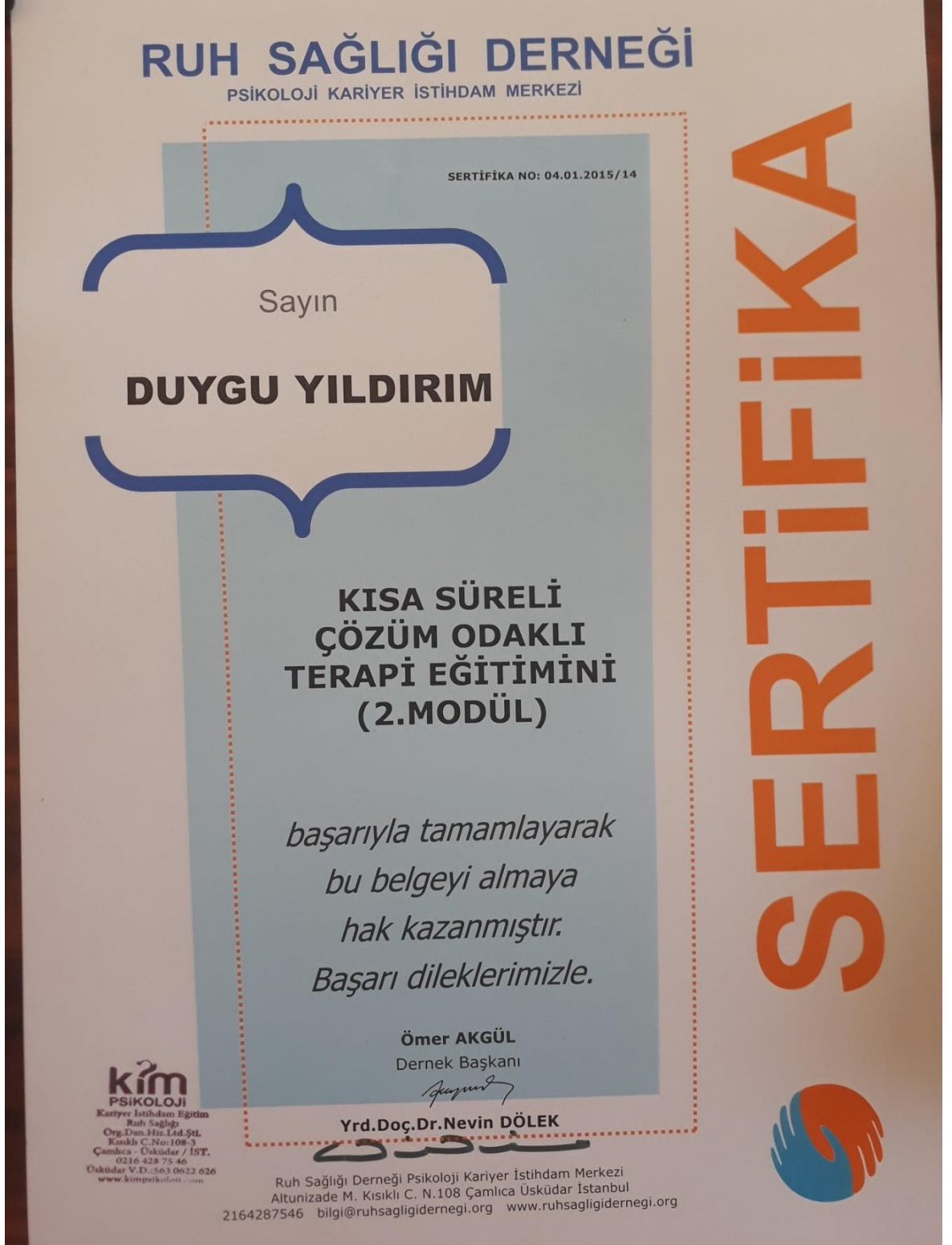
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda sizle ilgili tıbbi verilerde gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
---	--	---

**EK 10. ARAŞTIRMACI “KISA SÜRELİ ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİ EĞİTİMİ”
SERTİFİKASI**



İZİNLER

BECK DEPRESYON ENVANTERİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox on a desktop browser. The search bar contains "nesrinhislisahin@gmail.com". The email list shows an email from "beck" (Gelen Kutusu) dated 5.08.2016. The email content is as follows:

beck Gelen Kutusu

Duygu Ayar hocam merhabalar nasılsınız? ben gaziosmanpaşa üniversitesi sağlık yüksekokul... 5.08.2016 ☆

Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com> 29.11.2016 ☆ ↵

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Ayar,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

28 Kasım 2016 12:15 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:

----- Yönlendirilmiş ileti -----
Gönderen: **Duygu Ayar** <duyguayar@gmail.com>
Tarih: 5 Ağustos 2016 10:43
Konu: beck
Alıcı: Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com>

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox on a desktop browser. The browser tabs include 'Gaziosmanpaşa Üniversitesi', 'beck - duyguayar@gmail.com', 'Gmail - beck', 'Kullanıcı Denetim Sayfası', 'Gaziosmanpaşa Üniversitesi', and 'rica - duyguayar@gmail.com'. The address bar shows the URL 'https://mail.google.com/mail/u/0/#search/aiseguldurak%40yahoo.com/1552b13bf0f817ce'. The Gmail interface is in Turkish. The left sidebar shows 'E-POSTA YAZ', 'Gelen Kutusu (1.201)', 'Yıldızlı', 'Önemli', 'Gönderilmiş Postalar', 'Taslaqlar (41)', 'Kategoriler', 'Kişisel', 'Seyahat', and 'Diğer'. The main content area shows an email from 'Duygu Ayar' to 'aiseguldurak@yahoo.com' dated 7.06.2016. The email body contains the text: 'Ölçek ve gerekli bilgiler ekte, iyi çalışmalar... Prof. Dr. Aysel Durak Batıgün'. Below the text are two document thumbnails, both titled 'İntihar Olasılığı Ölçme Ölçeği'. The bottom of the page features a decorative graphic of diagonal stripes.

SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox on a desktop browser. The browser's address bar displays the URL: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/cakkaya%40uludag.edu.tr/14df5ebf7cf39487>. The Gmail interface is in Turkish. The search bar contains the email address `cakkaya@uludag.edu.tr`. The inbox shows a list of emails. The selected email is from **CENGİZ AKKAYA** (cakkaya@uludag.edu.tr) to **Duygu Ayar**, dated 22.06.2015. The email content includes the text: "Alici: bana", "Ektedir,", and "Kolay gelsin...". Below the text, there are two attachments: a Word document named **SUKDO.doc** and a PDF document named **SON HALI.pdf**. The left sidebar shows the "Gelen Kutusu (1.200)" folder selected, along with other folders like "Yıldızlı", "Önemli", "Gönderilmiş Postalar", "Taslıklar (41)", "Kategoriler", "Kişisel", "Seyahat", and "Diğer".

**TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA İZİNİ**

TOKAT İLİ SAĞLIK VE HASTALIKLARI
HASTANESİ - PERSONEL ÖZELİK BİRLİĞİ
03045013 11281 11609913 141

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
TOKAT RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ

TC Sağlık Bakanlığı

Sayı : 11609913
Konu : Araştırma izni

TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 01/04/2015 tarihli ve 12858426/770/202 sayılı yazı

İlgi yazı gereği, GOP Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Görevlisi Duygu YILDIRIM "Çözüm Odaklı Danışma Yaklaşımının Depresif Hastaların İntihar Olasılığı, Sosyal İşlevsellik ve Ruhsal Belirti Düzeyine Etkisi" konulu araştırmasını hastanemizde yapmasında herhangi bir sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Müberra KILIÇ
Hastane Yöneticisi

Parakende Mah. No:333 Merkez TOKAT
İlgi m Ateş Tel:033562150070-2031-32 e-posta: Ibrahim.Ates1@saçlık.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 164544c3-01fc-4935-bb78-0c7884813b02 koda ile erişebilirsiniz.

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI**

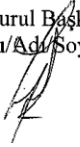
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi
-----------------------	---

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Selma Sabancıoğulları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Şuşehri Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Doktora tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-12/15	Tarih: 23.12.2015				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Zeynep Sümer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhatin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Duygu AYAR
Doğum Yeri ve Tarihi	Istanbul-1982
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, 60100-Tokat
E-posta Adresi	duygu.ayar@gop.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	19 Mayıs Lisesi, Gaziantep, 2000
Lisans	Gaziantep Üniversitesi, 2004
Yüksek Lisans	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006
Ünvan	Öğretim Görevlisi

İş Tecrübesi

Sağlık Bakanlığı	Hemşire, 2004-2006
Gaziosmanpaşa Üniversitesi	Öğretim Görevlisi, 2006-