

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ DEPRESYONLA BAŞA ÇIKMA
PROGRAMI'NIN HASTALARIN BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİ, ÖZ SAYGI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Ceyda BAŞOĞUL

DOKTORA TEZİ

2016-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ DEPRESYONLA BAŞA ÇIKMA
PROGRAMI'NIN HASTALARIN BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİ, ÖZ SAYGI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Ceyda BAŞOĞUL

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu

İKİNCİ DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Çelik

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2014-103 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

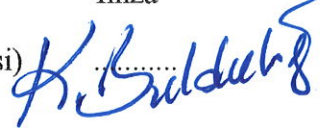
2016-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir 28.07.2016

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu (Akdeniz Üniversitesi)



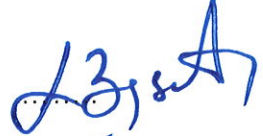
Üye : Doç.Dr. Selma Öncel (Akdeniz Üniversitesi)



Üye : Doç.Dr. Mualla Yılmaz (Mersin Üniversitesi)



Üye : Doç.Dr. Leyla Baysan Arabacı (İzmir Katip Çelebi Üni.)



Üye : Yrd. Doç.Dr. Saliha Hallaç (Akdeniz Üniversitesi)



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun...../...../..... tarih ve/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin Derin

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Ceyda BAŞOĞUL

İmza



Kadriye BULDUKOĞLU

İmza



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen, değerli bilgi ve deneyimleri ile gelişimime katkı sağlayan çok değerli hocam Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu'na,

Araştırma sũresince çok değerli katkıları ve destekleriyle akademik gelişimime katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Mustafa elik'e

Tez alışması sũresince değerli katkı ve emeklerini esirgemeyen Prof. Dr. Őzen Kulaka'a, Doç. Dr. Selma Öncel'e ve Yrd. Doç. Dr. Saliha Hallaç'a,

Verilerin değerlendirilmesi sũrecinde istatistik konusunda yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Nazif alış'a ve Arş. Gör. Selen Bozkurt'a,

Araştırmaya katılan, akademik ve kişisel gelişimime katkılar sağlayan hastalarım,

Araştırmanın teorik yapısının oluşturulmasında değerli görüşlerini esirgemeyen Prof. Dr. Eileen Gigliotti'ye,

Tez alışması sũresince destek ve katkılarından dolayı Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi ve Sağlık Bilimleri Enstitũsũ görevlilerine,

Beni her zaman destekleyen biricik anneme, hayatıma anlam katan ve beni her zorlukta gũçlendiren değerli eşim ve canım kızıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Ceyda BAŞOĞUL

ÖZET

Amaç: Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın depresyon tanılı bireylerin başa çıkma stratejileri, öz saygı ve depresyon düzeylerine etkisini saptamaktır.

Yöntem: Araştırma ön-test, son-test ve izlem düzeninde tek körlü randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini 43 katılımcı (girişim-24 ve kontrol-19) oluşturmuştur. İlk karşılaşmada her iki gruba ölçüm araçlarının ön testi uygulanmıştır. Kontrol grubuna bir ay sonra son test uygulanmıştır. Girişim grubuna bir ay süren program uygulanmış ve hemen ardından son test yapılmıştır. Son testten iki ay sonra izlem verileri toplanmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Öz Saygı Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler karışık desenler için (2×3 split-plot) iki faktörlü varyans analizi (ileri analiz için Bonferroni testi) ve Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın depresyon ve öz saygı düzeylerinde ve başa çıkma stratejilerinde (sorun çözme, sosyal destek arama, kaçınma) zaman ve grup ortak etkisinin anlamlı olduğu; girişim grubunda depresyon düzeyindeki azalmanın öz saygı düzeyindeki yükselme ve kaçınma stratejisi kullanma düzeyindeki azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Üçüncü ayda yapılan izlemde etkilerin devam ettiği ancak azaldığı saptanmıştır.

Sonuç: Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilen Depresyonla Başa Çıkma Programı depresyon düzeyini azaltma, öz saygı düzeyini artırma, başa çıkma stratejilerinden sorun çözme ve sosyal destek arama stratejilerini artırma ve kaçınma stratejisini azaltmada etkili olmuştur. Böylece Neuman'ın Sistemler Modeline göre ikincil ağırlıklı, birincil ve üçüncül koruma ile direnç hatları güçlendirilerek temel yanıtın (depresyon) azaltılabileceği doğrulanmaktadır. Depresyonla başa çıkmada psikoeğitim uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: psikiyatri hemşireliği, depresyon, öz saygı, neuman sistemler modeli, psikoeğitim.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the effect of Coping with Depression Program based on Neuman's Systems Model on the coping strategies, self esteem, and depression levels of the depression-diagnosed patients.

Method: The research was a pretest, posttest and follow-up designed, single-blind, randomized controlled, and experimental study. The sample of the study consisted of 43 participants (intervention-24 and control-19). The pretest of the measurement tools was conducted on both groups in the first encounter. Posttest was conducted on the control group a month later. A monthly program was conducted on the intervention group and posttest was carried out right after it. The follow-up data were collected two months after the posttest. Data were collected by using Personal Information Form, Beck's Depression Inventory, Rosenberg's Self-Esteem Scale, and the Coping Strategies Scale. Data were evaluated by two-factor variance analysis for the mixed designs (2x3 split-plot) (advanced analysis Bonferroni Test) and Spearman Correlation Analysis.

Results: As a result of the analyses carried out, in depression and self-esteem levels and coping strategies (solving problem, seeking social support, avoidance) of Coping with Depression Program, it was found out that time and group common effect was meaningful; decrease in the depression level of the intervention group correlated with the increase in the level of self-esteem and the decrease in the level of avoidance strategy ($p < 0.05$). At three month follow-up, it was determined that the effects continued but decreased.

Conclusion: Coping with Depression Program based on Neuman's Systems Model was effective on decreasing the level of depression, increasing the level of self-esteem, increasing the problem solving and seeking social support of coping strategies, and decreasing the avoidance strategy. Thus, it was confirmed that core response (depression) could be reduced by strengthening the resistance lines with the intensive secondary, primary and tertiary prevention according to Neuman's Systems Model. It was recommended that psycho-educational interventions should be provided with continuity in order to cope with depression.

Key words: psychiatric nursing, depression, self esteem, neuman systems model, psychoeducation.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar	vii
ŞEKİLLER	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Depresyon	7
2.1.1. Depresyon ve Psikososyal Kuramlar	9
2.1.2. Bilişsel Davranışçı Kuram	11
2.2. Öz Saygı (Benlik Saygısı)	13
2.3. Başa Çıkma	14
2.4. Psikoeğitim	15
2.5. Kavramsal Çerçeve	18
2.5.1. Neuman Sistemler Modeli ve Depresyon	18
2.5.2. İnsan	19
2.5.3. Hasta / Hasta Sistemi	19
2.5.4. Çevre	23
2.5.5. Sağlık	24
2.5.6. Hemşirelik	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	30

3.4. Örneklemeye Yöntemi	32
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.6. Veri Toplama Araçları	37
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği	37
3.6.3. Rosenberg Öz Saygı Ölçeği	38
3.6.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği	38
3.7. Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş DBÇP'nin Yapılandırılma Süreci	39
3.8. Programın Uygulaması	41
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu	44
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
KAYNAKLAR	76
EKLER	85
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	
EK-2. Beck Depresyon Ölçeği	
EK-3. Rosenberg Öz Saygı Ölçeği	
EK-4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği	
EK-5. Araştırmacının Hazırlığı	
EK-6. Depresyonla Başa Çıkma Programı Çalışma Kitabından Alıntılar	
EK-7. Çalışma Kitabı İçeriğinde Kullanılan Materyallerin Kullanım İzni	
EK-8. Neuman Sistemler Modelinin Kullanımına İlişkin Eileen Gigliotti'nin Görüşü	
EK-9. Program İçeriği ve Kavramsal Temelleri	
Ek-10a. Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu)	
10b. Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)	
EK-11. Etik Kurul Onayı	

EK-12. Kurumsal İzin Yazısı

EK-13. Ölçek İzin Yazıları

Rosenberg Özsaygı Ölçeği İzin Yazısı

Baş Çıkma Stratejileri Ölçeği İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ

121



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DBÇP	:	Depresyonla Başa Çıkma Programı
NSM	:	Neuman'ın Sistemler Modeli
KBF	:	Kişisel Bilgi Formu
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
RÖSÖ	:	Rosenberg Öz Saygı Ölçeği
BÇSÖ	:	Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
SÇ	:	Sorun Çözme
SDA	:	Sosyal Destek Arama
K.	:	Kaçınma

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Araştırmanın Deseni	30
Tablo 3.2.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Depresyon, Öz Saygı Düzeylerini ve Başa Çıkma Stratejilerini Etkileyebilecek Diğer Değişkenlerin Gruplara Göre Dağılımı	34
Tablo 3.3.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Kişilerarası İlişkilerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3.4.	Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturumları ve Oturumlarda Etki Edilmesi Beklenen Neuman'ın Sistemler Modeli Değişkenleri	41
Tablo 3.5.	Çalışma Planı	47
Tablo 4.1.	Girişim ve Kontrol Grubunun Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Öz Saygı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.2.	Grupların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 4.3.	Grupların Rosenberg Öz Saygı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4.4.	Grupların Sorun Çözme Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.5.	Grupların Sosyal Destek Arama Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 4.6.	Grupların Kaçınma Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 4.7.	Girişim Grubunun Ön Test- Son Test Arasında Depresyon, Öz Saygı ve Başa Çıkma Stratejileri (Sorun Çözme, Sosyal Destek Arama, Kaçınma) Puan Ortalamalarındaki Değişim Arasındaki İlişki	56
Tablo 4.8.	Girişim Grubunun Ön Test-İzlem Arasında Depresyon, Öz Saygı ve Başa Çıkma Stratejileri (Sorun Çözme, Sosyal Destek Arama, Kaçınma) Puan Ortalamalarındaki Değişim Arasındaki İlişki	57
Tablo 4.9.	Girişim Grubunun Son Test- İzlem Arasında Depresyon, Öz Saygı ve Başa Çıkma Stratejileri (Sorun Çözme, Sosyal Destek Arama, Kaçınma) Puan Ortalamalarındaki Değişim Arasındaki İlişki	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Neuman Sistemler Modeli	28
Şekil 2.2.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	29
Şekil 3.1.	Araştırmanın Tasarımı (CONSORT Şeması)	36
Şekil 3.2.	Araştırma Planı.	46



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon yaygın olarak görülen, intihar riski yüksek olan, bireyde yeti yitimine neden olan bir hastalık olmasından dolayı depresyon araştırmalarının önemi giderek artmaktadır (Goodwin ve ark., 2007; Ohayaon, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2012), 340 milyon kişinin klinik tanımlara uygun depresyon yaşadığını belirtmektedir. Depresyonun 2020 yılına ulaşıldığında çalışma yaşamını etkileyen rahatsızlıklar arasında birinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir.

Depresyonun oluşmasında birçok risk faktörünün (ailesel yatkınlık, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, olumsuz yaşam olayları gibi) yanında, öz saygının azalması da önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000; Hettema, 2008; Waite, 2012). Depresif hastalarda agresyon büyük oranda benliğe yöneliktir. Bilinçli veya bilinçsiz suçluluk duyguları veya utanç hastanın kendini başarısız algılamasından kaynaklanabilir. Eş zamanlı olarak olumlu benlik algısı giderek azalmaktadır. Öz saygı düzenlenmesindeki bozukluk, tüm depresyon hastaları için tipik olup bu bireyler seilmeyen, zarar görmüş ya da yetersiz benlik hissi oluşturma eğilimindedir (Sütçügil ve Özmenler, 2007). Sütçügil ve Özmenler'in (2007) aktardığına göre; Freud ve Abraham, çocuklukta öz saygı zedelenmesi ile zorlu duyguların yaşanmasının, bireyleri gelecekte depresif yapacağını belirtmektedirler. Öz saygı düzeyindeki azalma depresyon için bir risk faktörü olması nedeniyle öz saygının geliştirilmesi önemlilik kazanmaktadır. Öz saygıyı geliştirmeye yönelik çalışmalar, öz saygının yükselmesi (Chen ve ark., 2006; Fennell, 2009; Devaraj ve Lewis, 2010; Katsiadrami ve Diakogiannis, 2010; İlkhchi, Poursharifi ve Alilo, 2011; Salehyan ve Aghabeiki, 2011; Koutra, Morton ve ark., 2012; Neacşu, 2013; Pehlivan, 2016), depresyon düzeyinin azalması veya depresyonun önleminde etkili olmaktadır (Waite ve ark. 2012; Orth ve Robins, 2013).

Bireyin kendine ait oluşturduğu öz saygı ile o bireyin bir olgu, süreç ya da olayı sorun olarak görmesi ilişkili olabilmektedir. Kurduğu bu ilişki, olgu ya da olayı bir stres kaynağı olarak görmesine ya da doğal bir süreç olarak kabul etmesine neden olmaktadır (Avşaroğlu ve Üre 2007). Zorlu yaşam olayları ruhsal hastalıkların ortaya

çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Yaşam olayları bireyin sorunlarla başa çıkma yetisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiğinde benliğin güçlenmesini sağlayabilir. Ancak bu olaylar aşırı şiddette ve başa çıkılmaz olduğunda ruhsal dengeyi sarsarak ruhsal hastalıklara neden olabilmektedir. Olumsuz yaşam deneyimleri ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve depresyonun başlamasından önce yaşam deneyimlerinin sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma vardır (Broadhead ve ark., 2001; Hammen, 2005; Kendler ve ark., 2010; Stegenta ve ark. 2012). Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı, diğer risk faktörleriyle etkileşerek depresyonun oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Çünkü yaşam olaylarının etkileri birey için öznedir ve bu etki bireyin ona yüklediği anlam, başa çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkilidir (Ünal ve Özcan, 2000).

Depresyonun risk faktörleri ve sonuçları göz önüne alındığında, önlenmesi ve tedavisi büyük önem kazanmaktadır. Klinik rehberler depresyon tedavisinde farmakolojik ve psikososyal girişimlerin birlikte kullanımını önermektedir (NICE, 2009). Psikososyal girişimler, biyolojik faktörler yerine psikolojik veya sosyal faktörleri vurgulayan herhangi bir girişim olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım sosyal destek ve sosyal ağ gibi sosyal yönlere odaklanan sağlık eğitimi ve girişimini içerir (Ruddy ve House, 2005). Psiko eğitim; “psikiyatrik hastalığı olan bir bireyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek” olarak tanımlanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve bunun yanı sıra psikiyatrik hastalığı olan bireylere ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkidir. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur (Alataş ve ark., 2007). Duygudurum bozukluklarında psiko eğitim güçlü bir şekilde önerilmekte, ancak tek başına değil, diğer tedavilere ek olarak kullanılması gerektiği belirtilmektedir (NICE, 2009).

Depresyon hastalarında psikiyatri hemşireleri psiko eğitim uygulamasını psikososyal girişim olarak uygulayabilirler. Amerikan Hemşireler Birliği'nin 2007 yılında yaptığı tanımlamaya göre; “Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir” (Varcarolis ve Halter, 2009). Uygulanacak psiko eğitimde

yararlanılacak görüş ve tekniklerin hastalığın tedavisi, hemşirelik felsefe ve uygulamalarına uygun olması gerekmektedir. Bu açıdan bilişsel yaklaşım depresyonun açıklanması ve tedavisinde yararlanılan yaklaşımlardan biridir (Beck, 1961). Bilişsel davranışçı terapiler (BDT) hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, bilişsel davranışçı terapi tekniklerini kullanabilir (Ünal ve Çam, 2005). Bilişsel-davranışçı terapiler hemşirelik süreci ile benzer bazı özelliklere sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir, hemşire ve hasta arasında güçlü bir işbirliğini gerektirir. Bilişsel-davranışçı terapiler de hemşirelik sürecinde olduğu gibi araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarını kullanır. Bu özellikleriyle, hemşirelik bakımının terapötik etkinliğine önemli katkı yapabilir ve bireyin sağlıklı baş etme yanıtını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir (Stuart, 2001; Demiralp ve Oflaz, 2007). Bu bağlamda, BDT tekniklerinin kullanıldığı bir psikoeğitim modeli depresyonlu bireyle çalışan psikiyatri hemşireleri için önemli bir psikososyal girişim yöntemidir.

Depresyonda psikoeğitim modelinin kullanıldığı çalışmalar vardır. Lewinsohn ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Depresyonla Başa Çıkma Programı (DBÇP) BDT tekniklerine dayandırılan psikoeğitimsel bir grup programı olup, yaygın olarak depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Bu konuda 24 araştırmayı içeren bir meta-analiz çalışması, DBÇP'nin depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Kühner, 2003). Dalgard ve arkadaşları (2006) ile Casañas ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmalarda unipolar depresyonu olan hastalarda DBÇP kullanılmış ve program hemşireler tarafından yürütülmüştür. Çalışma sonuçları depresyon tedavisinde bu programın etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bir başka program olan Kişisel Güçlendirme için Fırsatlar Yaratmak Programı depresif ergenlerde uygulanan BDT tekniklerine dayanan bir psikoeğitim programıdır. Program sorunlarla başa çıkma, başa çıkma yeteneklerini geliştirme ve sağlıklı davranışları artırma konularında eğitim ve beceri geliştirme amacıyla kullanılmaktadır. Çalışmaların sonuçları, programın etkili olduğunu belirtmektedir (Lusk ve Melnyk, 2011; Lusk ve Melnyk, 2013; Melnyk, Kelly ve Lusk, 2013).

Literatür taraması ve incelemeler, depresyonda kullanılacak psikoeğitim modelinin bir hemşirelik yaklaşımına temellendirilmesinin yararlı olabileceğini düşündürmüştür. Neuman'ın Sistemler Modeli (NSM), sistemlere dayalı bütüncül bakış açısı sağlayan, iyilik hali, sisteme yönelik çevresel stres faktörleri ve bu faktörlere karşı sistem dengesinin korunmasına dayanan dinamik bir yapıya sahiptir (Fawcett, 2005). Depresyon, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını olumsuz biçimde etkileyen ciddi bir tıbbi hastalıktır. Genel olarak kötümser kişilik yapısına sahip, düşük öz saygısı olan ve stresten kolayca etkilenen insanlar depresyona karşı daha savunmasızdırlar (APA, 2014). Çok boyutlu sistemler yaklaşımı içeren NSM'nin (Neuman, 1995) etiolojisinde birçok neden olan depresyonu açıklamak için uygun olup Maurer (1986) de NSM'nin depresyonun tedavisinde, uygulama için uygun bir model olduğunu belirtmiştir. Hemşireler NSM ile eleştirel düşünme becerilerini birleştirdiklerinde, depresyonun belirtileri ile ilişkili birden fazla stresöre karşı daha duyarlı olabilirler.

Bu araştırmada kullanılacak psikoeğitim programını yapılandırmada NSM'nin uygun olduğu anlaşılmış ve araştırmanın kavramsal çerçevesi NSM'ye göre yapılandırılmıştır. Çalışmada, girişim ve kontrol grubu olmak üzere iki grup ele alınarak girişim grubuna NSM'ye temellendirilmiş ve BDT tekniklerini içerecek şekilde hazırlanmış programın bireysel psikoeğitim yöntemiyle verilmesi planlanmıştır. Depresyona ilişkin hemşirelik bakımının NSM'ye temellendirilmiş ve BDT tekniklerini içeren bireysel psikoeğitim yöntemi ile değerlendirilmesi ve bu yönüyle hemşirelik bakım felsefesine katkı sağlaması bu çalışmanın özgünlüğünü ortaya koymaktadır. Çalışmanın kavramsal teorik deneysel yapısı Şekil 2.2'de görülebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin depresyon tanılı hastaların başa çıkma stratejileri, öz saygı ve depresyon düzeylerine etkisini saptamaktır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Depresyon tanılı bireylerin NSM'ye temellendirilmiş "DBÇP" sonucunda;

1-H₁: Depresyon düzeyleri yönünden fark vardır.

a) Depresyon düzeyleri yönünden gruplar arasında fark vardır.

- b) Depresyon düzeyleri yönünden zamana göre fark vardır.
- c) Depresyon düzeyleri yönünden gruplar ve zaman arasında etkileşim vardır.

2-H₁: Öz saygı düzeyleri yönünden fark vardır.

- a) Öz saygı düzeyleri yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b) Öz saygı düzeyleri yönünden zamana göre fark vardır.
- c) Öz saygı düzeyleri yönünden gruplar ve zaman arasında etkileşim vardır.

3-H₁: Başa çıkma stratejilerinden sorun çözme puan ortalamaları yönünden fark vardır.

- a) Sorun çözme puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b) Sorun çözme puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c) Sorun çözme puan ortalamaları yönünden gruplar ve zaman arasında etkileşim vardır.

4-H₁: Başa çıkma stratejilerinden sosyal destek arama puan ortalamaları yönünden fark vardır.

- a) Sosyal destek arama puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b) Sosyal destek arama puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c) Sosyal destek arama puan ortalamaları yönünden gruplar ve zaman arasında etkileşim vardır.

5-H₁: Başa çıkma stratejilerinden kaçınma puan ortalamaları yönünden fark vardır.

- a) Kaçınma puan ortalamaları yönünden gruplar arasında fark vardır.
- b) Kaçınma puan ortalamaları yönünden zamana göre fark vardır.
- c) Kaçınma puan ortalamaları yönünden gruplar ve zaman arasında etkileşim vardır.

6-H₁: NSM'ye temellendirilmiş "DBÇP" uygulanan bireylerin depresyon düzeylerindeki değişim ile öz saygı düzeylerindeki değişim arasında ilişki vardır.

7-H₁: NSM'ye temellendirilmiş "DBÇP" uygulanan bireylerin depresyon düzeylerindeki değişim ile başa çıkma stratejilerindeki değişim arasında ilişki vardır.

8-H₁: NSM'ye temellendirilmiş "DBÇP" uygulanan bireylerin öz saygı düzeylerindeki değişim ile başa çıkma stratejilerindeki değişim arasında ilişki vardır.

Araştırmada ayrıca şu hipotezlere de yanıt aranmıştır:

9-H₁: Depresyon düzeyleri yönünden bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) ile grup ve zaman arasında etkileşim vardır.

10-H₁: Öz saygı düzeyleri yönünden bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) ile grup ve zaman arasında etkileşim vardır.

11-H₁: Başa çıkma stratejilerinden sorun çözme puan ortalamaları yönünden bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) ile grup ve zaman arasında etkileşim vardır.

12-H₁: Başa çıkma stratejilerinden sosyal destek arama puan ortalamaları yönünden bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) ile grup ve zaman arasında etkileşim vardır.

13-H₁: Başa çıkma stratejilerinden kaçınma puan ortalamaları yönünden bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) ile grup ve zaman arasında etkileşim vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon halk sağlığını en çok tehdit eden sorunların başında gelmektedir. Duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, davranışlarda yavaşlama, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile kendini gösteren depresif bozukluklar hem ülkemizde, hem de dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Küey, 1998; Öztürk, 2008). Yüksek oranda yaygınlık göstermesinin dışında tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek artırmaktadır (Küey, 1998; Goodwin ve ark., 2007; Kaya ve Kaya, 2007).

Altı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış Avrupa'da Mental Bozuklukların Epidemiyolojisi Çalışması'nda (Alonso ve ark., 2004) yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 olduğu belirtilmektedir. En sık görülen ruhsal bozukluk major depresyondur. Doğu Avrupa'nın düşük gelirli ülkelerinde ekonomi politikalarında yaşanan hızlı değişimlerin ruhsal bozuklukların sıklığı üzerinde ciddi etkilerde bulunduğu, bu ülkelere odaklı araştırmalarda dikkatli çalışılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada depresyonun yaygınlığı %3.6-8.5 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kadın cinsiyeti, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, kentleşme, yalnız yaşama, işsizlik ve göç duygudurum ve anksiyete bozuklukları için önemli değişkenlerdir (Marneros, 2006; Yalvaç ve ark., 2011).

Depresyon yaygınlığı ile ilgili 10 gelişmiş, sekiz az veya orta gelişmiş ülkenin dâhil olduğu bir çalışmaya göre; yaşam boyu major depresif epizod, yüksek gelirli ülkelerde (%14.6), düşük ve orta gelirli ülkelere (%11.1) göre daha yüksek bulunmuştur. Yaşam boyu yaygınlığı en az görülen ülkeler (<%10) orta ve düşük gelirli ülkeler (Meksika, Çin, Hindistan, Güney Afrika), en yüksek (>%18) görülen ülkeler yüksek gelirli ülkelerdir (Fransa, Hollanda, Yeni Zelanda ve ABD). Ayrıca yüksek gelirli ülkelerde genç yaşta olmak depresyon ile güçlü ilişkili bulunurken, düşük gelirli ülkelerde ileri yaşta olmak depresyonla daha yüksek bir ilişkiye sahiptir (Bromet ve ark., 2011).

Günümüzde dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-V)'dir. DSM-V'e göre Depresif Bozukluklar; Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, Majör Depresif Bozukluk (Tek Atak, Yineleyici Ataklar), Süregen Depresif Bozukluk, Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk, Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk, Başka Bir Belirlenmiş Depresif Bozukluk, Belirlenmemiş Depresif Bozukluk başlıkları ile sınıflandırılmıştır (APA, 2013).

DSÖ (2004) Majör Depresyon (MD)'un yetişkin, yaşlı ve çocukları etkilediğini; dünya çapında tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sinin önde gelen nedeni olduğunu belirtmiştir. DSÖ'ye göre unipolar (tek uçlu) depresif bozukluk küresel hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturmakta ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedenidir. Ferrari ve arkadaşları (2013) çalışmalarında MD'nin %8.2 oranla ikinci küresel yeti yitimi nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması'nda (2004), unipolar depresif bozuklukların, ulusal düzeyde en fazla Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı'na neden olan hastalıklar arasında genel popülasyonda %4.4 ile dördüncü sırada yer aldığı ve Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam nedeni olarak unipolar depresyonun kadınlarda ilk, erkeklerde ikinci sırayı aldığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHSM, 2004). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) sonuçlarına göre toplumda depresif bozukluk (major+minör) sıklığı %9, kadınlardaki sıklık erkeklerden iki kat fazla ve kadınlarda bildirilen depresyon oranı kentsel bölgede yaşayanlarda daha sıktır. Depresyon sıklığı ise 25-34 yaş grubunda %9, 35-44 yaş grubunda %11 ve 45-54 yaş grubunda %13 oranında görülmektedir.

Depresyon için temel risk etkenlerinin başında ailesel yatkınlık, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar gelmektedir (Ünal ve Özcan, 2000; Elovainio ve ark., 2012). Duygudurum bozukluklarında kişilik özellikleri, kişilerarası ilişkiler, öz saygı, bilişsel tarz gibi etkenler de risk etkenleri içinde değerlendirilmektedir (Duffy, 2000). Öz saygı, bireyin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını

onaylamasından doğan beğeni durumu olup bireyin kendini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin; kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilir, sevmeye değer bulma ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (Yörükoğlu, 1998). Öz saygıda azalma, psikososyal etkiler yaratarak bireylerde depresyon oluşturabilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000; Hetteima, 2008; Waite, 2012).

2.1.1. Depresyon ve Psikososyal Kuramlar

Depresyona yaklaşımda ele alınan kuramlar Psikoanalitik, Varoluşçu, Kişilerarası İlişkiler, Bağlanma ve Bilişsel Davranışçı Kuramlardır. Ağırlıklı olarak Bilişsel Davranışçı Kuramdan yararlanıldığı için bu kuram daha ayrıntılı verilecektir.

Major depresif bozukluğa psikanalitik yaklaşım, hem biyolojik altyapıya, hem bilişsel fonksiyona hem de kişilerarası durum ve tarzlara kapsamlı bir biçimde odaklanmayı içerir. Psikanalize özgül olan ise, duygudurum bozukluklarını da kapsayan psikolojik semptomların değerlendirilmesinde intrapsişik bilinçdışı zorlanmalara vurgu yapmasıdır. Erken kayıplar veya empati kuramayan, düş kırıklığı yaratan, reddedici ebeveyn ilişkileri gibi çeşitli durumlardan kaynaklanan narsistik yaralanmalarda yardım alamamak veya yetersizlik, zarar görme veya kastrasyon gibi fantazilerin eşlik etmesi bu örselenmeye katkıda bulunur. Kişinin öfkesi ve hayal kırıklığı gerçek nesneye yöneleceğine kişinin kendine dönmektedir. Depresif duygulanımın altında bastırılmış öfke yatmaktadır. Depresyon fenomenolojisinde büyük ya da küçük bir benlik değeri yitimi ön plandadır. Eğer benlik değerinin yitimi, başlıca dış desteklerin yitmesine bağlıysa, öznel düşünce: “*Herşeyi yitirdim; dünya şimdi bomboş tur*”; eğer süperegodan gelen iç desteklerin yitmesine bağlıysa: “*Herşeyi yitirdim, çünkü hiçbir şeye layık değilim*” şeklindedir. Sonuçta ortaya çıkan öz saygının düzenlenmesindeki bozukluk tüm depresyon hastaları için tipiktir (Sütçügil ve Özmenler, 2007; Alper, 2001).

Varoluşçu yaklaşımın temsilcilerinden M. Boss’a göre, depresif birey; yaşam sorumluluklarını üstlenme anlamında, kendisini varlığa ve yaşamın olanaklarına açamayan, dolayısıyla doğaya, dünyaya, başkalarına ve kendisine açık, bağımsız ve özgür olamayan bir kimsedir. Bu yüzden de birey kendisini başkalarının istek ve beklentilerine göre ayarlamaya çalışarak onların sevgilerini kaybetmemeye çalışmakta ve depresyonda görülen suçluluk ve kendini küçük görme eğilimlerine bu varoluşsal suçluluk duygusu kaynaklık etmektedir (Yalom, 2001).

Kişilerarası kuram depresyonu sosyal yaşam, kişilerarası yaşam ve kişilik olmak üzere üç temel yapıda görür: Kuram öncelikle kişinin sahip olduğu depresif belirtilerin belirlenmesi, sonra kişinin varolan sosyal ortamının anlaşılması gerektiğini belirtir. Sosyal yapının iyi anlaşılması, sosyal desteğin depresyona karşı koruyucu bir faktör olmasında önemli olmasına karşın sosyal stresörlerin kişinin depresyon karşısındaki hassasiyetini arttırması da önemlidir (Weissman ve ark., 2007). Bu kuramın temel alındığı terapi yaklaşımında bireyin nasıl hissettiği ve diğerleri ile ilişki ve etkileşiminin nasıl olduğu önemlidir. Kişilerarası ilişkiler terapisi “şimdi ve burada”ya odaklanır ve depresif semptomlara yol açan kişilerarası ilişkiyi çözmeye çalışır. Tedavide yas, kişilerarası ilişkilerde rol çatışması, sosyal rollerde değişiklik, kişilerarası ilişkilerde yetersizlik olmak üzere dört kişilerarası ilişki problemlerinden birine odaklanılır (Frank ve ark., 2000).

Bağlanma Kuramı'nı geliştiren John Bowlby, bebeklerin yaşamın ilk bir kaç yılında primer bakım verenleriyle tekrarlayan ilişkiler aracılığıyla bağ kurduğu ya da bağlanmalar geliştirdiğini öne sürmüştür (Morley ve Moran, 2011). Bowlby, bu deneyimlerin daha sonra ortaya çıkabilecek olan depresyon gibi duygulanımsal bozukluklar üzerinde etkileri olabileceğini varsaymıştır. Ona göre “Duygulanımın psikolojisi ve psikopatolojisi büyük oranda duygusal bağların psikolojisi ve psikopatolojisinin içinde bulunmaktadır” (Bowlby, 1977). Bu bağlamda annenin erken dönem kaybı, özellikle buna ilgisizlik ya da bakımda aksamalar eşlik ediyorsa, birey yetişkin yaşamında zorluklarla karşılaştığında depresyona çok daha açık hale gelebilir (Tüzün ve Sayar, 2006). Yapılan uzun süreli çalışmalarda, güvensiz bağlanmanın unipolar depresyonun başlamasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bifulco ve ark., 2006). Kararsız bağlanma anksiyete, depresyon, düşünce bozuklukları ve sosyal kabul görme gereksinimi, sınır kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunurken; kaçınan bağlanma davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Brown ve Wright, 2003). Bowlby'nin (1973) çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken, güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (Nakash-Eisikovits ve ark., 2002).

2.1.2.Bilişsel Davranışçı Kuram

Aaron T. Beck 1960'lı yıllarda duygudurum bozukluklarının tedavisinde kullanabileceğini ileri sürdüğü ve adını 'bilişsel terapiler' koyduğu yaklaşımı geliştirmiştir. Beck'in bilişsel kuramına göre, çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur ve bunlar yapısal düzeyde 'şema' olarak adlandırılır. Yaşam olayları sessiz durmakta olan şemaların aktive olmasına ve 'olumsuz otomatik düşüncelerin' ortaya çıkmasına ve sonuç olarak öfke, kaygı, suçluluk, üzüntü gibi hoş olmayan duyguların oluşmasına yol açar. Davranışçı terapiler ile bilişsel terapilerin entegrasyonu, terapistlerin başvuranların korkuları, istek, açıklama ve algılama biçimleri ile daha ilgili olmalarını sağlamıştır (Sungur, 1997).

Beck'e göre (1967) depresif hastalar genellikle iki biliş hali yaşamaktadırlar. Birincisi, belirli dış uyaranlara karşı gelişen, steryotipik olan ve sıklıkla uyaranla ilgisiz ya da ona tamamen uymayan bilişsel yanıtlar geliştirmesidir. Örneğin bir başkası için tamamen bir şey ifade etmeyen bir durum depresif bireyde yıkıcı düşüncelerle sonuçlanabilir. İkinci bilişsel durum ise, depresyona yatkın bireyin zihninde depresif ruminasyonlar ya da serbest çağrışımların bir dış uyaran olmaksızın da gözlenebilmesidir. Bu depresif bilişlerin ortak özelliği "gerçeğin çarpıtılarak yorumlanmasıdır". Depresif bilişlerin bir çarpıcı özelliği de belirgin bir ön veriden yoksun olması ve akıl yürütmeye dayanmaksızın otomatik olmasıdır (Beck, 1967).

Beck'in kuramı iki bölümde ele alınabilir. Birincisi, kuramın yapısal parçası üç temel bilişin aktive olmasıyla birey kendisi, dünyası ve geleceğini olumsuz algılamaya başlar. Birey kendini eksik, yetersiz, değersiz olarak görür ve yaşadığı hoş olmayan deneyimleri kendisinde bulunan fiziksel, zihinsel ya da ahlaki bir eksiklikten kaynaklanmış gibi düşünmeye meyilli olur. Dış dünyadaki ilişkilerinde kendini başarısız, yoksun veya aşağı olarak görür. Artık ona göre dünya engellerle, zararlarla ve travmatik olaylarla doludur. Bunlara ek olarak, birey kendini istenilmeyen ve dışlanmış olarak görmeye başlar. Gelecekle ilgili; birey kendini zora sokan ya da üzen olayların sonsuza kadar süreceğini düşünmeye başlar. İleriye baktıkça, yaşamının baş edilemez zorluklarla, engellerle ve yoksunluklarla dolu olduğunu görür. İkincisi, bilgi işleme stratejilerindeki yöntemlerdir. Bunlar düşünmede yapılan mantıksal hatalar ve düzensizlikleri içermektedir (Beck, 1967; Bozkurt, 2003).

Bilişsel kurama göre tetikleyici bir olay sonrasında aktifleşen işlevsel olmayan şemalar, bireyin, karşılaştığı olay ve durumları olumsuz yönde çarpıtmalar yaparak değerlendirmesine sebep olmaktadır. Bu çarpıtma işlemi sonucunda zihnin akışı içinde kendiliğinden oluşan ve bu sebeple otomatik düşünce adı verilen olumsuz düşünceler ortaya çıkmakta ve bireyin ne hissettiği ve nasıl davrandığı üzerine etki etmektedir. Beck'in geliştirdiği bilişsel terapinin en önemli tekniği, bu otomatik düşüncelerin ele alınması ve bu düşüncelere olan inancın azaltılmasıdır (Türkçapar, 2009). Bilişsel-davranışçı terapiler, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, 'burada ve şimdi' ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir (Beck, 1976; Beck ve ark., 1987). Bilişsel davranışçı terapi davranış değişiklikleri eğitim ve öğretim için bilişsel yeniden yapılandırmayı kullanır (Cox ve ark., 2012).

Bilişsel terapide değişimin sağlanmasındaki en temel yöntemlerden biri otomatik düşüncelerin incelenmesi ve bunlara olan inancın azaltılmasıdır. Bu sayede mental bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan bilişsel yanlılığın üstesinden gelinebilir (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2013). Otomatik düşüncelere yaklaşımda genellikle ilk kullanılan teknik bu düşüncenin geçerliliğinin kanıt inceleme yöntemiyle ele alınmasıdır. Kanıt inceleme sonucunda elde edilen verilerle oluşturulan gerçekçi düşünce (dengelenmiş düşünce) ise gerçekliği oluşturan hem olumlu hem de olumsuz verileri dikkate alan bir düşüncedir. Alternatif/Gerçekçi düşünce oluşturma genelde otomatik düşünce incelenmesinde sokratik sorgulama sürecinde veya kanıt incelemeden sonra yapılır (Akkoyunlu ve Türkçapar, 2012).

Psikiyatri hemşireliğinde, bilişsel-davranışçı terapi stratejileri üç grup altında incelenmektedir (Stuart, 2001):

1. Anksiyeteyi azaltan terapi stratejileri: Gevşeme eğitimi, tepki önleme, alıştırma, vestibular duyarsızlaştırma, biofeedback, sistematik duyarsızlaştırma, göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme.

2. Bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri: Duygu ve düşünceleri izleme, kanıt sorgulama, alternatifleri sınaama, yeniden düzenleme-çerçeveleme, felaketsizleştirme, düşünceleri durdurma.

3. Yeni davranışlar öğrenme stratejileri: Modelleme, biçimlendirme, markayla ödüllendirme, rol oynama, itici uyarıcılara koşullama terapisi (aversif terapi), sosyal beceri eğitimi, olasılıklı anlaşma.

2.2. Öz Saygı (Benlik Saygısı)

Öz saygı hakkında farklı bakış açıları bulunmakla birlikte, öz saygı “bireyin kendini değerli hissetme duygusu, kendini yeterli bir insan olarak görme, kendini iyi görmesine ve kabul etmesine ilişkin duygular ya da kendine saygı duyma” olarak tanımlanmaktadır (Rosenberg, 1965; Coopersmith, 1967; Crocker ve Myers, 1989). Öz saygı, bireyin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Birey kendini eleştirebilir ya da kendini tümünden olumlu bulabilir. Bireyin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün niteliklerinin olması gerekmez. Çünkü öz saygı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilmeye, sevmeye değer bulma ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (Yörükoğlu, 1998).

Öz saygının seviyesi, bireyin okul/işteki başarı ve becerisini, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilme derecesini etkilemektedir. Öz saygısını yüksek seviyede ve tutarlı olarak sürdüren sağlıklı bireyler, canlılık ve enerjik olmakla özdeşir. Bu bireyler kendilerine güvenen kişilik yapısına sahiptir. Zayıf yapılanmış öz saygıya sahip bireyler ise canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici, değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış bireylerdir (Kohut, 1981).

Bu bilgiler ışığında, bireyin öz saygısının yüksek olması stresle başa çıkmada önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Arıcak’a (1995) göre başarma güdüsü, öz saygıyı önemli oranda etkiler ve yüksek öz saygıya sahip bireyler stresle daha sağlıklı baş edebilir. Öz saygının düşük olması, toplumsal yaşamda çeşitli uyum bozukluklarına ve giderek bireyin psikolojik sağlığının bozulmasına neden olmaktadır (Karahan ve ark., 2004). Fennell’e (1997) göre öz saygısı düşük ve kendileriyle ilgili olumsuz yargıları olan bireyler, düşük öz saygıyı sürdürerek olumsuz duygu, düşünce ve

davranışların kısır döngüsü içinde kalırlar. Düşük öz saygı, depresyon için önemli bir risk faktörüdür (Hetteema, 2008; Waite, 2012). Öz saygıyı geliştiren girişimlerle depresyon düzeyi azaltılabilir ya da depresyon önlenebilir (Orth ve Robins, 2013).

Bilişsel davranışçı terapi olumsuz inanç ve davranışların etkisinin azalmasını sağlayarak öz saygıyı geliştiren olumlu öz değerlendirme sağlar ve işlevi olmayan bu olumsuz ana inançlar ve varsayımlar ele alınmaktadır (Fennell, 1997; Young, Klosko ve Weishaar, 2003; Waite ve ark., 2012). Düşük öz saygı için BDT protokolü standart BDT tekniklerini içermektedir (Beck ve ark., 1987). Bu teknikleri kullanarak yapılan girişimler sonucunda bireyler sağlık davranışları ile öz etkililiğe izin veren, kişisel yetenek ve potansiyelini en iyi şekilde kullanmayı ve öz saygının gelişmesini sağlayan temel davranışlar geliştirir (Neacşu, 2013). Olumsuz düşüncelerin niye ortaya çıktığını, yineleyen bu düşüncelerin nasıl önleneceğini öğrenmek ve olumsuz duyguları tekrar yaşamamak için alternatif stratejiler planlamak bireyin öz kontrolünü artırarak öz saygısını geliştirir (Chen et al., 2006).

2.3. Başa Çıkma

Baş çıkma, stres faktörlerinin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen davranışsal ve duygusal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Baltaş ve Batlaş, 2000). Lazarus'a göre (1981) başa çıkma direkt olarak bireyin algısı ve bilişleriyle ilgilidir. Başa çıkma fonksiyonları reaksiyona aracılık ederken, bilişsel değerlendirme hissedilen stresin düzeyini belirler (Fawcett, 2005).

Baş çıkmanın iki temel işlevi vardır. Birincisi, sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını kullanarak strese neden olan sorunlarla başa çıkmayı sağlayan "sorun temelli başa çıkma", ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içeren "duygusal temelli başa çıkma" dır (Kraaij ve ark., 2002; Ağargün ve ark., 2005). Sorun temelli başa çıkma, sorunun çözümü için gerekli adımları uygulama, farklı fikirleri değerlendirme, sorunun çözümü için fikirler üretme gibi öğeleri ve sorunun çözümü için verilen bilinçli çabaları içerir (Lane ve ark., 2002; Baker ve ark., 2007). Duygusal temelli başa çıkma ise, bireyin stresörlerin anlamını değiştirerek veya stresörlerin neden olduğu duyguları yöneterek kendi duygularını tanımasını, ifade etmesini, zorlu durumlar karşısında yaşanan duygusal stresin azaltılmasını ve duygusal streslerle başa çıkarak, kendisini daha iyi

hissetmesini sağlar (Lane ve ark., 2002; Baker ve ark., 2007). Bu bağlamda bireyin stres yaratan çeşitli durumlar karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek tedavi hedeflerinin ve terapötik etkinliğin belirlenmesine yardımcı olacaktır (Ağargün ve ark., 2005).

Bireyin gelişimsel dönem yaşantıları, kalıtımla geçen özellikleri, kişilik yapısı, iletişim biçimi, gereksinimleri ve güdülleri, sosyo-ekonomik düzeyi, birey için stres yaratan durumun anlamı, inanç sistemi ve algısal özellikleri, eğitim ve bilgi birikimine bağlı zihinsel kaynakları, kontrol odağı, cinsiyeti, zekâsı ve geçmiş yaşantıları bireyin üzerinde stres kaynağı olarak ortaya çıkabilmektedir (Partlak, 2003). Buna bağlı olarak stres, insanın yaşadığı ortamda meydana gelen bir değişimin veya insanın ortam değiştirmesinin onun üzerinde etkiler bırakmasıyla ilgilidir. Bunun yanında bazı kişilik özellikleri insanı strese karşı daha duyarlı kılarken bazı kişilik özellikleri strese karşı duyarlılığı azaltmaktadır (Eren, 1998).

Stresi algılama ve başa çıkmada bireyin öz saygısının etkili olduğu ifade edilmektedir (Avşaroğlu, 2007). Stresle başa çıkma, stres yaşantısının yer aldığı bağlamda, bedensel ve psikolojik aşırı uyarılma halini ve bunu belirleyen etkenleri azaltmaya ya da yok etmeye yönelik bedensel, bilişsel, duygusal ve davranışsal düzeylerde gösterilen çabalardır (Aydın, 2010). Başa çıkma, bireyin kaynakları yetersiz kaldığında, spesifik içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarını ifade etmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Bireyler günlük hayatlarında ve günlük hayatlarının büyük bir bölümünü oluşturan iş yaşantıları boyunca olumsuz bazı olaylarla karşı karşıya kalmakta, bu durum stres yaşamalarına ve farklı stresle başa çıkma davranışları göstermelerine neden olmaktadır. Stres yaşantılarında bireyin bilişsel çabasının niteliği ve başa çıkma stili büyük ölçüde onun psikolojik bütünlüğünü de belirlemektedir (Aysan, 1988).

2.4. Psikoeğitim

Psikoeğitim; “psikiyatrik hastalığı olan bir bireyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek” olarak tanımlanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve bunun yanı sıra psikiyatrik hastalığı olan bireylere ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların

tedavisinde önemli bir etkidir. Bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır (Alataş ve ark., 2007).

Psikoeğitim psikoterapötik ve eğitsel müdahaleleri entegre eden bir tedavi yöntemidir. Hastalığı anlama ve sonuçlarıyla baş etmede teorik ve pratik bir yaklaşım sunmaktadır (Ong ve Caron, 2008). Psikoeğitim, bireylere problemleri ile nasıl baş edeceklerini öğretmeye odaklanır. Hastalık hakkında bir bilgiyi, stresin ve potansiyel yeniden yatışların farkına varmayı, yaşam biçimini düzenlemeyi, belirtilerle başa çıkmayı, sorun çözme becerilerini, iç görüyü artırmayı, ilaçların etkileri hakkındaki bilgileri içerir. Psikoeğitsel grup uygulaması gibi sistematik, ekip çalışmasına dayalı yapılandırılmış aktiviteler, hastaneden çıkış sonrası hastanın ayaktan tedaviyi sürdürmesi ve motivasyonu açısından önemlidir (Duman ve ark., 2006).

Psikoeğitimin üç temel ögesi vardır. Bunlar; terapötik etkileşim, açıklık getirme ve baş etme becerisinin geliştirilmesidir. Terapötik etkileşim; bireyin öznel görüşlerine saygıyı ve tıbbi bilgiyi içeren bir ilişki kurmayı içerir. Açıklık getirme; içgörü kazanımı, hastalık ve gerekli tedavi yöntemleri ilgili karmaşık konuların etkileşimsel bir tarzda profesyonelce basitleştirilerek açıklanmasıdır. Baş etme becerisinin geliştirilmesi; eksikliklere değil kaynaklara odaklanarak bireyin hastalığıyla ilgili bilgi sahibi olarak hastalığına karşı uzmanlaşması, krizin en üst düzeyde yönetilmesi, yaşam planının değiştirilmesi, ailenin koruyucu etkisinin güçlendirilmesi ile baş etme becerilerinin geliştirilmeye çalışılmasıdır (Swaminath, 2009).

Psikiyatri hemşireleri aldıkları eğitim nedeniyle, bireyin ve ailenin psikososyal bakım gereksinimlerini belirleme ve psikoeğitimsel müdahaleleri planlama ve uygulamada önemli bir konuma sahiptirler. Günümüzde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının önemi artmakta ve bu doğrultuda hemşirelerin bağımsız fonksiyonları arasında yer alan ve kanıta dayalı uygulama olan psikoeğitimin uygulanması, tartışılması ve yaygınlaştırılması gittikçe önem kazanmaktadır. Ayrıca hemşireliğin felsefesini oluşturan anlayışlardan biri biyopsikososyal bütünlük içinde hastanın ve ailesinin optimal fonksiyon görmesine yardım etmektir. Hemşireler bu amacı psikoeğitim yoluyla gerçekleştirebilirler (Şengün ve ark, 2011).

Psikoeğitim özellikle ilaç tedavisiyle birlikte kullanıldığında, depresyonu olan hastalar için Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü rehberleri tedavi protokolünde

ilk adım olarak etkinliğini göstermiştir (NICE, 2009). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 2010'da yayınladığı "Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber" de güvenli olarak değerlendirilen öneriler aşağıda sıralanmıştır:

-Majör depresif bozukluğun belirtileri ve tedavisi hakkındaki eğitim hastanın kolayca anlayabileceği dilde sağlanmalıdır.

-Hastanın izni ile aile üyeleri ve hastanın günlük yaşamında yer alan diğer bireyler de; hastalık, işleyiş üzerindeki etkileri (aile ve diğer kişilerarası ilişkiler dahil) ve tedavisini konu alan eğitimden yararlanabilir.

-Antidepresanlar hakkındaki ortak yanlış anlamalar (örneğin, bağımlılık yaptığı) açıklığa kavuşturulmalıdır.

-Ayrıca, major depresif bozukluk hakkındaki eğitim tedavinin tüm süreci, relaps riski, tekrarlayan semptomların erken tanınması ve komplikasyon riski ya da majör depresyon epizotunun ilerlemesini azaltmak için mümkün olduğunca erken olası tedavi ihtiyacı ele alınmalıdır.

Hastalara yoksunluk belirtileri veya belirtilerin tekrarlanması riskini en aza indirmek için, antidepresanları hızlıca kesmek yerine dozlarını azaltarak kesilmesi gerektiği anlatılmalıdır. Hasta eğitimi aynı zamanda egzersiz, iyi bir uyku hijyeni, iyi beslenme, sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanımının azaltılması gibi sağlıklı davranışların genel tanıtımını içerir. Kitaplar, broşürler ve güvenilir web siteleri gibi eğitim araçları yüz yüze verilen eğitimi güçlendirir (APA, 2010).

Lewinsohn ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Depresyon ile Başa Çıkma Kursu-DBÇK psikoeğitimsel bir grup programı olup yaygın unipolar depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Dalgard ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir randomize kontrollü çalışmada unipolar depresyonu olan hastalarda DBÇK uygulanmıştır. Uygulamayı hemşireler yürütmüştür. Sekiz haftalık oturum ve üç destekleyici oturum şeklinde planlanmıştır. Uygulamanın, terapi olmadığı ve pozitif düşünce, hoş aktiviteler, sosyal beceriler ve sosyal destek açısından destekleyici olmayı amaçlayan bir eğitim olduğu vurgulanmıştır. Ev ödevleri kursun önemli bir parçasıdır. Sonuç olarak, çalışma ile unipolar depresyon tedavisinde bu programın etkili olduğu ortaya konulmuş ve modelin birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı

sıra psikiyatri klinikleri için de uygun olduğu belirtilmiştir. Casañas ve arkadaşları (2012) hafif ve orta düzey depresyonu olan 232 hastayla yaptıkları çalışmalarında DBÇP programını kullanmışlardır. Program oturumları iki hemşire tarafından yürütülmüş olup 12 haftada tamamlanmış ve her bir oturum 1.5 saat sürmüştür. Beck Depresyon Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak sonuçlar değerlendirilmiş, ön test ve son test yapılmıştır. Psikoeğitimsel girişimin hafif ve orta düzeydeki depresyon semptomlarını azalttığı belirtilmiştir. Bir başka çalışmada bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı geliştirilen 16 oturumluk bir psikoeğitim programı kadınların öz saygı ve yaşam doyumunu artırmada etkili olmuştur (Pehlivan, 2016).

Bireysel ve grup psikoeğitiminin karşılaştırıldığı bir çalışmada; grup psikoeğitime katılım oranı %48.5 iken, bireysel psikoeğitime katılım oranı %86.5 olmuştur. Çalışmadan ayrılan birey sayısı grup psikoeğitiminde daha fazla olmuştur. Psikoeğitimin bireysel olarak uygulanması çalışmanın etkililiğini arttıran bir faktördür (Çakır ve Camuz Gümüş, 2015). Depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntılar için planlanan çalışmaları inceleyen bir meta-analiz çalışmasında bireysel psikoeğitimin grup psikoeğitime göre daha çok tercih edildiği belirtilmiştir (Donker ve ark., 2009).

2.5. Kavramsal Çerçeve

2.5.1. Neuman Sistemler Modeli ve Depresyon

Hemşirelik modelleri bir hemşire olarak neye odaklanılacağını ve bakış açısını belirler. Hemşirelikteki kavramsal modellerin değeri, hemşireliğe sorunları ele almada bir bakış açısı sağlamalarıdır. Hemşirelik mesleği böylece hemşirelik disiplinine özgü sorun çözebilir ve eşsiz katkısını ortaya koyabilir. Bu nedenle hemşirelikte model kullanımı önemlidir (Gigliotti, 2008). Neuman'ın Sistemler Modeli bütüncül yaklaşımı yönüyle depresyona yönelik hemşirelik bakımı için uygun bir modeldir.

Neuman, Sistemler Modelini Gestalt'ın teorisini, Chard'in ve Bernard Marx'ın felsefi bakış açısını ve Hans Selye'nin teorisini temel alarak kavramsallaştırmıştır (Haris ve ark., 1989; Neuman, 1995). Modelde,

-Hastaya bir sistem gibi çok boyutlu ve bütüncül yaklaşım vardır.

-Hasta sisteminde fizyolojik, psikososyal, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel olarak beş farklı alan üzerinde durmaktadır.

-Hasta ve çevre birbirini pozitif ya da negatif etkilemektedir (Fawcett, 2005).

Neuman'ın modelinde insan kavramı, hasta/hasta sistemi, değişkenlerin etkileşimi, temel yapı, esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve direnç hattı ile ifade edilmektedir. Hasta/hasta sistemi kavramının birey, aile, toplum ve sosyal konular olmak üzere dört boyutu vardır. Değişkenlerin etkileşimi kavramı ise fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spritual olarak beş boyutu içermektedir. Temel yapı, esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve direnç hattı ise tek kavram olarak ele alınmaktadır (Fawcett, 2005).

2.5.2. İnsan:

Neuman Sistemler Modeli'nde birey; aile, grup ya da toplum olarak ele alınabilir. Modelde odak nokta bütüncül olarak ele alınan fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spritüel değişkenlerden oluşan bir bütün olan insandır (Fawcett, 2005). İnsan evren ile sürekli etkileşim halinde, kendisini oluşturan tüm parçalar ile sürekli değişim içinde, soyut düşünme yeteneğine sahip parçaların bütününden daha büyük bir varlıktır (Alligood ve Tomey, 2006).

2.5.3. Hasta / Hasta Sistemi:

Neuman Sistemler Modeli'nde hasta sistemi birey, aile, grup, toplum ya da sosyal bir konu olabilmekte ve hizmet alan dinamik organize bir sistem olarak ele alınmaktadır. Model, hastanın strese reaksiyonuna temellenmiş, hastanın dengesini korumayı sürdürme amacındadır. Hasta açık bir sistemdir. Uyumu ve dengeyi sağlayabilmek için iç ve dış çevre ile sürekli etkileşim halindedir (McEwen ve Wills, 2007) (Şekil 2.1). Neuman hasta sistemini art arda gelen hatlarla çevrili temel yapı şeklinde belirtmektedir.

Temel Yapı: Bütün organizmaların içerdiği temel faktörler olup (normal vücut ısısı, genetik, ego yapısı vb) türlere özgü temel yaşamsal faktörlerden oluşmaktadır. Hasta bir birey olduğunda normal vücut ısısını koruma mekanizması, genetik özellikler, organların güçlü ve zayıf yönleri temel yapıyı oluşturmaktadır. Art arda gelen hatlar, savunmanın esnek ve normal hatları, direnç (rezistans) hatları, temel yapının bütünlüğüne yönelik herhangi bir saldırıya karşı koruyucu hat olarak işlev görmektedir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006). Bu hatların her biri

fizyolojik, psikolojik, sosyo kültürel, gelişimsel ve spritüel değişkenleri içerir. Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresöre yanıt verir. Stresöre yanıt veremediği durumda savunma hatları zarar görür. Böylece stresör sistemin dengesini bozar (Neuman, 2002).

Hasta fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spritual değişkenlerden oluşan bir bütündür. Bu beş değişkenin işlevi sistemin dengesine zamanında ulaşmak, sürdürmek ve korumaktır. Beş değişkenin kapsamı aşağıda verilmiştir;

Fizyolojik değişkenler; bireyin genetik potansiyeli, vücut yapısı ve işlevlerini içerir (Fawcett, 2005). Söz konusu depresyon olduğunda; zeka düzeyi, ailesel yatkınlık, kadın olmak, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar fizyolojik risk faktörlerini oluşturmaktadır (Swindle ve ark., 1998).

Psikolojik değişkenler; bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Kişiliği, çocukluğundaki ilişkilerin niteliği (örn., güvenli bağlanma sağlayıcı ana-baba ve akrabalarıyla sağlıklı ilişkiler), yüksek öz saygı düzeyi (Greenberg, 1999; Sadowski ve ark., 1999), bireyin güç durumlara bilişsel ve davranışsal tepkisi olarak tanımlanan başa çıkma yetisi de bireyin sağlıklı olmasında önemli bir etkidir. Duygusal gerilimin uygun bir şekilde sorun çözme stratejisine dönüştürülebilmesi durumunda bedensel ve psikolojik stres azalır, sorunu çözenin getirdiği bir kendine yeterli duygusuyla benlik gücü ve engellenmeye dayanma gücü artar (Karaca, 1996; Uehara, 1999). Aksi halde işlevsel olmayan bir başa çıkma biçimi olan duygusal temelli başa çıkma eğilimi artar. Depresyonlu bireylerin daha çok kaçınma, ilgiyi dağıtma, mucize bekleme, düşleme, kendini suçlama gibi duygu yönelimli başa çıkma yöntemlerine başvurdukları ileri sürülmektedir (Rohde ve ark., 1990; Ünal ve Özcan, 2000).

Sosyokültürel değişkenler; sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlar (Fawcett, 2005). Sosyokültürel değişkenler bakımından; depresyonun gelişiminde bireyin çevresiyle olan ilişkileri koruyucu ya da tehdit edici olabilir. Toplumsal destek bireyi depresyondan koruyan en önemli değişkenlerden biridir. Duygusal destek, araçsal yardım, bilgi desteği ve değer verme

gibi etkenler, bireyin toplumsal ağ geliştirme gücü, anlamlı ilişkiler kurma ve sürdürme yetisini yakından etkileyerek stresin etkisini azaltmaktadırlar (Paykel, 1994). Düşük sosyoekonomik durum (Bruce, 1991), eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı risk oluştururken (Swindle ve ark., 1998); sosyal becerileri, sağlıklı çevresel etkenler (örn., iyi okul, güvenli komşuluk, çocukları ve aileleri koruyan ve destekleyen yasalar, kurumlar) depresyondan koruyucu etkenleri oluşturmaktadır (Greenberg, 1999; Sadowski ve ark., 1999).

Gelişimsel değişkenler: yaşla ilgili olarak gelişimsel süreçleri işaret eder (Fawcett, 2005). Yaşın 18-44 arasında olması, işsiz ve bekâr olmak depresyon için risk faktörleridir (Bruce, 1991).

Spiritüel değişkenler: Yaşama amacı, bireyin yaşamında bulduğu anlam, sahip olduğu kişisel ve profesyonel değerlerdir (Fawcett, 2005). Dindarlık (Braam ve ark., 1999), bütünlük duygusuna sahip olma depresyondan koruyucu faktörler olabilmektedir.

Savunmanın Esnek Hattı: Bu hat tanımlanan hasta sisteminin en dış sınırını oluşturmaktadır. Neuman (2002) esnek savunma hattını hızla değişen ve stresörlere tampon olan durumsal değişken olarak tanımlamıştır. Bu hat hastanın normal denge durumunu koruyucu tampon görevini üstlenmiştir. Sistemi stresörlerden uzak tutarak, stresörlerin alıcı sistemi istila etmesini önler (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

Esnek savunma hattının gücü Neuman tarafından tanımlanan beş değişkenin etkileşimiyle oluşmaktadır. Esnek savunma hattı güçlü değilse ya da stresörler çok güçlü ise stresörlerin normal savunma hattına girişi söz konusu olur. NSM’de esnek savunma hattı ve direnç hattı benzer fakat farklı kavramlardır. Esnek savunma hattı hızla değişebilen, stresöre tampon görevi yapan durumsal değişken olarak tanımlanabilir. Direnç hattı ise zamanla kazanılmış bireyin strese yanıtının bir parçası haline gelmiştir (Gigliotti, 2001).

Savunmanın Normal Hattı: Neuman (2002) normal savunma hattını bireyin dinamik denge durumunun sürekliliği olarak tanımlar. Savunmanın normal hattı direnç hatlarının ardından gelen yapıdır. Hastanın normal ya da sürekli iyilik seviyesi stresle baş etme durumunda zamanla değişebilir. Çevresel stresörler ve hastanın daha

önceki davranışlarının sonucudur. Bu hat alıcının zaman içindeki durumunu ya da iyilik düzeyini temsil etmektedir. Sistem, savunmanın esnek hatları tarafından yeterince korunmadığında herhangi bir stresör savunmanın normal hatlarını geçerek hastada bir reaksiyon yaratabilmektedir. Normal savunma hattına giriş durumunda stresörlere ilk yanıt oluşur (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

Direnç (Rezistans) Hatları: Bu hatlar çevresel stresörler tarafından savunmanın normal hattını takiben harekete geçmektedir. Direnç hatları, hastanın temel yapısını ve savunmanın normal hattını destekleyen iç ve dış güç kaynakları ile sistem bütünlüğünü korumaktadır. Bu içsel faktörler enfeksiyona karşı bağışıklık yanıtı, kanamaya karşı pıhtılaşma, yasa karşı geliştirilen psikolojik yanıtı içermektedir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

Savunma ve Direnç Hatları: Hastayı dengede tutmak ya da alışık olduğu iyilik haline döndürmek için kullanılan savunma mekanizmasıdır. Yaşam biçimi, başa çıkma becerileri, hizmet alan beklentisi ve motivasyon; tüm savunma ve direnç hatlarının yapısında bulunmakta, dolayısıyla temel yapıyı korumaktadır. Direnç hattı bireyin zamanla öğrenmiş olduğu başa çıkma kaynağıdır. Bu başa çıkma stratejileri etkili ise temel yanıtın gelişmesi önlenebilir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

Temel Yanıt: Neuman (2002) temel yanıtta fizyolojik yapıda olan vücut ısısı değişiklikleri, organların zayıf ya da güçlü olması örneklerini vermiştir. Depresyon için hazırlayıcı faktör olabilen stresörler bireyin savunma hatları ile karşılaşır. Bu hatların yeteri kadar güçlü olmadığı durumlarda (fizyolojik, psikolojik, sosyo kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenlerle ilgili yetersizlikler) temel yapının olumsuz etkilenmesine ve bireyin depresyon yaşamasına neden olabilir. Depresyon tanısı alan bireylerde savunma hatlarının güçlendirilmesi yoluyla, stresörlere karşı güçlenmesi ve depresyonla başa çıkması sağlanabilir. Bu süreçte depresyonun temel yanıt olduğu düşünülmüştür. Bunun için NSM Araştırma Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. Eileen Gigliotti ile iletişim kurularak görüşü alınmıştır. Eileen Gigliotti depresyon kavramının temel yanıt olarak alınabileceğini belirtmiştir.

2.5.4. Çevre:

Çevre sistemi etkileyen ve ondan etkilenen tüm faktörler olarak kavramsallaştırılmış, oluşturulmuş çevreyi de içeren, sistem için uygun olan yaşayan bir alandır (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006). Çevresel stresörler kişi içi, kişilerarası ve kişi dışı stresörler olmak üzere sınıflandırılmıştır. Çevre hem iç hem dış stresörler ve direnç faktörlerini içerir. Stresörler aslında nötrdür, hasta bunları yararlı ya da zararlı olarak yorumlar (Fawcett, 2005).

Çevre kavramı, iç çevre, dış çevre, oluşturulmuş çevre ve stresörler ile temsil edilmektedir.

İç Çevre: Modelde iç çevre, kişinin içindeki faktörlerle ve stresörlerle ilişkilidir (Fawcett, 2005).

Dış Çevre: Modelde dış çevre, kişilerarası ya da kişinin dışındaki faktörlerle ve stresörlerle ilişkilidir (Fawcett, 2005).

Oluşturulmuş Çevre: Hem iç hem de dış çevre ile enerji değişimini temsil eder. Hasta tarafından farkında olmadan geliştirilir. Oluşturulmuş çevre, görünmeyen, farkında olunmayan bilgilere dayanır. Ayrıca öz saygıyı, inançlar, enerji değişimleri, sistem değişkenleri ve yatkınlığı içerir (Fawcett, 2005).

Stresör kişinin uyumunda bir bozukluk ya da dengesizlik yaratma potansiyeline sahiptir. Savunma düzenekleri burada rol oynar. Birçok stresör evrenseldir. Stresör kavramının ise üç boyutu vardır; kişinin içindeki, kişilerarası ve kişinin dışındaki stresörler (Fawcett, 2005).

Stresörler: Neuman sistemin denge durumunu bozan, iç ve dış çevresel sınırlarında gerilim yaratan faktörleri stresör olarak adlandırmıştır. Stresörün etkisi sistem için olumlu ya da olumsuz yönde sonuçlanabilir. Bu durum hizmet alanın beklentisi, stresörlerin etkisini çözümüleme becerisine dayanmaktadır. Neuman stresörlerin kendilerinin nötr olduğunu; hizmet alanın stresörlerden beklentisi ve beklenilmeyen anda karşılaşma sonucunun yararlı ya da zararlı olduğunu belirtmektedir. Neuman çevresel stresörleri kişiye özgü, kişilerarası ve kişi dışı faktörler biçiminde sınıflandırmıştır.

- Kişiye özgü stresörler, hizmet alan sınırları içinde bulunan içsel çevre faktörleridir (oto immün yanıt gibi). İç dönlük-dışa dönlük, A tipi kişilik, iç-dış kontrol odağı, öğrenilmiş çaresizlik gibi çeşitli değişkenlerin depresyon gelişiminde rolü olabilir (Tuğrul, 2000).

- Kişilerarası stresörler, hizmet alan sınırı dışında ancak yakında bulunan dışsal çevre faktörleridir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006). Tuğrul (2000)'un aktardığına göre çocuk ve ergenler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda üvey anne-babanın varlığı, tek ebeveynli olma, anne babanın boşanması, ailede ölüm, ağır hastalık, ekonomik güçlük gibi spesifik yaşam durumları ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Alkol sorunu yaşanan aile ortamı, sözel ve fiziksel istismar, anne-baba arasında uyumsuzluk, iş yaşamında ve ikili ilişkilerde sorunlar gibi kronik stres yaratan durumlarda, yetişkinlerde depresyon görülme oranı daha yüksektir.
- Kişi dışı stresörler, hizmet alan sınırı dışında ve uzakta bulunan sosyal politikalar, finansal konular gibi dışsal çevre faktörleridir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006). Düşük sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan bireylerde depresyon görülme oranı daha fazladır (Tuğrul, 2000).

Hasta, sağlığını sürdürmek ve sistem olarak dengede kalmak için iç ve dış stresörlerle başarılı bir şekilde baş etmeye çalışır (Fawcett, 2005). Stresli yaşam olaylarına maruz kalma ile depresyonun başlaması arasında tutarlı bir ilişki bulunmaktadır. Şiddetli yaşam olaylarının şiddetli olmayanlara göre majör depresyondaki rolünün daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çoğu depresif hasta, depresyonun başlamasından kısa bir süre önce stresli yaşam deneyimi yaşarken, her stresli yaşam olayının da insanda depresyon ortaya çıkarmadığı görülmektedir. Erken çocukluk döneminde yaşanan olumsuz yaşam deneyimlerinin erişkin yaşamda depresyon gelişme riskini artırdığı bilinmektedir. Hatta anne karnında iken bebeğin beyin gelişimi, annenin yaşadığı stres ve hipotalamo-pituiteradrenal (HPA) eksen hiperaktivitesi yoluyla depresyona yatkınlık oluşabileceği de öne sürülmektedir (Kelsoe, 2005; Cumurcu ve Gül, 2012).

2.5.5. Sağlık:

Neuman sağlığı, en yüksek düzeydeki enerji ile optimum iyilik durumundan, toplam enerjinin tükenmesini temsil eden ölüm durumuna kadar değişiklik gösteren iyilik derecesi olarak tanımlamaktadır. Sağlığı geliştirme aktiviteleri bu nedenle, hizmet alanın enerji düzeylerinin korunması ve ilerlemesini amaçlamıştır (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

Depresyon açısından bireyin esnek savunma hatları güçlüyse ve yaşamındaki stresörlerle baş edebiliyorsa sağlıklıdır. Birey bu stresörlerle baş edemediğinde

normal savunma hatları kırılır. Bu durumda direnç hatları güçlendirilmediğinde ve gerekli desteği alamadığında depresyon yaşayabilir.

2.5.6.Hemşirelik:

Neuman'a göre hemşirelik, bireylerin stresörlere tepkisini etkileyen tüm değişkenlerle ilişkili olan tek meslektir. Hemşire birincil, ikincil ve üçüncül korumalarla stresöre olan yanıtı düzenler ve kontrol eder. Hemşireliğin birincil hedefi tüm bireyin, yani sistemin dengede olmasıdır (Neuman, 1989). Bu model bir çok hemşirelik alanında kullanılmakla birlikte psikiyatri hemşireliği uygulamalarında ve bilişsel bozuklukların ele alınmasında da kullanılmıştır (Clark, 1982; Chiverton ve ark., 1995).

Koruma Düzeyleri: Modelin temeli birey ya da toplumun strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle müdahale etmesidir (Neuman, 2002). İyilik halinde kalmak için birincil koruma yapılır. Birincil korumada tepki meydana gelmeden koruma sağlamak temeldir. Birincil koruma/önlem, bir stres faktöründen şüphe duyulduğu ya da bir stres faktörü tanımlandığı anda başlar. Birincil korumanın amacı stres faktörünün normal savunma hattını geçmesini önlemek veya stres faktörleriyle karşılaşma olasılığını azaltarak ve savunma hattını güçlendirerek tepkinin düzeyini hafifletmektir.

Birincil Koruma Düzeyi: İyilik halinin yüksek düzeyde tutulması anlamı taşımaktadır. Diğer bir deyişle, sistemin iyilik düzeyini korumak için savunmanın esnek hattı güçlendirilmektedir. Amaç, stresin önlenmesi, risk faktörlerinin azaltılması ve çeşitli sağlığı geliştirme stratejileri ile iyilik halini geliştirmektir. Birincil koruma düzeyi için planlanan girişimler gerçekleştirilmediği veya başarısızlığa uğrandığında reaksiyon oluşmaktadır (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006). Neuman'a göre hemşire, stresörlere karşılaşma veya bir tepki olasılığını azaltmak için bireyin esnek savunma hattını güçlendirmeye çalışır (Neuman, 1989).

Birinci basamakta hemşire depresyonu önlemek veya sıklığını azaltmak, sağlıklı bir yaşam sürdürmek için bireylere ve ailelere yardım için kilit pozisyonlarda bulunmaktadır. Hasta eğitimi bireylere, sağlık durumu, besin alımı, madde kötüye kullanımı, egzersiz ve aile öyküsü gibi biyolojik değişkenler ile ilgili bilgi ve danışmanlık sağlar. Bireysel ve ailesel gelişimsel krizler, ruh hali üzerindeki çevresel

ve iklimsel etkiler, destek sistemleri ve başa çıkma stratejilerinin önemine ilişkin ileriye yönelik rehberlik depresyon olasılığını azaltabilir. Hastalara depresyon belirtilerini öğretmek ve onlarla yardım istemekten çekinmeyecekleri güvene dayalı bir ilişki geliştirmek de önemlidir (Hassell, 1996).

İkincil Koruma Düzeyi: Direnç hatları güçlendirilerek temel yapının korunması amaçlanmaktadır. Amaç, sistemin denge durumuna ulaşması için semptomların uygun tedavisini sağlamaktır. Sistemde bulunan iç ve dış güçlerin maksimum kullanımı ile direnç hatları güçlendirilerek sistem dengesi sağlanmakta ve böylece reaksiyon azaltılmaktadır. Tedaviyi takiben, ikincil koruma girişimleri ile sistemin yeniden yapılanması başarısız olmuşsa, ölüm görülmektedir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

İkincil önleme akut belirtileri tarama ve tedaviyi içerir. Bu ilaçla tedavi, psikoterapi, ilaç ve psikoterapi ya da ilaç tedavisi ve psikoterapiye ek olarak çevresel, beslenme ve egzersiz bileşenlerini içerebilir (Hassell, 1996). Psikoterapide hemşirelik girişim teknikleri veya belirli teknikler, benliğin terapötik kullanımı, duyguları ifade etmeyi kolaylaştırma, öz saygı düzeyinin yükseltilmesi, bilişsel yeniden yapılanma, fiziksel aktiviteyi artırma ve madde kötüye kullanımını azaltma gibi yaşam tarzı değişiklikleri yapmak için işbirliğini içerir (Haber ve ark.,1992).

Üçüncül Koruma Düzeyi: Tedaviyi takiben bir dereceye kadar sistem dengesinin oluşması ile başlamakta, sistemin yeniden yapılandırılması, iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesini amaçlamaktadır. Bu evredeki yeniden yapılandırmanın başarısı sistemin başka stresör reaksiyonundan korunmasına bağlıdır (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006).

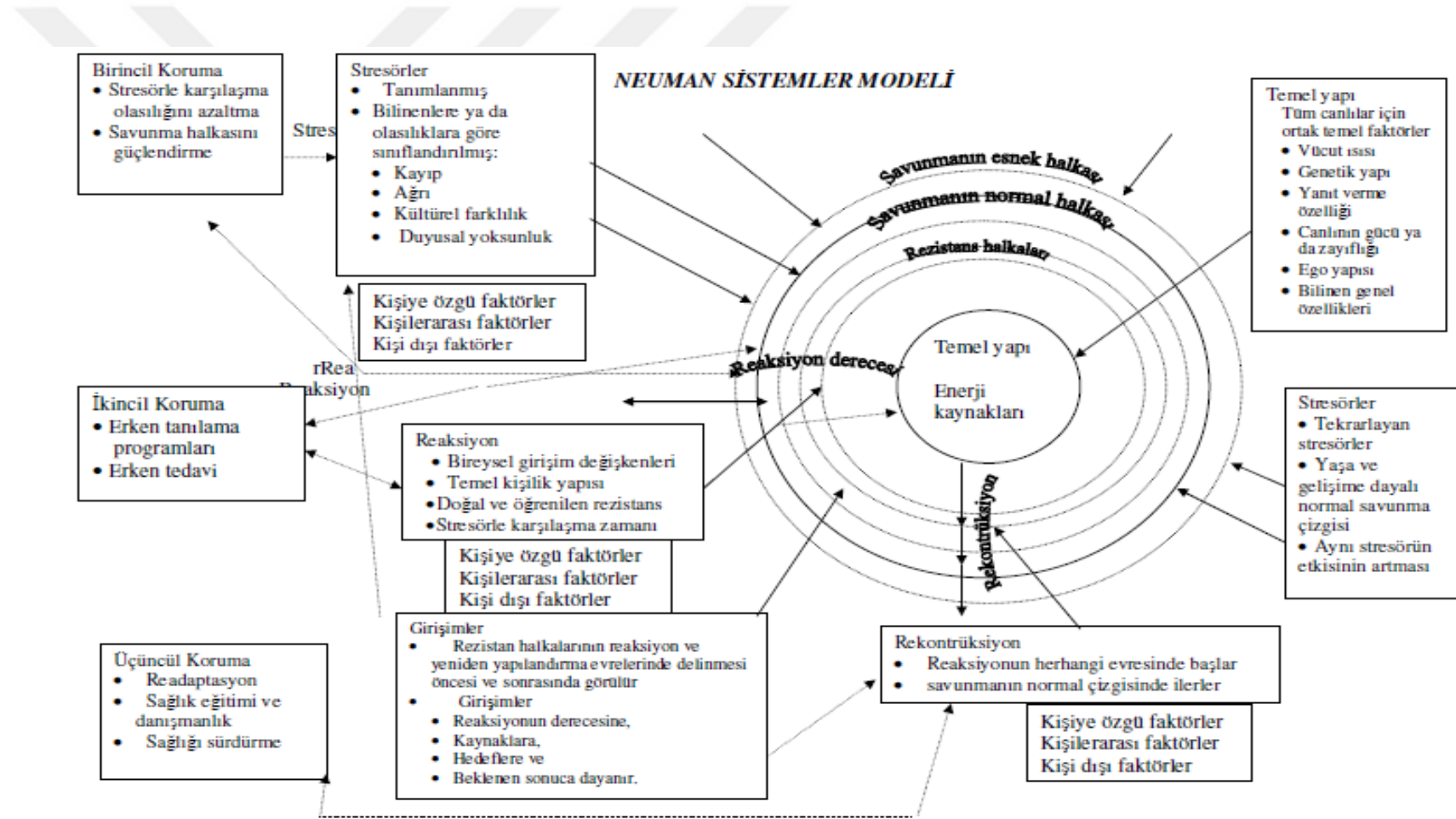
Üçüncül koruma düzeyinde; hastaların tekrarlayan depresyon semptomları ve erken tedavinin önemi konusunda eğitilmiş olması gerekir. Depresyonun tedavisi ve ciddiyeti açısından hastaları izlemek ve ilaçla tedavi edilen akut depresyonlarda ilaç uyumu ve komplikasyonlar yönünden hastalara eğitim vermek gerekir (Demirkıran ve Terakye, 2001; Sun ve ark., 2011).

Bu çalışmada Neuman'ın şu aksiyomu çalışılmıştır (Neuman, 2002) :

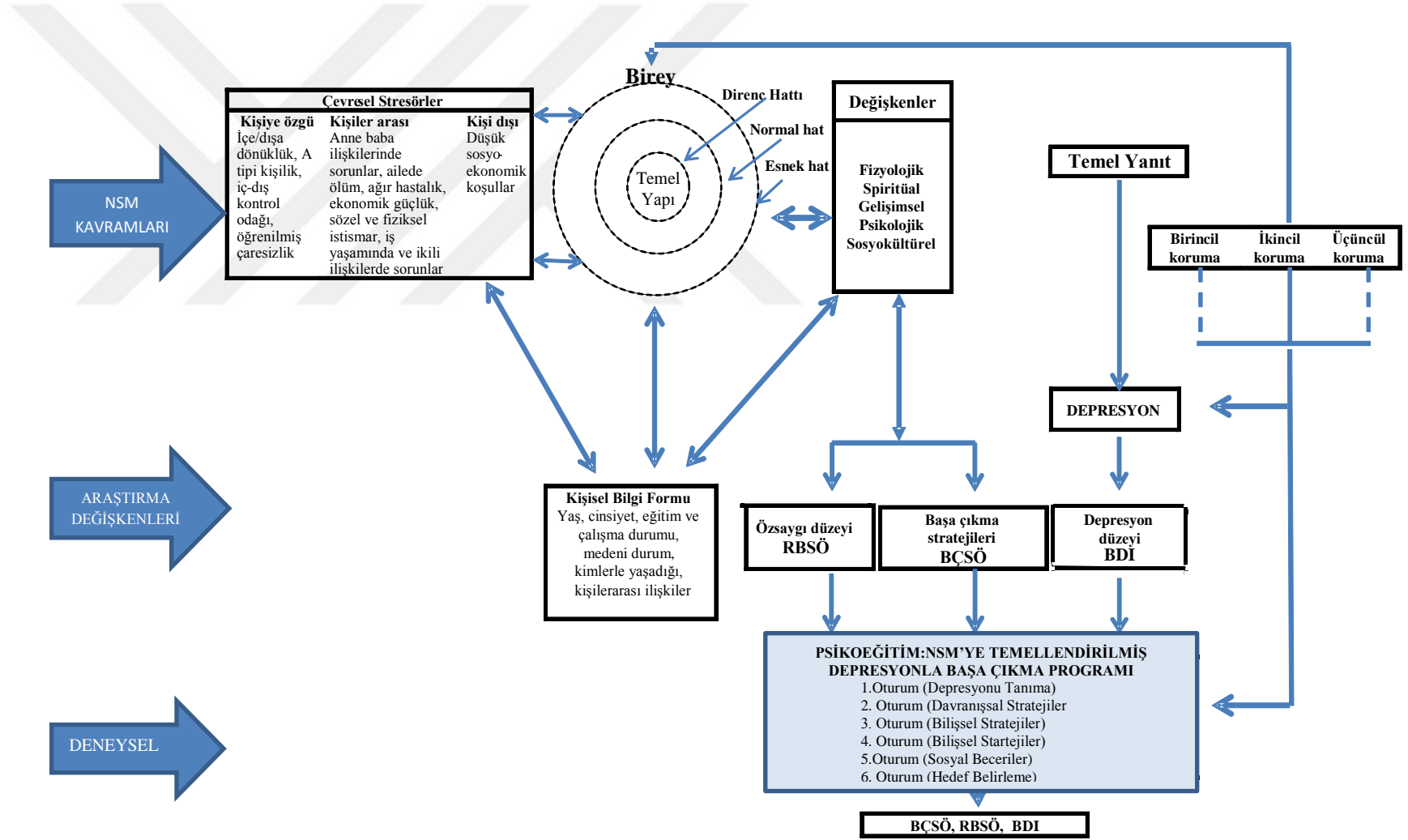
“Esnek savunma hattı, normal savunma hattını, direnç hattı temel yapıyı korur. Direnç hatlarının etkililiği sistemin yeniden kazanmasına; etkisizliği ise sistemin ölümüne neden olur”

Çalışma sonucunda; DBÇP uygulanan girişim grubunda öz saygı düzeyinin yükselmesi, işlevsel başa çıkma stratejilerinin kullanımının artması ile direnç hatlarının yapısında bulunan değişkenlerin güçlendirilmesi ile hatların etkililiği artırılması ve sistemin yeniden kazanması (temel yanıt olan depresyon düzeyinde azalma) amaçlanmıştır. Bu yönüyle planlanan psikoeğitim birincil, ikincil ve üçüncül koruma kapsamına girmektedir.





Şekil 2.1. Neuman Sistemler Modeli (Neuman, 2002).



Şekil 2.2. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma ön test- son test- izlem düzeninde tek körlü randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın deseni Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Deseni

Grup/ Zaman	Ön test	İşlem	Son test	İzlem test
Girişim	KBF, BDÖ, RÖSÖ, BÇSÖ	Psikoeğitim: Depresyonla Başa Çıkma Programı	BDÖ, RÖSÖ, BÇSÖ	BDÖ, RÖSÖ, BÇSÖ
Kontrol	KBF, BDÖ, RÖSÖ, BÇSÖ	---	BDÖ, RÖSÖ, BÇSÖ	BDÖ, RÖSÖ, BÇSÖ

KBF: Kişisel Bilgi Formu
BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği
RÖSÖ: Rosenberg Öz Saygı Ölçeği
BÇSÖ: Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, Aralık 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya Aralık 2015 tarihinde başlanmıştır ve örneklem sayısına ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Araştırmanın girişim aşaması Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Eğitim Odasında yapılmıştır. Hastanede üç adet yetişkin psikiyatri polikliniği ve bir adet çocuk psikiyatrisi polikliniği hizmet vermektedir. Polikliniklerde iki öğretim üyesi, üç psikiyatri uzmanı, bir asistan hekim ve hastane bünyesinde dört psikolog görev yapmaktadır. Yetişkin psikiyatri poliklinikleri genel poliklinik olup herhangi bir hastalığa özgü ayrışmamıştır. Hekimlerin iş yüküne göre bazen üç, bazen iki poliklinik hizmet vermektedir. Üç yetişkin psikiyatri polikliniğine ayda ortalama 2700 hasta başvurmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran ve hekim tarafından değerlendirilip depresyon tanısı alan ve ayaktan izlenen hastalar oluşturmuştur. Beck Depresyon Ölçeğinden 10 ve 30 arasında puan alan hafif ve orta düzey depresyon yaşayan bireyler araştırmaya alınmıştır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında 0.80 etki büyüklüğü (*Cohen's d*) (Allart-van Dam ve ark., 2003), 0.80 güç ve 0.05 tip 1 hata payı alınmış ve örneklem büyüklüğü toplam 52 olarak hesaplanmıştır (<http://www.danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=47>). Buna göre örneklem grubu araştırmadan ayrılmaların olabileceği göz önünde bulundurularak, 36 girişim ve 36 kontrol olmak üzere toplam 72 katılımcı olarak belirlenmiştir.

Örnekleme alınan bireyler randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubuna atanmıştır. Çalışmaya 01.02.2016 tarihinde başlanarak, alınma kriterlerine uygun ilk katılımcı girişim grubuna ve ikinci katılımcı kontrol grubuna olacak şekilde ardışık olarak atanmıştır. Aynı zamanda girişim grubundaki katılımcılara psikoeğitim uygulamasına başlanmıştır. Girişim grubuna yapılan psikoeğitim, katılımcılara bireysel olarak uygulanmıştır. Belirlenen 72 katılımcıya ulaşana kadar devam edilerek 20.04.2016 tarihinde son katılımcı ile görüşülerek uygulama sona ermiştir. Bu süreçte 87 katılımcı değerlendirilmiştir. 15 katılımcı (yaş, depresyona ek psikiyatrik tanısının olması, depresyon düzeyinin yüksek olması, katılmak istememe) kriterlere uymadığı için çalışmaya alınmamıştır. Kontrol grubundan altı katılımcı (çalışmadan ayrılmak isteme, il dışında olma) ve girişim grubundan dört katılımcı (psikoeğitim oturumlarını tamamlamama) çalışmadan ayrılmış ve 62 katılımcı (32 girişim ve 30 kontrol) son-test verilerini tamamlamıştır (Şekil 3.1). İzlem verileri son oturumdan 2 ay sonra toplanmaya başlanmış ve kontrol grubundan 11 (il dışında olma, çalışmadan ayrılmak isteme, bireye ulaşılamama) katılımcı ve girişim grubundan sekiz (çalışmadan ayrılmak isteme, bireye ulaşılamama) katılımcıdan veri toplanamamıştır. Bu araştırmanın örneklemine; 19 kontrol grubu ve 24 girişim grubu olmak üzere toplam 43 depresyon tanısı alan katılımcı oluşturmaktadır ve istatistiksel analizler bu bireylerden toplanan veriler üzerinden yapılmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Katılımcının;

- Psikiyatri polikliniğinde depresyon tanısı alması ve ilaçla tedaviye polikliniğe geldiği (tanı aldığı) gün başlaması
- Beck Depresyon Ölçeğinden (BDI) ≥ 10 ve < 30 puan alması (hafif ve orta düzey depresyon)
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi

- 18 yaş üstünde olması
- En az ortaokul mezunu olması/sekiz yıl eğitim alması
- Adıyaman il sınırları içinde ikamet etmesi

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Katılımcının;

- Araştırmaya katılmak istememesi
- Başka bir ruhsal bozukluğunun (şizofreni, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluklar vb.) ya da akut ya da terminal dönem bedensel bir hastalığının olması
- Tedavi amaçlı başka bir eğitim, terapi alması
- Herhangi bir iletişim engelinin (anlama, kavrama vb.) olması

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Katılımcının;

- Araştırmadan kendi isteği ile ayrılması
- Psikoeğitim oturumlarını tamamlamaması
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında ölçüm araçlarını doldurmaması (il dışında olma, ulaşılamama gibi nedenlerle)
- Bir sonraki oturuma bir ay içerisinde katılmaması

3.4. Örneklem Yöntemi

Araştırmada örneklem alınacak katılımcıların randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol gruplarına ardışık ayrılması, girişim grubundaki katılımcıların, etkinliği incelenecek olan psikoeğitim dışındaki öngörülen ya da öngörülmeyen tüm faktörler açısından benzer özelliklerini sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Polikliniğe başvurarak depresyon tanısı alan ve ilaç tedavisine o gün yeni başlayan bireyler, (muayene ederek depresyon tanısını koyan) psikiyatri uzmanları tarafından poliklinik sekreterine yönlendirilmiştir. Poliklinik sekreteri ile işbirliği yapılarak her birey için en az bir saat süre ayrılacak şekilde kabul edilmesi sağlanmıştır. Günde ortalama dört-beş hasta ile görüşülebilmektedir. Zaman kısıtlılığı nedeniyle görüşülemeyen hastalar poliklinik sekreteri tarafından uygun gün ve saate randevu verilmek sureti ile çalışmaya dâhil edilmiştir. Uygun gün ve saat için oluşturulan

çizelge poliklinik sekreterine verilmiş ve sürekli iletişim halinde olunmuştur. Randomizasyon: Çalışmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini karşılayan bireyler bir girişim grubuna bir kontrol grubuna... olacak şekilde ardışık olarak sırayla atanmıştır. Araştırmacı katılımcıların geliş sırası ve atandıkları grubun bulunduğu bir liste oluşturmuştur. İlk katılımcı girişim grubuna atanarak başlanmış ve ardından ikinci katılımcı kontrol grubuna, üçüncü katılımcı girişim grubuna, dördüncü katılımcı kontrol grubuna... şeklinde devam edilmiştir. Araştırmaya katılanlara hangi grupta yer alacakları önceden söylenmeyerek tek yönlü körleme sağlanmıştır. İlk katılımcının girişim grubuna atanmasıyla bu gruptaki katılımcılara bireysel psikoeğitim uygulamasına başlanmıştır. Katılımcı sayıları her iki grup için 36'ya ulaşana kadar çalışmaya devam edilmiştir (Şekil 3.1). Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grubunda yer alan katılımcılar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler açısından eşleştirilmiş ve gruplar arasında girişim öncesinde fark olmadığı belirlenmiştir. İki grubun tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.2 ve Tablo 3.3'de verilmiştir.

Aşağıda girişim öncesi girişim ve kontrol grubundaki bireylerin yaş, eğitim süresi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Depresyon, Öz Saygı Düzeylerini ve Başa Çıkma Stratejilerini Etkileyebilecek Diğer Değişkenlerin Gruplara Göre Dağılımı

Özellikler	Girişim n:36		Kontrol n:36		Toplam n:72		U	χ^2 / Z	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	S	%			
Yaş	26.16±1.24	28.03±1.54	27.23±8.31	596.500	-0.582	0.561			
Eğitim süresi (yıl)	12.31±2.60	12.93±2.69	11.65±2.72	530.500	-1.351	0.171			
	S	%	S	%	S	%			
Cinsiyet									
Kadın	32	88.9	29	80.6	61	84.7		2.373	0.499
Erkek	4	11.1	7	19.4	11	15.3			
Medeni durum									
Evli	11	30.6	14	38.9	25	34.7		0.569	0.752
Bekâr	23	63.9	20	55.6	43	59.7			
Diğer	2	5.6	2	5.6	4	5.6			
Çalışma durumu									
Çalışıyor	11	30.6	5	13.9	16	22.2		5.105	0.164
Çalışmıyor	21	69.4	31	86.1	49	77.8			
Yaşadıkları kişiler*									
Yalnız	0	0	1	2.8	1	1.4		2.373	0.499
Eş ve çocuklar	11	30.60	15	41.7	26	36.1			
Anne/baba/kardeşler	19	52.8	14	38.9	33	45.8			
Arkadaşlar	6	16.7	6	16.7	6	16.7			
Toplam	36	100	36	100	72	100			

*Akrabalarıyla yaşayan olmadığı için değerlendirilmeye alınmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları 18-49 yaş arasında dağılım göstermiştir. Girişim grubunun yaş ortalaması 26.17±7.43, kontrol grubunun ise 28.08±9.32’dir. Eğitim durumları incelendiğinde, eğitim süresi 8-17 yıl arasında dağılım göstermektedir. Girişim grubunun eğitim süresi ortalaması 12.25±2.58, kontrol grubunun ise 11.28±2.60’dır. Girişim grubunun %88.9’u ve kontrol grubunun %80.6’sı kadın; girişim grubunun %69.5’i ve kontrol grubunun %61.2’i bekâr veya boşanmış/duldur. Çalışma durumları incelendiğinde; girişim grubunun %69.4’ü ve kontrol grubunun %86.1’i çalışmamaktadır. Girişim grubunun %52.8’i ve kontrol grubunun %38.9’u anne/baba/kardeşleriyle ve 41.7’si eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Yapılan analiz sonuçlarına göre depresyon, öz saygı düzeylerini ve başa çıkma stratejilerini etkileyen demografik değişkenlerin randomizasyon sonrası her iki grupta benzer dağılım gösterdiği ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05) (Tablo 3.2).

Aşağıda girişim öncesi girişim ve kontrol grubundaki bireylerin kişilerarası ilişkilerine göre dağılımları Tablo 3.3’de verilmiştir.

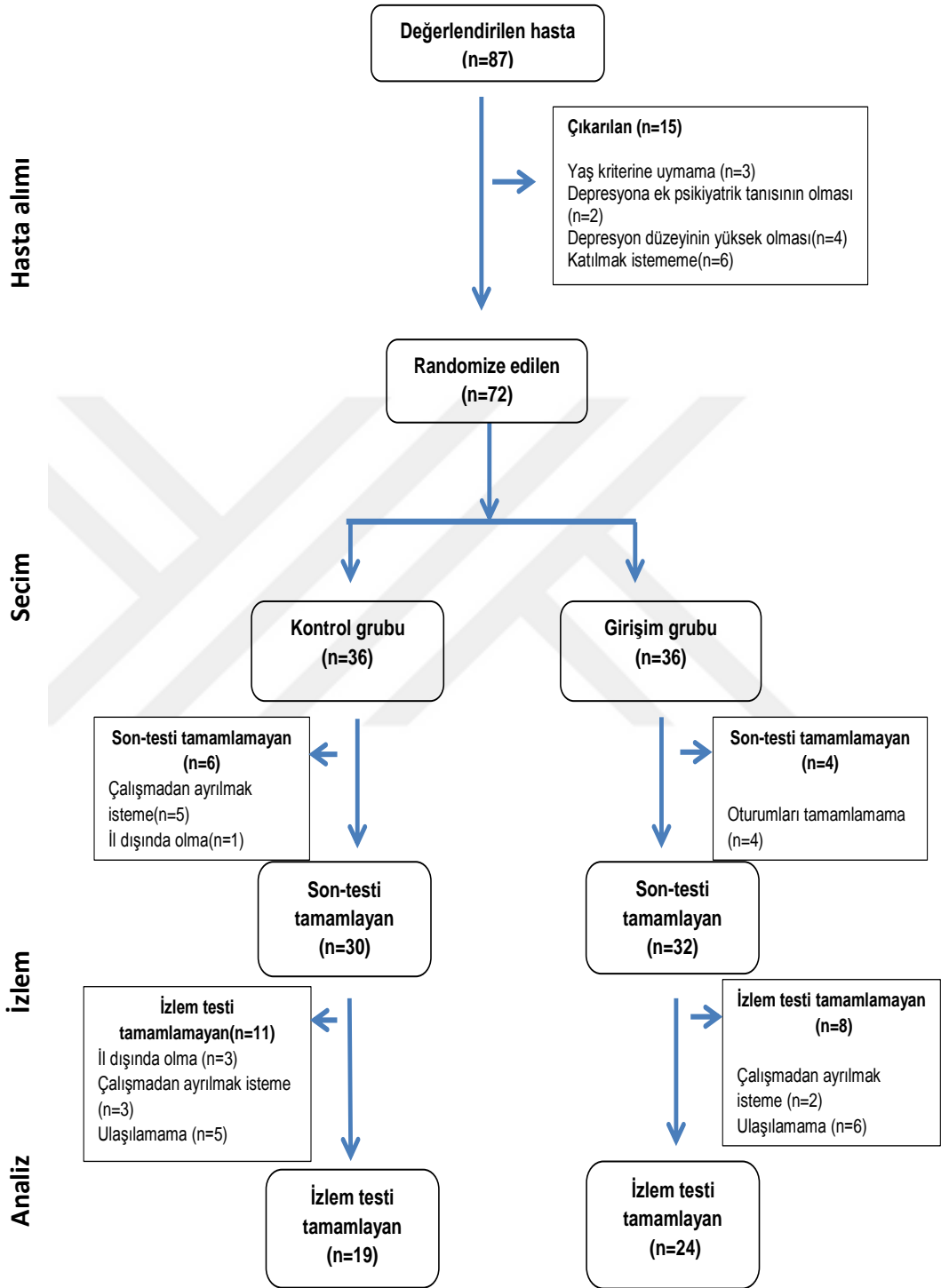
Tablo 3.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Kişilerarası İlişkilerine Göre Dağılımı

İlişki kurulan kişiler	Girişim Grubu n:36								Kontrol Grubu n:36								Toplam n:72								X ²	p
	Kötü		Orta		İyi		*		Kötü		Orta		İyi		*		Kötü		Orta		İyi		*			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
Aile	9	25	8	22.2	19	52.8	-	-	8	22.2	10	27.8	18	50	-	-	17	23.6	18	25	32	51.4	-	-	0.308	0.857
Eş ve çocuklar	6	16.7	1	2.8	6	16.7	23	63.9	5	13.9	8	22.2	3	8.3	20	55.6	11	15.3	9	12.5	9	12.5	43	59.7	6.745	0.080
Arkadaşlar	11	30.6	14	38.9	11	30.6	-	-	9	25	17	47.2	10	27.8	-	-	20	27.8	31	43.1	21	29.2	-	-	1.812	0.612

* Evli olmayan ve eşle ilgili değerlendirmeye katılmayan hastalar.

Girişim grubundaki hastaların %16.7’sinin eş ve çocuklarla arasındaki ilişki kötü, kontrol grubunun %22.2’sinin orta düzeydedir. Girişim grubunun %52.8’inin ve kontrol grubunun %50’sinin ailesi ile arasındaki ilişki iyi düzeydedir. Arkadaşlarla sosyal ilişki düzeyi incelendiğinde; girişim grubunun %38.9’unun ve kontrol grubunun %43.1’inin orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grubundaki hastaların kişilerarası ilişkiler açısından benzer dağılım gösterdiği, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 3.3).



Şekil 3.1. Araştırmanın Tasarımı (CONSORT Şeması)(Moher ve ark. 2001).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Depresyon düzeyi, öz saygı düzeyi, başa çıkma stratejileri düzeyi.

Bağımsız Değişkenler: Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, kişilerarası ilişkilerin durumu).

3.6. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, kişilerarası ilişkilerin durumu) belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (KBF), depresyon düzeyini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), öz saygı düzeyini belirlemek için Rosenberg'in Öz Saygı Ölçeği (RÖSÖ) ve başa çıkma stratejilerini belirlemek için Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (BÇSÖ) kullanılmıştır. Veriler girişim öncesi (ön test), girişim sonrası (son test-ön testten bir ay sonra) ve izlem (son testten iki ay sonra) olmak üzere üç aşamada (Casañas ve ark., 2012) toplanmıştır. Veriler, araştırmacı ve katılımcının formları birlikte doldurması sureti ile eğitim odasında toplanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek- 1): Literatüre dayanarak (Dalgard, 2006; Casañas ve ark., 2012) araştırmacı tarafından geliştirilen form katılımcı ile ilk karşılaşmada uygulanmıştır. Bireyin yaşı, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi gibi demografik bilgilerine ilişkin altı soru yer almaktadır.

3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory-BDI) (Ek-2): Ölçek, Beck ve arkadaşları (1961) tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun bedensel, duygusal, bilişsel belirtilerini ölçmek, depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmış ve her bir ölçek ifadesine 0-3 arasında puan verilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre değerlendirilmektedir. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-

63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve ölçeğin Türkçe formunun Cronbach's alfa katsayısı 0.74 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.86 bulunmuştur.

3.6.3. Rosenberg Öz Saygı Ölçeği (RÖSÖ)-(Self-Esteem Scale) (Ek-3): Ölçek Morris Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert türü (çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış) bir ölçektir. Ölçek hem ergenlere hem de yetişkinlere uygulanabilmektedir. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinden 1, 2, 4, 6 ve 7. ifadeler ters ifadelerdir. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre bireyler, 0 ile 6 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, öz saygı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir. 0-1 puan: Yüksek düzeyde öz saygı, 2-4 puan: Orta düzeyde öz saygı, 5-6 puan: Düşük düzeyde öz saygı olarak değerlendirilmiştir. RÖSÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik katsayısı 0.71 ve test tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak hesaplanan güvenilirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.67 olarak hesaplanmıştır.

3.6.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (Ek-4): Ölçek, Amirkhan (1990) tarafından geliştirilmiştir. Aysan (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanan, geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılan kendini değerlendirme envanteridir. Ölçek "Sorun Çözme", "Sosyal Destek Arama" ve "Kaçınma" olmak üzere üç alt boyuttan ve toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlarda 11'er madde bulunmakta ve alt ölçek toplam puanları 11-33 arasında değişebilmektedir. Ölçekte 1-hiç, 2-biraz, 3-çok olmak üzere üçlü likert tipi bir değerlendirme vardır. Alt ölçek toplam puanlarının yüksek olması, tanımlanan niteliğin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (Aysan, 1994). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur.

3.7. Neuman'nın Sistemler Modeline Temellendirilmiş DBÇP' nin Yapılandırılma Süreci

Psikoeğitim yoluyla uygulanan DBÇP üç aşamada yapılandırılmıştır:

a) Araştırmacının Hazırlığı

Araştırmacı programı yapılandırırken kavramsal çerçevede depresyon ve depresyon yaşayan bireye yaklaşım konusunda bireysel gelişimine katkıda bulunacak çeşitli bilimsel faaliyetlere ve kurslara katılmıştır (Ek-5).

b) Neuman'nın Sistemler Modeline Temellendirilmiş DBÇP Çalışma Kitabının Hazırlanması

Araştırmanın uygulamasında kullanılacak girişim programı, yapılandırılmış bir bireysel psikoeğitim şeklinde planlanmıştır. Program yapılandırılırken, Beck'in bilişsel modeline ait tekniklerden yararlanılmıştır. Bu amaçla İngilizce dilindeki şu programlar seçilip içerikleri Türkçeye çevrilerek yararlanılmıştır; Depresyonla Başa Çıkma Kursu: Unipolar Depresyon İçin Psikoeğitimsel Bir Program (The Coping with Depression Course: A Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression) (Lewinsohn ve ark., 1984), Primer Bakım Ortamlarında Depresif Gençler İçin Kollobratif Bakım, Bilişsel Davranışsal Program (Collaborative Care, Cognitive-Behavioral Program For Depressed Youth in A Primary Care Setting) (Clarke ve ark., 2002) ve Avustralya'da bulunan Centre For Clinical Interventions isimli merkezin depresyon tedavisinde kullandığı "Back from the Bluez" Programı (<http://www.cci.health.wa.gov.au>). Ayrıca oluşturulan programda hastalar için gerekli olduğu düşünülen bilgiler için Ertuğrul Köroğlu'nun Kendinize Yatırım Yapın Kitabı'ndan yararlanılmıştır (Köroğlu, 2009). Program yapılandırılırken oturum içerikleri ve oturumlarda etki etmesi beklenen NSM'nin değişkenleri belirlenmiştir.

Girişim grubundaki hastalara uygulanacak program dâhilinde hastaların oturum içeriklerini oturumlar öncesinde gözden geçirebilmeleri, oturum sonrasında tekrar edebilmeleri, oturumlarda verilen ev ödevlerini yapabilmeleri ve kendilerini değerlendirebilmeleri için program içeriğini kapsayan bir "Depresyonla Başa Çıkma Programı Çalışma Kitabı (Ek-6)" hazırlanmıştır.

Depresyonla Başa Çıkma Programı içeriği ve Çalışma Kitabı oluşturulduktan sonra depresyon tanılı bireylere ve kültüre uygunluğunu sağlamak amacıyla; dil açısından yabancı dil uzmanı ve kapsam geçerliği açısından psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilerek kültürel uyarlaması yapılmıştır. Ardından programın hedef ve kazanımları ve oturum içerikleri İngilizceye çevrilerek Centre For Clinical Interventions isimli merkeze uygunluk değerlendirilmesi için gönderilmiş ve olur alınmıştır (Ek-7).

c) Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş DBÇP Oturum İçeriklerinin ve Kavramsal Temellerinin Oluşturulması

Depresyonu doğru bir biçimde kavramsallaştırmak ve yaklaşımı değerlendirmek için NSM Araştırma Enstitüsü Başkanı Prof. Dr. Eileen Gigliotti ile yazılı iletişim kurularak görüşü alınmıştır. Eileen Gigliotti depresyon kavramının temel yanıt olarak alınabileceğini ve savunmanın normal hattı yerine direnç hattını güçlendirmenin doğru bir yaklaşım olacağını belirtmiştir (Ek-8). Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı içeriği ve kavramsal temelleri Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim üyesi olup Neuman Sistemler Modeli'ni kullanan ve psikoeğitim konusunda deneyimli üç uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda program içeriği ve kavramsal temellerine ilişkin düzenlemeler yapılarak programa son şekli verilmiştir (Ek-9) (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturumları ve Oturumlarda Etki Edilmesi Beklenen Neuman'ın Sistemler Modeli Değişkenleri

1. Oturum: Depresyonu Tanıma				
Fizyolojik değişken	Psikolojik değişken	Sosyo-kültürel değişken		
2.Oturum: Davranışsal Stratejiler				
Fizyolojik değişken	Psikolojik değişken	Sosyo-kültürel değişken	Spiritüel değişken	
3.Oturum: Bilişsel Stratejiler				
Fizyolojik değişken	Psikolojik değişken		Spiritüel değişken	
4.Oturum: Bilişsel Stratejiler				
Fizyolojik değişken	Psikolojik değişken	Sosyo-kültürel değişken	Spiritüel değişken	
5. Oturum: Sosyal Beceriler				
Fizyolojik değişken	Psikolojik değişken	Sosyo-kültürel değişken	Spiritüel değişken	Gelişimsel değişken
6. Oturum: Hedef Belirleme				
	Psikolojik değişken	Sosyo-kültürel değişken	Spiritüel değişken	Gelişimsel değişken

d) Ön Uygulama

Veri toplama formları ve DBÇP araştırma öncesinde örneklem grubu dışında üç depresyon tanısı almış hastaya uygulanmıştır. Uygulama sonucunda sekiz yıl eğitim almayan katılımcıların yazılı çalışmaları anlama ve yazma konusundaki zorlukları nedeniyle katılımcıların çalışmaya alınmasına ilişkin eğitim düzeyi kriterinin -en az sekiz yıl örgün eğitim alma- şekilde düzenlenmesinin uygun olacağı görülmüştür. Ayrıca programın ilk oturumunun giriş niteliği taşıdığı ve kısa sürdüğü görülerek birinci ve ikinci oturumların birleştirilebileceği görülmüştür. Sonuçta, katılımcılar için “en az sekiz yıl eğitim almış olma” ve oturumlar için “ilk iki oturumun birleştirilebilmesi” kararı ile ön uygulama tamamlanmıştır.

3.8. Programın Uygulaması

Araştırmanın uygulanmasında gerek ölçüm araçlarının doldurulması gerekse DBÇP'nin uygulanmasında psikiyatri kliniğinde yer alan ve içinde masa ve sandalyelerin olduğu bir oda (Eğitim Odası) kullanılmıştır. Oda yaklaşık 12 metrekare genişliğinde olup, odanın bir duvarını kaplayan penceresi (perdesi olan) vardır. Odanın içerisinde bir adet masa, 10 adet sandalye, bir lavabo ve iki adet dolap bulunmaktadır. Bir sandalye masanın önünde ve bir sandalye masanın arkasında yer

almakta ve diğ er sandalyeler duvar kenarlarına sıralanmıştır. Bu ortamda eğitimler; eğ itici masanın arkasındaki sandalyede, katılımcı masanın önündeki sandalyede karş ılıklı oturacak şekilde yü zyüze yapılmıştır. Psikoeğ itim sırasında baş ka bir kiş inin giriş ini önlemek amacıyla kapıya “Eğ itim var” yazısı asılmış tır.

Program üç aş amada yürütülmüştür:

İlk aş amada; psikiyatri polikliniğ ine başvurarak depresyon tanısı alan ve ilaç tedavisine baş lanan katılımcılara, alınma kriterlerine göre ç alışmaya alınacak katılımcıları belirlemeye yönelik araştırmacı için ayrılan eğ itim odasında Kiş isel Bilgi Formu ile Beck Depresyon Ölç eğ i uygulanmıştır. Beck depresyon ölç eğ i puanı 10 ve 30 arasında olan hastalarla ç alışmaya devam edilmiş , bu puan aralığ ı dış ında olan hastalar ç alışmaya alınmamıştır. Alınma kriterlerine uyan katılımcıların randomizasyonla giriş im veya kontrol grubunda olduğu belirlendikten sonra Rosenberg Öz Saygı Ölç eğ i ve Baş a Ç ıkma Stratejileri Ölç eğ i verileri toplanarak I. Ölç üm (ön-test veri toplama araç ları ile) tamamlanmıştır. Ç alışmaya alınan tüm katılımcılara ç alışma konusunda bilgi verilerek imzalı aydınlatılmış onam formu (Ek-10a ve 10b) doldurulmuştur. Kontrol grubundaki katılımcılara hiçbir giriş im uygulanmamıştır. Giriş im grubuna atanan katılımcılara araştırmacı tarafından aynı gün DBÇP uygulamasına baş lanmıştır. Program, bireysel psikoeğ itim şeklinde yürütülmüştür. Altı oturumdan oluş an programın toplam dört hafta sürmesi planlanmıştır: ilk görüş mede birinci ve ikinci oturum, sonraki oturumlar gün içinde hastanın uygun olduğu saatlerde, haftada bir ya da iki oturum ve dört hafta sonunda son oturum olacak şekilde düzenlenmiştir. Oturum baş lıkları ř unlardır: 1) Depresyonu Tanıma, 2) Davranışsal Stratejiler, 3) Biliş sel Stratejiler, 4) Biliş sel Stratejiler, 5) Sosyal Beceriler, 6) Hedef Belirleme. Her bir oturum yaklaşık 50-60 dakika sürmüştür. Psikoeğ itimde sözel anlatım, soru-cevap, ev ödevi verme yöntemleri kullanılmış tır. Giriş im grubundaki hastalara “Depresyonla Baş a Ç ıkma Programı Ç alışma Kitabı” verilmiştir. Program oturumlarında hastalardan ç alışma kitabında yer alan, doldurulması gereken ç alışma tablolarını doldurmaları ve ev ödevlerini yapmaları istenmiş ve sonraki oturumlarda bunlar değerlendirilmiştir. Kitap için katılımcılardan ücret talep edilmemiş ve program sonunda ç alışma kitabı katılımcılarda kalmıştır. Programı 32 birey tamamlamıştır.

İkinci aşamada; psikoeğitim girişiminin son oturumunun ardından aynı gün katılımcılara II. Ölçüm (son-test veri toplama araçları ile) yapılmıştır. Bu kapsamda Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Öz Saygı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır. Tüm oturumları tamamlamayan katılımcılara (dört kişi) son-test ölçüm araçları uygulanmamış ve bu katılımcılar çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırmadan çıkarılan üç kişi ilk iki oturum ve bir kişi ilk üç oturumu tamamlamış ve diğer oturumları tamamlamamıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara ön testten dört hafta sonra son-test uygulanmıştır. Son-test verilerini toplamak üzere hastaneye davet edilen ancak çalışmadan ayrılmak isteyen (beş kişi) ve il dışında olan (bir kişi) katılımcılara veri toplama araçları uygulanamamış ve bu katılımcılar çalışmadan çıkarılmıştır.

Üçüncü aşamada; girişim grubu için psikoeğitimin son oturumunun olduğu gün yapılan son-testten iki ay sonra III. Ölçüm (izlem veri toplama araçları ile) yapılmıştır. Bu kapsamda Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Öz Saygı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılardan son testten iki ay sonra izlem verileri toplanmıştır. Son test ve izlem verileri için hastalar telefonla aranarak hastaneye davet edilmiştir. İzlem verilerini toplamak üzere hastaneye davet edilen ancak kontrol grubundan çalışmadan ayrılmak isteyen 3 kişi, il dışında olan 3 kişi ve ulaşılamayan 5 kişi; girişim grubundan çalışmadan ayrılmak isteyen 2 kişi ve ulaşılamayan 6 kişiye veri toplama araçları uygulanamamıştır (Şekil 3.2.).

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 21.0 (IBM Electronics, ABD) paket programı kullanılmıştır. Değişkenlerin girişim ve kontrol gruplarında normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için Shapiro Wilks testi yapılmıştır. Verilerin normallik sınaması için gözlem sayısı 43 (girişim grubu:24, kontrol grubu:19) olduğundan Shapiro Wilk testi sonucu incelenmiş olup, verilerinin anlamlılık değeri 0.05 ten küçük olarak elde edildiğinden verilerin normal dağılıma uygunluk göstermediği söylenebilir. Sosyodemografik özelliklerin dağılımını incelemek için yüzde, ortalama, Mann Whitney U, ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmış ve sosyodemografik özellikler yönünden girişim öncesinde gruplar arasında farklılık

olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.2, Tablo 3.3). Girişimlerin etkisini değerlendirmek için karışık desenler için (2×3 split-plot) iki faktörlü varyans analizi kullanılmıştır. Bu desende birinci etmen bağımsız işlem gruplarını (girişim ve kontrol grubu), ikinci etmen ise bağımlı değişkene ilişkin tekrarlı ölçümleri (ön test, son test ve izleme testi) göstermektedir. Karışık desenlerde uygulanan işlemin, bağımlı değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olup olmadığına grup*ölçüm ortak etkisine bakılarak karar verilir (Büyüköztürk, 2007). Fark bulunması halinde farkın nereden kaynaklandığını bulmak için Bonferroni post-hoc testi ve bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bonferroni düzeltmeli ileri analizde; 3 çift karşılaştırma yer aldığından (“ön test-son test-1”, “ön test- izlem test-2”, “son test-izlem test-3”) yeni anlamlılık düzeyini belirlemek için kabul edilen anlamlılık düzeyi ($p < 0.05$) üçe bölünmüştür. Elde edilen yeni anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak belirlenmiştir. İlişki analizi için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Kullanılan ölçeklerin Cronbach's alpha katsayısı hesaplanmıştır. Kabul edilen istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ 'dir. Araştırmanın etki büyüklüğü depresyon düzeyine ilişkin girişim sonrası birinci ay için (Cohen's $d = 2.54$) 0.79 (yüksek) ve üçüncü ay için (Cohen's $d = 1.70$) 0.65 (orta) olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel analiz ve değerlendirmeler için Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmıştır.

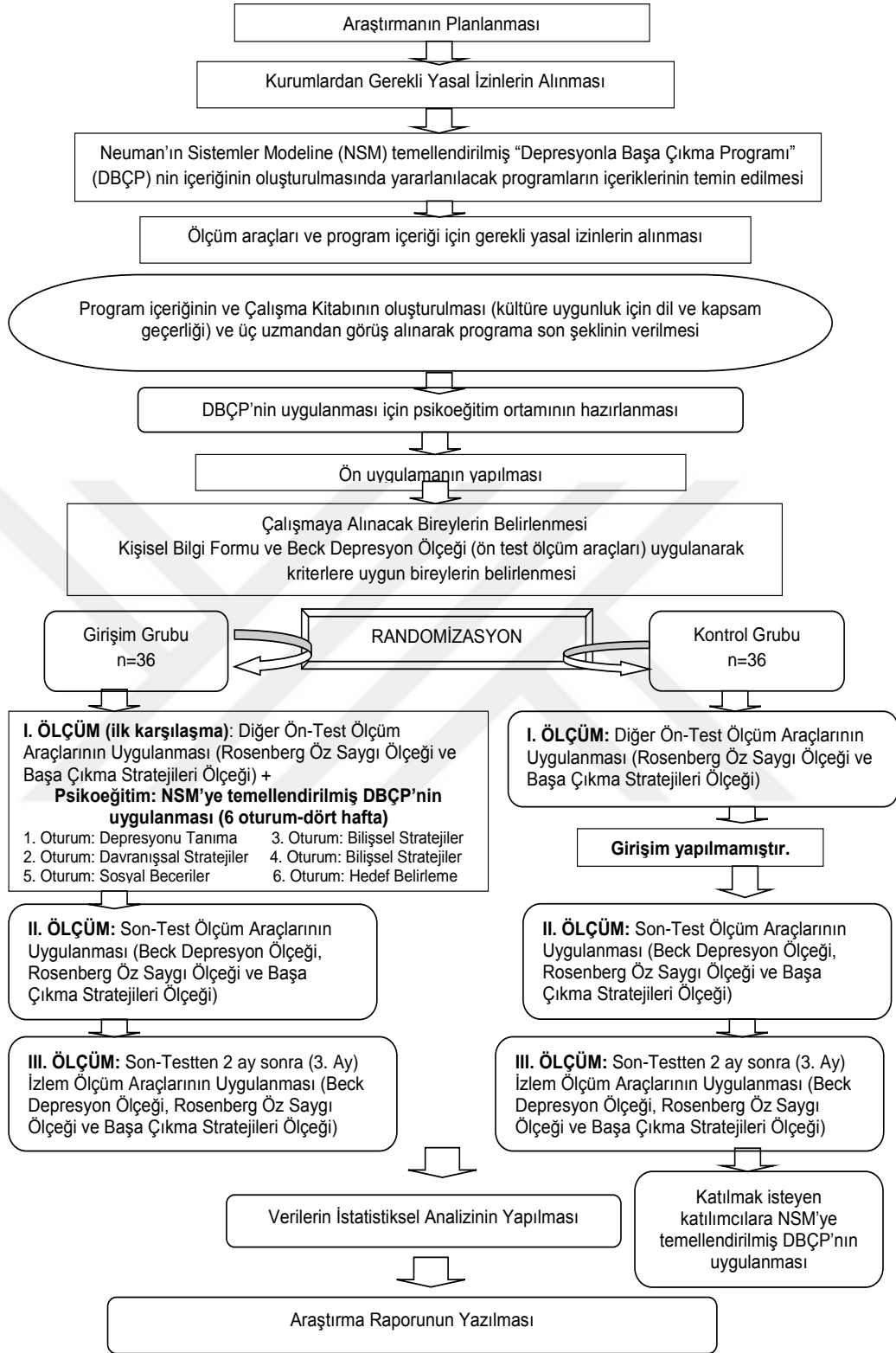
3.10.Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırmanın yapılması için gerekli etik onay Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (02.05.2014 tarihli, 70904504 sayılı, Ek-11), kurumsal onay Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (24.04.2015 tarihli, 4144 sayılı, Ek-12) alınmıştır. Araştırmada kullanılan Rosenberg Öz Saygı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği için kullanım izinleri alınmıştır (Ek-13). Beck Depresyon Ölçeği evrensel olarak çok yaygın kullanıma sahip olduğu için kullanım izni alınmamıştır. Uygulamaya alınacak kontrol ve girişim grubundaki katılımcılardan araştırmaya katılımı ilgili yazılı onam (Ek-10a ve 10b) alınmıştır. Veriler toplandıktan sonra katılmak isteyen kontrol grubundaki yedi hastaya girişim

grubuna uygulanan NSM'ye temellendirilmiş DBÇP aynı prosedürlerle uygulanmıştır.

3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Adıyaman ilindeki Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvurarak depresyon tanısı alan bireylerden, 24 girişim grubu ve 19 kontrol grubu toplam 43 birey olmak üzere küçük bir grupta yapılmıştır. Çalışmada kullanılan çalışma kitabının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından eğitim düzeyi en az sekiz yıl olan bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Sonuçların genellenebilirliği için çalışmanın yapıldığı yer ve çalışmaya katılan gruptaki katılımcı sayısı ve özellikleri bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



Şekil 3.2. Araştırma Planı.

Tablo 3.5. Çalışma Planı

Yapılan çalışmalar	2014												2015												2016						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Araştırcının hazırlığı (konu ve programla ilgili kurs, kongrelere katılım, yayın çalışmaları)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																			
Literatür incelenmesi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Kavramsal çerçevenin oluşturulması		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*															
Eğitim içeriğinin oluşturulması						*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*							
Gerekli kurumsal ve etik izinlerin alınması							*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*														
Ön uygulamanın yapılması																								*							
Girişim ve kontrol grubuna alınacak hastaların belirlenmesi ve ön test verilerinin toplanması																									*	*					
Örneklem grubunun son test verilerinin toplanması																											*	*			
Örneklem grubunun izlem verilerinin toplanması																												*	*		
Verilerin değerlendirilmesi ve rapor hazırlanması																												*	*	*	

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları beş başlık altında verilmiştir. Bunlar;

1. Depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına ilişkin bulgular
2. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın depresyon puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular
3. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın öz saygı puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular
4. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular
5. Depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarındaki değişimler arasındaki ilişkiye ait bulgular

4.1. Depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına ilişkin bulgular

Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki bireylerin depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Öz Saygı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Puan Ortalamaları

Gruplar	Değişkenler	Ön-test $\bar{X} \pm SS$	Son-test $\bar{X} \pm SS$	İzlem $\bar{X} \pm SS$	Puan Aralığı
Girişim (n:24)	BDÖ	22.28±5.47	6.93±3.78	9.08±5.83	0-63*
	RÖSÖ	4.00±1.84	1.03±1.09	2.12±1.80	0-6
	BÇSÖ				
	Sorun Çözme	20.41±4.03	28.16±3.27	24.66±4.16	11-33
	Sosyal Destek	17.29±5.29	22.92±3.26	21.38±2.89	11-33
	Arama Kaçınma	24.20±3.33	19.50±2.21	19.92±2.48	11-33
Kontrol (n:19)	BDÖ	23.80±4.73	15.36±4.21	12.31±4.55	0-63
	RÖSÖ	4.63±1.47	4.23±1.54	4.31±1.45	0-6
	BÇSÖ				
	Sorun Çözme	18.00±2.33	19.16±2.46	18.68±2.56	11-33
	Sosyal Destek	15.57±3.99	17.21±3.21	19.21±5.88	11-33
	Arama Kaçınma	22.79±2.97	22.73±2.41	21.84±1.83	11-33

*Çalışmaya ön testten 10 ve 30 puan arasında alan hastalar alınmıştır.

Girişim ve kontrol grubunun ön test (girişim öncesi), son test (girişim sonrası) ve izlem testte (son testten 2 ay sonra) BDÖ, RÖSÖ ve BÇSÖ puan ortalamaları Tablo 4.1’de verilmiştir. Bulgular incelendiğinde; girişim grubunun BDÖ puan ortalamaları ön testte 22.28 ± 5.47 , son testte 6.93 ± 3.78 ve izlem testte 9.08 ± 5.83 ’dir. Kontrol grubunun BDÖ puan ortalamaları ön testte 23.80 ± 4.73 , son testte 15.36 ± 4.21 ve izlem testte 12.31 ± 4.55 ’dir.

RÖSÖ puanları açısından incelendiğinde; ön testte puan ortalaması 4.00 ± 1.84 , son testte 1.03 ± 1.09 ve izlem testte 2.12 ± 1.80 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun RÖSÖ puan ortalamaları ön testte 4.63 ± 1.47 , son testte 4.23 ± 1.54 ve izlem testte 4.31 ± 1.45 ’dir.

Girişim grubunun BÇSÖ sorun çözme alt ölçeği puan ortalaması ön testte 20.41 ± 4.03 , son testte 28.16 ± 3.27 ve izlem testte 24.66 ± 4.16 ’dir. Ölçeğin sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalaması ön testte 17.29 ± 5.29 , son testte 22.92 ± 3.26 ve izlem testte 21.38 ± 2.89 ’dir. BÇSÖ kaçınma alt ölçeği puan ortalaması ön testte 24.20 ± 3.33 , son testte 19.50 ± 2.21 ve izlem testte 19.92 ± 2.48 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun sorun çözme alt ölçeği puan ortalaması ön testte 18.00 ± 2.33 , son testte 19.16 ± 2.46 ve izlem testte 18.68 ± 2.56 ’dir. Ölçeğin sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalaması ön testte 15.57 ± 3.99 , son testte 17.21 ± 3.21 ve izlem testte 19.21 ± 5.88 ’dir. BÇSÖ kaçınma alt ölçeği puan ortalaması ön testte 22.79 ± 2.97 , son testte 22.73 ± 2.41 ve izlem testte 21.84 ± 1.83 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1).

4.2. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın depresyon puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin depresyon puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Grupların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Grupların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması						
Grup Zaman	Ön-test	Son-test	İzlem	Analiz		İleri analiz
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Anlamlı fark (p)
Girişim (n:24) Kontrol (n:19)	22.28±5.47 23.80±4.73	6.93±3.78 15.36±4.21	9.08±5.83 12.31±4.55			
			Grup	16.565	0.000*	Girişim g. ort. <Kontrol g. ort. (p< 0.001)
			Zaman	143.011	0.000*	Ön-test-son-test Ön-test-izlem (p<0.016)
			Zaman*Grup	9.142	0.000*	Son-testte Girişim g. ort. < Kontrol g. ort. (z= -5.816; p< 0.001)
	Sosyodemografik özellikler					
			Yaş* Zaman*Grup	1.116	0.355	
			Cinsiyet* Zaman*Grup	0.740	0.480	
			Medeni durum* Zaman*Grup	1.484	0.216	
			Eğitim durumu* Zaman*Grup	0.612	0.797	
			Çalışma durumu* Zaman*Grup	0.628	0.707	
			Yaşadıkları kişiler* Zaman*Grup	0.485	0.747	

Gruplar arasında yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizinde gruplar arasında ve zaman açısından anlamlı fark olduğu ve zaman*grup etkileşiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Gruplar ve zamanlar arasındaki farkın kaynağını bulmak için Bonferroni testi ile çoklu karşılaştırmalar değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki fark açısından incelendiğinde girişim grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Depresyon puanında zamanlar arasındaki farkı belirlemek için yapılan karşılaştırmalarda; ön test-son test (0-1 ay), ön test-izlem (0-3 ay) arasında anlamlı fark varken (p= 0.001; p<0.016), son test-izlem (1-3 ay) arasında istatistiksel olarak %95 güvenle anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.016). Zaman ve grup etkileşimi arasındaki farkın nereden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucuna göre; girişim grubunun kontrol grubuna göre son-test ortalamalarının düşük olmasından

kaynaklandığı belirlenmiştir ($z = -5.816, p < 0.001$). Sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

4.3. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın öz saygı puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin öz saygı puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Grupların Rosenberg Öz Saygı Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Grupların Rosenberg Öz Saygı Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması						
Grup Zaman	Ön-test	Son-test	İzlem	Analiz		İleri analiz
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Anlamlı fark (p)
Girişim (n:24)	4.00±1.84	1.03±1.09	2.12±1.80			
Kontrol (n:19)	4.63±1.47	4.23±1.54	4.31±1.45			
			Grup	28.312	0.000*	Girişim g. ort. < Kontrol g. ort. ($p < 0.001$)
			Zaman	35.932	0.000*	Ön-test-son-test Ön-test-izlem ($p < 0.016$)
			Zaman*Grup	22.569	0.000*	Son-test ve izlem Girişim g. ort. < Kontrol g. ort. ($z = -6.051, z = -3.597; p < 0.001$)
	Sosyodemografik özellikler					
			Yaş* Zaman*Grup	0.461	0.764	
			Cinsiyet* Zaman*Grup	0.157	0.855	
			Medeni durum* Zaman*Grup	0.828	0.441	
			Eğitim durumu* Zaman*Grup	0.706	0.497	
			Çalışma durumu* Zaman*Grup	0.650	0.525	
			Yaşadıkları kişiler* Zaman*Grup	0.444	0.776	

Gruplar arasında yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizinde gruplar arasında ve zaman açısından anlamlı fark olduğu ve zaman*grup etkileşiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Gruplar ve zamanlar arasındaki farkın kaynağını bulmak için Bonferroni testi ile çoklu karşılaştırmalar değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki fark açısından incelendiğinde girişim grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Öz saygı puanlarındaki zamanlar arasındaki farkı belirlemek için yapılan karşılaştırmalarda; ön test-son test (0-1 ay), ön test-izlem (0-3 ay) ($p = 0.000; p < 0.016$) arasında anlamlı fark varken son test-

izlem (1-3 ay) arasında istatistiksel olarak %95 güvenle anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.05$; $p>0.016$). Zaman ve grup etkileşimi arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucuna göre; girişim grubunun kontrol grubuna göre son-test ve izlem test ortalamalarının düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($z= -6.051$, $z= -3.597$; $p<0.001$). Sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin başa çıkma stratejileri puan ortalamalarına etkisine ilişkin bulgular Tablo 4.4, 4.5 ve 4.6'de verilmiştir.

Tablo 4.4'da gruplara göre sorun çözme puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4. Grupların Sorun Çözme Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Grupların Sorun Çözme Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması						
Grup Zaman	Ön-test	Son-test	İzlem	Analiz		İleri analiz
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	F	p	Anlamlı fark (p)
Girişim (n:24)	20.41±4.03	28.16±3.27	24.66±4.16			
Kontrol (n:19)	18.00±2.33	19.16±2.46	18.68±2.56			
Grup				44.708	0.000*	Girişim g. ort. > Kontrol g. ort. (p< 0.001)
Zaman				47.998	0.000*	Ön-test-son-test Ön-test-izlem (p<0.016)
Zaman*Grup				26.243	0.000*	Son-test ve izlem Girişim g. ort. > Kontrol g. ort. (z= -6.356, z= -4.491; p< 0.001)
Sosyodemografik özellikler						
Yaş* Zaman*Grup				0.224	0.924	
Cinsiyet* Zaman*Grup				0.494	0.612	
Medeni durum* Zaman*Grup				0.616	0.653	
Eğitim durumu* Zaman*Grup				1.134	0.327	
Çalışma durumu* Zaman*Grup				0.106	0.995	
Yaşadıkları kişiler* Zaman*Grup				0.468	0.759	

Gruplar arasında yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizinde gruplar arasında ve zaman açısından anlamlı fark olduğu ve zaman*grup etkileşiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki fark açısından incelendiğinde girişim

grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Sorun çözme puanında zamanlar arasındaki farkı belirlemek için yapılan karşılaştırmalarda; ön test-son test (0-1 ay), ön test-izlem (0-3 ay) ve son test-izlem (1-3 ay) arasında istatistiksel olarak %95 güvenle anlamlı bir fark saptanmıştır ($p = 0.000$; $p < 0.016$). Zaman ve grup etkileşimi arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucuna göre; girişim grubunun kontrol grubuna göre son-test ve izlem test ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($z = -6.356$, $z = -4.491$; $p < 0.001$). Sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.5’de gruplara göre sosyal destek arama puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.5. Grupların Sosyal Destek Arama Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Grupların Sosyal Destek Arama Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması						
Grup Zaman	Ön-test	Son-test	İzlem	Analiz		İleri analiz
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Anlamlı fark (p)
Girişim (n:24)	17.29±5.29	22.92±3.26	21.38±2.89			
Kontrol(n:19)	15.57±3.99	17.21±3.21	19.21±5.88			
Grup				8.930	0.005*	Girişim g. ort. > Kontrol g. ort. ($p < 0.05$)
Zaman				23.857	0.000*	Ön-test-son-test Ön-test-izlem ($p < 0.016$)
Zaman*Grup				6.091	0.007*	Son-test ve izlem Girişim g. ort. > Kontrol g. ort. ($z = -5.532$, $z = -3.438$; $p < 0.001$)
Sosyodemografik özellikler						
Yaş* Zaman*Grup				0.655	0.625	13-17 yıl eğitim al. Ort. >
Cinsiyet* Zaman*Grup				0.448	0.640	8-12 yıl eğitim al. Ort.
Medeni durum* Zaman*Grup				1.080	0.373	($z = -2.760$, $z = -2.632$; $p < 0.05$)
Eğitim durumu* Zaman*Grup				5.726	0.005	
Çalışma durumu* Zaman*Grup				0.558	0.762	
Yaşadıkları kişiler* Zaman*Grup				1.151	0.341	

Gruplar arasında yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizinde gruplar arasında, zaman açısından anlamlı fark olduğu ve zaman*grup etkileşiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Gruplar arasındaki fark açısından incelendiğinde girişim grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.005$). Sosyal destek arama puanında zamanlar arasındaki farkı belirlemek için yapılan karşılaştırmalarda; ön test-son test (0-1 ay), ön test-izlem (0-3 ay) ($p = 0.000$; $p < 0.016$) arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve son test-izlem (1-3 ay) arasında istatistiksel olarak %95 güvenle anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.016$). Zaman ve grup etkileşimi arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucuna göre; girişim grubunun kontrol grubuna göre son-test ve izlem test ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($z = -5.532$, $z = -3.438$; $p < 0.001$).

Sosyodemografik faktörlerden eğitim durumunun grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu farkın belirlenmesi için yapılan bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucuna göre; 13-17 yıl eğitim alanların 8-12 yıl eğitim alanlara göre sosyal destek arama puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve aradaki bu fark ön test ve son test puanları için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z = -2.760$; $p = 0.006$, $z = -2.632$; $p = 0.008$).

Tablo 4.6'da gruplara göre kaçınma puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.6. Grupların Kaçınma Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Grupların Kaçınma Stratejisi Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması						
Grup Zaman	Ön-test	Son-test	İzlem	Analiz		İleri analiz
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	F	p	Anlamlı fark (p)
Girişim (n:24)	24.20±3.33	19.50±2.21	19.92±2.48			
Kontrol (n:19)	22.79±2.97	22.73±2.41	21.84±1.83			
Grup				4.051	0.051	-
Zaman				21.989	0.000*	Ön-test-son-test Ön-test-izlem (p<0.016)
Zaman*Grup				15.104	0.000*	Son-test ve izlem Girişim g. ort. < Kontrol g. ort. (z= -4.296 z= -2.555; p<0.05)
Sosyodemografik özellikler						
Yaş* Zaman*Grup				1.804	0.137	
Cinsiyet* Zaman*Grup				0.142	0.867	
Medeni durum* Zaman*Grup				0.287	0.885	
Eğitim durumu* Zaman*Grup				2.178	0.120	
Çalışma durumu* Zaman*Grup				0.333	0.918	
Yaşadıkları kişiler* Zaman*Grup				0.340	0.850	

Gruplar arasında yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizinde gruplar arasında ve zaman açısından anlamlı fark olduğu ve zaman*grup etkileşiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Gruplar arasındaki fark açısından incelendiğinde girişim grubunun puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p= 0.051). Kaçınma puanında zamanlar arasındaki farkı belirlemek için yapılan karşılaştırmalarda; ön test-son test (0-1 ay), ön test-izlem (0-3 ay) (p=0.000; p<0.016) arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve son test-izlem (1-3 ay) arasında istatistiksel olarak %95 güvenle anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.016). Zaman ve grup etkileşimi arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucuna göre; girişim grubunun kontrol grubuna göre son-test ve izlem test ortalamalarının düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (z= -4.296; p<0.001, z= -2.555; p=0.011). Sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

4.5. Depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarındaki değişimler arasındaki ilişkiye ait bulgular

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin uygulandığı girişim grubunda, ön test-son test-izlem testleri arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarındaki değişimler arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.7, Tablo 4.8 ve Tablo 4.9'da verilmiştir.

Girişim grubunda, ön test- son test arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarındaki değişimler arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Girişim Grubunun Ön Test- Son Test Arasında Depresyon, Öz Saygı ve Başa Çıkma Stratejileri (Sorun Çözme, Sosyal Destek Arama, Kaçınma) Puan Ortalamalarındaki Değişim Arasındaki İlişki (n=32)

Ölçekler		BDÖ	RÖSÖ	BÇSÖ			
				SÇ**	SDA***	K****	
BDÖ	r	1	0.592 (0.000)*	-0.449 (0.010)*	-0.292 (0.105)	0.338 (0.059)	
	p						
RÖSÖ	r	-	1	-0.376 (0.034)*	-0.254 (0.161)	0.228 (0.210)	
	p						
BÇSÖ	SÇ	r	-	-	1	0.238 (0.190)	-0.400 (0.023)*
		p	-	-	-	1	-0.433 (0.013)*
	SDA	r	-	-	-	-	1
	p	-	-	-	-	-	1
	K	r	-	-	-	-	1
	p	-	-	-	-	-	1

*p < 0.05

**SÇ: Sorun çözme

***SDA: Sosyal Destek Arama

***K: Kaçınma

Psikoeğitim uygulanan girişim grubunun ön test ve son test arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri (sorun çözme, sosyal destek arama, kaçınma) puan ortalamalarındaki değişim arasındaki ilişki incelenmiştir. Depresyon puan ortalamalarındaki değişim ile öz saygı puan ortalamalarındaki değişim arasında pozitif yönde ve başa çıkma stratejilerinden sorun çözme stratejisindeki değişim arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.592$, $p<0.001$; $r=-0.449$, $p=0.010$). Öz saygı puan ortalamalarındaki değişim ile sorun çözme stratejisi ile negatif yönde anlamlı

bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.376$, $p = 0.034$). Sorun çözme stratejisindeki değişim ile kaçınma stratejisindeki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r = -0.400$, $p = 0.023$); sosyal destek arama stratejisindeki değişim ile kaçınma stratejisindeki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.433$, $p = 0.013$) (Tablo 4.7).

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin uygulandığı girişim grubunda ön test-izlem arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarındaki değişimler arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Girişim Grubunun Ön Test-İzlem Arasında Depresyon, Öz Saygı ve Başa Çıkma Stratejileri (Sorun Çözme, Sosyal Destek Arama, Kaçınma) Puan Ortalamalarındaki Değişim Arasındaki İlişki ($n = 24$)

Ölçekler		BDÖ	RÖSÖ	BÇSÖ			
				SÇ**	SDA***	K****	
BDÖ	r	1	0.482 (0.001)*	-0.240 (0.121)	-0.251 (0.105)	0.313 (0.041)*	
	p						
RÖSÖ	r	-	1	-0.417 (0.005)*	-0.142 (0.363)	0.287 (0.062)	
	p						
BÇSÖ	SÇ	r	-	-	1	0.310 (0.043)*	-0.396 (0.009)*
		p					
	SDA	r	-	-	-	1	-0.230 (0.139)
		p					
	K	r	-	-	-	-	1
		p					

* $p < 0.05$

**SÇ: Sorun çözme

***SDA: Sosyal Destek Arama

***K: Kaçınma

Psikoeğitim uygulanan girişim grubunun ön test ve izlem arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri (sorun çözme, sosyal destek arama, kaçınma) puan ortalamalarındaki değişim arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon testi yapılmıştır. Depresyon puan ortalamalarındaki değişim ile öz saygı puan ortalamalarındaki ve başa çıkma stratejilerinden kaçınma stratejisindeki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.482$, $p = 0.001$; $r = 0.313$, $p = 0.041$). Öz saygı puan ortalamalarındaki değişim ile sorun çözme stratejisindeki değişim arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.417$, $p = 0.005$).

Sorun çözüme stratejisindeki değişim ile kaçınma stratejisindeki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı ($r = -0.369$, $p = 0.009$) ve sosyal destek arama stratejisindeki değişim ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.310$, $p = 0.043$) (Tablo 4.8).

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin uygulandığı girişim grubunda son test-izlem arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri puan ortalamalarındaki değişimler arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Girişim Grubunun Son Test- İzlem Arasında Depresyon, Öz Saygı ve Başa Çıkma Stratejileri (Sorun Çözme, Sosyal Destek Arama, Kaçınma) Puan Ortalamalarındaki Değişim Arasındaki İlişki ($n = 24$)

Ölçekler		BDÖ	RÖSÖ	BÇSÖ			
				SÇ**	SDA***	K****	
BDÖ	r	1	0.432 (0.035)*	-0.099 (0.646)	-0.186 (0.384)	0.185 (0.387)	
	p						
RÖSÖ	r	-	1	-0.033 (0.878)	-0.159 (0.458)	0.206 (0.333)	
	p						
BÇSÖ	SÇ	r	-	-	1	0.561 (0.004)*	-0.282 (0.182)
		p	-	-	-	-	-
	SDA	r	-	-	-	1	-0.169 (0.429)
	p	-	-	-	-	-	-
	K	r	-	-	-	-	1
	p	-	-	-	-	-	-

* $p < 0.05$

**SÇ: Sorun çözme

***SDA: Sosyal Destek Arama

***K: Kaçınma

Depresyonla Başa Çıkma Programı uygulanan girişim grubunun son test ve izlem arasında depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri (sorun çözme, sosyal destek arama, kaçınma) puan ortalamalarındaki değişim arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon testi yapılmıştır. Depresyon puan ortalamalarındaki değişim ile öz saygı puan ortalamalarındaki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.432$, $p = 0.035$). Sorun çözme stratejisindeki değişim ile sosyal destek arama stratejisindeki değişim arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.561$, $p = 0.004$) (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş DBÇP'nin psikoeğitim yoluyla verildiği bu çalışmada depresyon tanılı bireylerin başa çıkma stratejileri olumlu yönde geliştirilmeye, öz saygı düzeyleri arttırılmaya ve depresyon düzeyleri azaltılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda; bireylerin savunmanın esnek, normal ve direnç hattındaki fizyolojik, gelişimsel, psikolojik, spirütüel ve sosyokültürel değişkenlerinin güçlendirilmesi amaçlanan araştırmada tartışma bölümü aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur. Bunlar;

1. Depresyon ve öz saygı düzeyleri ve başa çıkma stratejileri
2. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın depresyon düzeyine etkisi
3. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın öz saygı düzeyine etkisi
4. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın başa çıkma stratejileri düzeylerine etkisi
5. Depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri düzeylerindeki değişimler arasındaki ilişki

5.1. Depresyon, öz saygı düzeyleri ve başa çıkma stratejileri

Araştırmaya katılan iki grubun depresyon düzeyleri incelendiğinde; girişim grubunun ön testte 'orta' olan depresyon düzeyinin, psikoeğitim sonrası son testte 'minimal' düzeye düştüğü ve üçüncü ay izlem testte 'minimal' düzeyde kaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunun depresyon düzeyinin ise ön testte 'orta' iken, son testte 'hafif' düzeye düştüğü ve izlem testte yine 'hafif' düzeyde kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Her iki grubun depresyon düzeylerinde azalma saptanmıştır ancak, girişim grubunda depresyon düzeyi kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Bu farklılık girişim grubuna uygulanan psikoeğitimin etkinliğini göstermektedir. İzlem testte depresyon düzeyinin aynı düzeyde devam etmesi psikoeğitimin etkinliğinin devam ettiğini düşündürmektedir. Dalgard'ın (2006) yaptığı çalışmada; girişim grubuna grup psikoeğitimi yapılmış ve etkisi girişim sonrası ve altıncı ayda izlem test ile ölçülmüştür. Girişim ve kontrol grubu arasındaki fark iki zamanda da anlamlı bulunmuş, ancak girişim sonrası ölçümde anlamlılık daha yüksek bulunmuştur. Casanas ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada depresyon düzeylerini incelemek için psikoeğitim sonrası, üçüncü, altıncı ve dokuzuncu ayda izlem

test yapılmıştır. İzlem test yapılan zamanlarda psikoeğitimin etkisinin sürdüğü ancak azalma gösterdiği belirtilmiştir. Bu bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Öz saygı düzeyleri açısından gruplar incelendiğinde; girişim grubunun ön testte 'orta' olan öz saygı düzeyinin, psikoeğitim sonrası son testte 'yüksek' düzeye çıktığı ve üçüncü ay izlem testte ise tekrar 'orta' düzeye düştüğü saptanmıştır. Kontrol grubunun öz saygı düzeyinin ise ön testte 'orta' iken, son test ve izlem testte de yine 'orta' düzeyde kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Girişim grubunda öz saygı düzeyinin girişim sonrası daha yüksek düzeyde görülmesi girişimin etkili olduğunu, ancak izlem döneminde bu düzeydeki azalma girişimin etkisinin zamanla azaldığını düşündürmektedir. Şahan Yılmaz ve Duy'un (2013) yaptıkları çalışmada bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı esas alınarak yapılan psikoeğitim sonrası ve üçüncü ayda izlem ile kız öğrencilerin öz saygı düzeylerindeki değişim incelenmiştir. Girişim uygulanan grupta psikoeğitim etkisiyle girişim sonrası öz saygı düzeylerinde anlamlı bir yükselme olmuş ve üç ay sonra puan ortalamasında azalma olmasına rağmen anlamlı etki devam etmiştir. Waite, McManus ve Shafran (2012), düşük öz saygıya sahip 11 kadın katılımcı ile yaptıkları çalışmada, bilişsel davranışçı yaklaşımı temel almışlardır. On oturumluk psikoeğitim sonrasında, deney grubunda yer alan katılımcıların depresyon düzeylerinde düşüş ve öz saygı düzeylerinde artış gözlenmiş ve bu değişim izlem ölçümlerinde de devam etmiştir. Bu bulgular çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Girişim grubunun başa çıkma stratejilerinden sorun çözme stratejisini kullanma düzeyi, girişim sonrası son testte ön teste göre artış göstermiştir. Ancak izlem testte azalma göstermekle birlikte ön test düzeyinden yüksek kalmıştır. Kontrol grubunda ise; üç ölçümde de aynı düzeylerde kaldığı saptanmıştır. Sosyal destek arama stratejisini kullanma düzeyi, girişim grubunda sorun çözme stratejisiyle benzerlik göstermiş ve girişim sonrası son testte ön testte göre artış göstermiştir. Ancak izlem testte azalma göstermekle birlikte ön test düzeyinden yüksek kalmıştır. Kontrol grubunda ise son testte ön testten daha yüksek, izlem testte ise son testten daha yüksek düzeye yükselmiştir. Grupların kaçınma stratejisini kullanma düzeyi, girişim grubunda son

testte ön testte göre daha düşük olmakla birlikte, izlemde son test düzeyinde kalmıştır. Kontrol grubunda kaçınma düzeyinin her üç ölçümde de aynı düzeylerde kaldığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Bu bulgular ışığında girişim grubunda başa çıkma stratejilerinden işlevsel olan sorun çözme ve sosyal destek arama stratejilerinin girişim sonrası daha yüksek düzeyde görülmesi girişimin etkili olduğunu, ancak izlem döneminde bu düzeylerdeki azalma girişim etkisinin zamanla azaldığını düşündürmektedir.

5.2. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın depresyon düzeyine etkisi

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre her iki grubun da depresyon düzeylerinde azalma görülmüştür. Ancak DBÇP uygulanan girişim grubunun toplam depresyon puanları daha düşük bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubu arasında depresyon puanları ve düzeylerindeki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.2). Depresyon düzeylerindeki bu değişiklik her iki grubun da ilaç tedavisi almasına bağlanabilir. Bu bulgular diğer çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Dalgard, 2006; Casanas ve ark., 2012). Depresyon düzeyleri arasında üç farklı zaman (girişim öncesi-0. ay, girişim sonrası-1. ay ve izlem-3. ay) açısından fark olduğu saptanmıştır. Başlangıç depresyon düzeyleri ile birinci ve üçüncü aylar arasında anlamlı fark varken, birinci ve üçüncü aylar arasında fark bulunmamıştır. Ayrıca zaman ve grubun ortak etkisinin anlamlı olmasıyla, NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin depresyon puanları yönünden etkili olduğu sonucuna varılabilir. Bu sonuçlar "1-H₁" hipotezini doğrulamaktadır. Lewinsohn ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1989) ve BDT tekniklerine dayandırılan psikoeğitimsel bir grup programı olan DBÇP'nin kullanıldığı 24 çalışmayı içeren bir meta-analiz çalışmasının sonuçları; psikoeğitim programının depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Kühner, 2003). Dalgard ve arkadaşları (2006) ve Casañas ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmalarda hafif ve orta düzey unipolar depresyonu olan hastalarda DBÇP programı kullanılmış ve program hemşireler tarafından yürütülmüş, psikoeğitimsel girişimin hafif ve orta düzeydeki depresyon semptomlarını azalttığı belirtilmiştir.

Sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0.05$). Gruplar arasında ve

farklı zamanlarda depresyon düzeyinin sosyodemografik faktörlere göre farklılaşmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar “9-H₁” hipotezlerini doğrulamamaktadır.

Neuman Sistemler Modeline göre; bireyi herhangi bir tehdite karşı koruyan savunma ve direnç hatları fizyolojik, psikolojik, sosyo kültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenleri içermektedir (Fawcett, 2005; Alligood ve Tomey, 2006). Savunma ve direnç hatlarının yeterince güçlü olmadığı durumlarda temel yapının olumsuz etkilenmesine ve bireyin depresyon yaşamasına neden olabilir. Çalışmamıza depresyonda (temel yanıt) olup Beck Depresyon Ölçeğinden 10 ve 30 puan arasında puan alan bireyler dâhil edildiğinden, bu bireylerin direnç hatlarının zayıflamış olduğu düşünülebilir. Neuman’ın Sistemler Modeli insana bütüncül yaklaşımı gerektirdiğinden çalışmamızda beş değişken de ele alınmıştır. Oluşturulan NSM’ye temellendirilmiş DBÇP, Neuman’ın tanımladığı savunma hatlarındaki değişkenleri güçlendirerek ikincil koruma ağırlık kazanmakla birlikte, program içeriğinde esnek ve normal savunma hattındaki değişkenlere yönelik konular da ele alındığından, birincil ve üçüncül koruma kapsamına da girmektedir (Tablo 3.4). Çalışmamızın depresyon düzeyleri ile ilgili sonuçlarına göre; direnç hatları güçlendirildiğinde bireylerde depresyon düzeyinin azalması “direnç hatlarının etkililiği sistemin yeniden kazanmasına neden olur” aksiyomunu doğrulamaktadır (Neuman, 2002). Böylece NSM’ye göre ikincil ağırlıklı olmak üzere birincil ve üçüncül koruma ile temel yanıtın azaltılabileceği de doğrulanmaktadır. Hassell’in (1998) NSM’yi kullanarak depresyonu yönetme ile ilgili çalışmasında psikolojik, sosyo-kültürel ve gelişimsel değişkenlere yönelik başa çıkma ve öz saygının ele alınması özellikle önerilen hemşirelik yaklaşımlarındandır. Çalışma bulguları da bunu destekler niteliktedir.

5.3. Depresyonla Başa Çıkma Programı’nın öz saygı düzeyine etkisi

Çalışma sonuçlarına göre; ön test, son test ve üçüncü ay izlem test ölçümleri arasında ayırım yapmaksızın, girişim ve kontrol gruplarının öz saygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. DBÇP uygulanan grubun öz saygı düzeylerinde artma olurken kontrol grubunda olmamıştır. Gruplar arasındaki bu fark NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına bağlanabilir. Grup ayrımı yapmaksızın zaman etkisi araştırıldığında, farklı ölçümlerde öz saygı puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.3). Psikoeğitim öncesi ve sonrası ölçümlerde fark olması ve son

test ve izlem arasında fark olmaması psikoeğitimin etkisinin olduğunu ancak bu etkinin zamanla azaldığını düşündürmektedir. Psikoeğitimin etkisini gösteren zaman ve grubun ortak etkisinin anlamlı olması çalışma sonuçları bakımından önemlidir. NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin, uygulanan grubun öz saygı düzeylerini artırmada etkili olduğu düşünülebilir. Bu sonuçlar “2-H₁” hipotezini doğrulamaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı yapılan psikoeğitim programlarının öz saygıyı artırmada başarılı olduğu belirtilmektedir (Chen ve ark., 2006; Fennell, 2009; Devaraj ve Lewis, 2010; Koutra, Katsiadrami ve Diakogiannis, 2010; İlkchi, Poursharifi ve Alilo, 2011; Salehyan ve Aghabeiki, 2011; Morton ve ark., 2012; Neacşu, 2013; Pehlivan, 2016). Bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin kullanıldığı bir başka randomize kontrollü çalışmada (Waite ve ark., 2012) girişim grubunun kontrol grubuna göre depresyon belirtilerinin azaldığı, düşük öz saygının arttığı belirtilmiştir. Bu bulgular çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Öz saygı düzeyiyle ilgili sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman faktörleriyle etkileşiminin anlamlılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p < 0.05$). Gruplar arasında ve farklı zamanlarda öz saygı düzeyinin sosyodemografik faktörlere göre farklılaşmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar “10-H₁” hipotezlerini doğrulamamaktadır.

Neuman'ın Sistemler Modeli'ne göre öz saygı, oluşturulmuş çevre kavramının içinde yer alır. Sistemin fonksiyonu için koruyucu bir kalkan gibidir (Fawcett, 2005). Öz saygı bireyin ilişkilerini etkilediğinden öz saygının yüksek olması psikolojik değişkenin güçlü olmasını sağlar (Hassell, 1998). Beş değişkenin etkileşimiyle oluşan savunmanın esnek ve direnç hatları dışarıdan gelen tehlikelere karşı temel yapıyı korur. Öz saygısı düşük olan kişiler kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici, değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış kişilerdir (Kohut, 1981). Dolayısıyla dışarıdan gelen tehditlere karşı esnek ve savunma hattı güçsüz durumdadır. Bu yönüyle düşük öz saygı depresyon için risk faktörüdür. Öz saygının yükselmesiyle depresyon düzeyi azaltılabilir ya da depresyon önlenir (Orth ve Robins, 2013). Literatürde NSM kullanarak yapılan bir çalışmada düşük öz saygının kişilerarası stres faktörü olarak ele alınabileceği belirtilmiştir (Almaguer, 2014). Çalışmamızda öz saygıyı yükselterek

psikolojik değişkeni güçlendirmek amaçlı BDT teknikleri yer almaktadır. Bu tekniklerle bireyler, bireysel yetenek ve potansiyellerini en iyi şekilde kullanmayı ve öz saygılarının gelişmesini sağlayan temel davranışlar geliştirirler (Neacşu, 2013). Olumsuz düşüncelerin nasıl önleneceğini öğrenmek ve olumsuz duyguları tekrar yaşamamak için alternatif stratejiler planlamak bireyin öz kontrolünü artırarak öz saygısını geliştirir (Chen ve ark., 2006). Çalışma sonuçlarına göre psikoeğitim öz saygıyı artırmada etkili olmuştur, denilebilir. Savunmanın esnek ve normal hattı ve direnç hatlarını oluşturan değişkenlerden psikolojik değişkenin güçlendirilmiş olduğu düşünülebilir. Bu yönüyle girişim birincil, ikincil ve üçüncül koruma kapsamına girmektedir. Psikoeğitimin depresyon düzeyinde oluşturduğu değişim, öz saygı düzeyindeki değişimle eş zamanlı olduğu görülmektedir. Bu bulgularla benzerlik gösteren diğer bir çalışmada; NSM ile Lazarus ve Folkman'ın Stress, Başa Çıkma ve Adaptasyon Model'nin entegre edilmiştir. Çalışmada bakımevine kabul edilen yaşlı bireylerde fiziksel ve bilişsel işlevsellik, depresyon ve öz saygı düzeyi durumu ele alınmış, bireylere rehabilitasyon uygulaması yapılmıştır. Kabul ve taburculuk zamanları arasındaki değişimler incelenmiş, depresyon ve öz saygı düzeylerinde olumlu yönde anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Maloney, 2009).

5.4. Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın başa çıkma stratejilerine etkisi

Sorun çözme stratejisini kullanma durumuna ilişkin çalışma sonuçları ölçüm zamanları arasında ayırım yapmaksızın gruplar arasındaki fark açısından incelendiğinde; girişim grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark psikoeğitimin etkisini düşündürmektedir. Ölçüm zamanlarındaki ortalamaların anlamlı derecede farklı olmasının nedeni; son test sorun çözme puanının ön teste göre yüksek olmasıyken, üçüncü ay izlem test puan ortalamasının son testten daha düşük bulunması ancak ön test ortalamasından yüksek kalmasıdır (Tablo 4.4). Psikoeğitimin etkisini gösteren zaman ve grubun ortak etkisinin anlamlı olması çalışma sonuçları bakımından önemlidir. Bu etkinin kaynağı girişim grubunun psikoeğitim sonrası ve izlem dönemindeki sorun çözme puanlarındaki yükselmedir. NSM'ye temellendirilmiş DBÇP, uygulanan grubun sorun çözme puanlarını artırmada etkili olmuştur. Bu sonuçlar “3-H₁ ” hipotezini doğrulamaktadır. Yüksek öz saygı başa çıkmayı kolaylaştırarak stresin etkilerini

hafifletmektedir. Ayrıca öz saygısı yüksek olan kişilerin problemlerle başetme becerisi daha yüksektir (D'zurilla, Chang ve Zanna, 2003; Hamatra, 2009). Bu bağlamda her iki grubun da depresyon düzeylerindeki azalma ve öz saygı düzeylerindeki artma nedeniyle başa çıkma stratejilerinin olumlu yönde gelişmesi beklenen bir durumdur.

Çalışma sonuçlarına göre ölçüm zamanları arasında ayırım yapmaksızın gruplar arasında sosyal destek arama stratejisini kullanma durumlarına ilişkin anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın kaynağı girişim grubu puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olmasıdır. Bu durum psikoeğitimin etkinliğini düşündürmektedir. Gruplar arasında ayırım yapmaksızın zamanlar arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Ön test ile son test ve son test ile izlem ortalamaları arasında anlamlı fark olması, zamanlar arasındaki farkın kaynağını belirtmektedir (Tablo 4.5). Zaman ve grubun ortak etkisinin anlamlı olması psikoeğitimin etkisini göstermektedir. Girişim grubunun psikoeğitim sonrası ve izlem puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olması psikoeğitimin etkisini anlamlı kılmıştır. Bu sonuçlar “4-H₁” hipotezini doğrulamaktadır.

Sosyodemografik faktörlerden eğitim durumunun grup ve zaman faktörleriyle etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasında ve farklı ölçüm zamanlarında sosyal destek arama düzeyinin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği söylenebilir. Onüç-17 yıl eğitim alanların, 8-12 yıl eğitim alanlara göre sosyal destek arama puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olması, bu farkın kaynağını oluşturmaktadır. Eğitimin bilgi ve bilinçlenmeyi arttırdığı söylenebilir, bulgular eğitim düzeyi yüksek olanların sosyal destek aramanın yararına inandıklarını düşündürmektedir. Düşük sosyal destek depresyon için bir risk faktörüdür, bu nedenle stresli durumların etkisini azaltarak depresyonu önlediği ya da depresyon düzeyini azalttığı için sosyal destek arama önemli bir başa çıkma yaklaşımıdır (Fiori ve ark., 2006; Wareham ve ark., 2007).

Baş çıkma stratejilerinden kaçınma stratejisinin düzeyine ilişkin çalışma sonuçları incelendiğinde; zaman ayırımı yapmaksızın grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Grup ayırımı yapmaksızın zaman etkisi incelendiğinde ön test ile son test ve ön test ile izlem arasında fark bulunmuştur. Girişimin etkisini değerlendirmek için incelenen grup ve zaman etkileşimi anlamlı bulunmuş ve nedenine ilişkin bulgulara bakıldığında girişim grubunun kontrol grubuna göre son-test ve izlem test

ortalamalarının düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bu sonuçlar “5-H₁” hipotezinin “a” seçeneğini doğrulamazken “b ve c” seçeneklerini doğrulamaktadır. Farklı bir çalışmada bilişsel davranışçı tekniklerin kullanıldığı stres yönetimi programı uygulanan bireylerin olumlu başa çıkma becerilerinde artma olduğu belirtilmiştir (Willert et al., 2009). Öz saygısı yüksek olan bireyler adaptif başa çıkma stratejilerini daha sık ve kaçınma stratejisini daha az kullanırlar (Aspinwall ve Taylor, 1992; Terry, 1994) ve daha az depresyon yaşarlar (Mruk, 1999; Sowislo ve Orth, 2013). Daha çok kişisel ve çevresel kaynaklara sahip olan kişiler kaçınma stratejisini daha az kullanmaktadırlar (Holahan ve Moos, 1987). Öz saygı, başa çıkma stratejisini seçme üzerindeki etkisiyle stresin artmasını önleyebilir. Dolayısıyla öz saygı kaçınma stratejisi ile negatif ve adaptif stratejilerle pozitif yönlü ilişkilidir (Rosenberg ve ark., 1995). DBÇP uygulanan grupta öz saygı düzeyinde artma ile sorun çözme ve sosyal destek arama stratejisinde artma ve kaçınma stratejisinde azalma saptanan bu çalışmanın sonuçları, diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Willert et al., 2009, Doron ve ark., 2013, Lee ve ark., 2014).

Başa çıkma stratejileri yönünden sosyodemografik faktörlerin grup ve zaman arasında etkileşiminin varlığı incelendiğinde; yalnızca eğitim durumunun sosyal destek arama stratejisini etkilediği görülmüştür. Bu durum dışında sosyodemografik faktörler ile sorun çözme, sosyal destek arama ve kaçınma stratejileri ile zaman ve grup etkileşimi görülmemiştir. Bu sonuçlar “12-H₁” hipotezini doğrularken “11-H₁ ve 13-H₁” hipotezlerini doğrulamamaktadır.

Neuman’ın Sistemler Modeline göre; birey beş değişkenle sahip olduğu potansiyele göre stresöre yanıt verir. Stresöre yanıt veremediği durumda savunma hatları zarar görür. Böylece stresör sistemin dengesini bozar (Neuman, 2002). Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Bu nedenlerle başa çıkma stratejileri psikolojik değişken olarak ele alınabilir. Stresli bir durumda sorun çözme stratejisi kullanılırsa bedensel ve psikolojik stres azalır, sorunu çözenin getirdiği bir öz yeterlik duygusuyla benlik gücü ve engellenmeye dayanma gücü artar (Karaca, 1996; Uehara, 1999). Aksi halde işlevsel olmayan bir başa çıkma stratejisi gelişebilir. Depresyonlu bireylerin daha çok kaçınma,

ilgiyi dağıtma, mucize bekleme, düşlemler, kendini suçlama gibi duygu yönelimli başa çıkma yöntemlerine başvurdukları ileri sürülmektedir (Rohde ve ark., 1990). Sosyal destek arama stratejisi; sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlayan sosyo-kültürel değişken olarak da ele alınabilir (Fawcett ve Gigliotti, 2001). Bireyin çevresiyle iyi ilişkileri ve sosyal desteğinin olması bireyi depresyondan koruyan ya da depresyonla başa çıkmasını sağlayan önemli değişkenlerden biridir. Direnç hattı bireyin zamanla öğrenmiş olduğu başa çıkma kaynağıdır. Bu başa çıkma stratejileri etkili ise temel yanıtın (çalışmamızda depresyon) gelişmesi önlenir. Başa çıkma becerileri tüm savunma ve direnç hatlarının yapısında bulunmakta ve dolayısıyla temel yapıyı korumaktadır (Fawcett, 2005; Allgood ve Tomey, 2006). Depresyon tanısı alan bireylerin, savunma hatlarının güçlendirilmesi yoluyla stresörlere karşı güçlenmesi ve depresyonla başa çıkması amaçlanan çalışmamızda; uygulanan psikoeğitimin sorun çözme ve sosyal destek arama stratejilerini daha fazla ve kaçınma stratejisini daha az kullanmalarında etkili olduğu ifade edilebilir. Psikoeğitim içeriğinde bulunan sorun çözme yaklaşımı ve bireyi daha aktif kılan sosyal ilişkilerin geliştirilmesine yönelik aktivitelerin planlanması, bireylerin karşılaştıkları stres yaratan olaylara daha olumlu yaklaşarak çevresel stresörlere (kişiyeye özgü, kişilerarası ve kişi dışı faktörler) karşı savunma ve direnç hatlarını güçlendirmiştir. Böylelikle sistem dengesinin yeniden sağlanarak temel yanıt olan depresyon düzeyinin azalması sağlanmıştır. Literatürde NSM'den yararlanarak uzun dönem kanserle mücadelede başarılı olan bireylerin başa çıkma stratejilerini ele alan bir çalışma (Cava, 1992) yer alsa da, depresyon hastalarındaki başa çıkma stratejilerini inceleyen bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş DBÇP ile Neuman'ın "Esnek savunma hattı, normal savunma hattını, direnç hattı temel yapıyı korur. Direnç hatlarının etkililiği sistemin yeniden kazanmasına; etkisizliği ise sistemin ölümüne neden olur" aksiyomu üzerinde çalışılmıştır (Neuman, 2002). Çalışma sonucunda; öz saygı düzeyinin yükselmesi, işlevsel başa çıkma stratejilerinin kullanımının artması ile direnç hatlarının etkililiği artırılmış ve sistemin yeniden kazanması (depresyon düzeyinde azalma) sağlanmıştır. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda Neuman'ın Sistemler Modeli'nin

depresif bireylerin bakımında kullanılmasına yönelik modeli destekleyici bir temel oluşturduğu düşünülmektedir.

5.5. Depresyon, öz saygı ve başa çıkma stratejileri düzeylerindeki değişimler arasındaki ilişki

Depresyonla Başa Çıkma Programı uygulanan girişim grubunun ön test (girişim öncesi)-son test (girişim sonrası), ön test (girişim öncesi)- üçüncü ay izlem test ve son test (girişim sonrası)- üçüncü ay izlem test arasında; depresyon düzeyindeki değişim ile öz saygı düzeyindeki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresyon puanlarındaki azalma depresyon düzeyindeki azalmayı gösterirken, öz saygı puanlarındaki azalma öz saygının artışı göstermektedir (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9). Başka bir deyişle, bu sonuç depresyon düzeyindeki azalma ile öz saygı düzeyindeki artışın eş zamanlı olduğunu belirtir ve “ H_1 ” hipotezini doğrulamaktadır. Bazı araştırmacılar (Battle, 1978; Workman ve Beer, 1989; Gürkan, 1990; Gür, 1996; Beck, 2008; Lee ve ark, 2014) öz saygı düzeyi ile depresyon arasında anlamlı ve negatif bir ilişkinin olduğunu belirtmişlerdir. Baumeister’e göre (2003), bireyin yüksek öz saygısı mutluluğa, düşük öz saygısı ise depresyona götürmektedir. Dolayısıyla depresyon düzeylerinde azalma olan girişim grubunda öz saygının artması ya da öz saygı düzeyindeki artma sonucu depresyon düzeyindeki azalma beklenen bir durumdur.

Ön test (girişim öncesi)- üçüncü ay izlem test arasında; depresyon düzeyindeki değişiklik ile başa çıkma stratejilerinden kaçınma stratejisindeki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç; kaçınma puanlarındaki azalmanın, depresyon düzeyindeki azalmayla eş zamanlı olduğunu göstermektedir. Bir başka deyişle; kaçınma stratejisini kullanma durumu azalırken depresyon düzeyi de azalmaktadır. Ön test-son test ve ön test-üçüncü ay izlem test arasında; öz saygı düzeyindeki değişim ile sorun çözme stratejisi ile negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç; sorun çözme stratejisini kullanma durumu artarken öz saygı puanlarının düştüğünü, dolayısıyla öz saygı düzeyinin artış gösterdiğini belirtmektedir. Ön test-son test ve ön test-üçüncü ay izlem test arasında; sorun çözme stratejisindeki değişim ile kaçınma stratejisindeki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı, sosyal destek arama stratejisindeki değişim ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu

sonuç; sorun çözme stratejisini kullanma düzeyi artarken sosyal destek arama stratejisini kullanma düzeyinin arttığını ve kaçınma stratejisini kullanma düzeyinin azaldığını göstermektedir (Tablo 4.7, Tablo 4.8). Çalışma sonuçları incelendiğinde ön test (girişim öncesi)- son test (girişim sonrası) arasında; depresyon puan ortalamasındaki değişim ile sorun çözme stratejisi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç; sorun çözme stratejisini kullanma durumu artarken depresyon düzeyinin azaldığını göstermektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar “7-H₁ ve 8-H₁” hipotezlerini doğrulamaktadır. Sosyal destek, öz saygı, depresyon düzeyi ve kaçınma yaklaşımı arasındaki ilişkiyi inceleyen, örneklemini 1118 kişinin oluşturduğu bir çalışmada (Lee ve ark., 2014) kaçınma yoluyla başa çıkma yaklaşımı artıkça depresyon belirtilerinin arttığı ve kaçınmanın depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Kaçınma stratejisinin öz saygıyla ilişkili olduğu, ancak kaçınma düzeyinin artması durumunda öz saygının yüksek olmasının depresyon düzeyinde bir avantaj sağlamadığı da belirtilmiştir. Ayrıca öz saygı ile algılanan sosyal destek arasında da karşılıklı bir etkinin olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Neuman’a göre; insan açık bir sistemdir, uyumu ve dengeyi sağlayabilmek için iç ve dış çevreden etkilenir. Ayrıca insanı oluşturan beş değişken de birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir (Fawcett, 2005; McEwen ve Wills, 2007). Çalışmada ile temel yapıyı koruyan savunma ve direnç hatlarının yapısında bulunan beş değişkeni güçlendirmeye çalışılmıştır. İnsan, kendisini oluşturan tüm parçalar ile sürekli değişim içinde olan bir varlıktır (McEwen ve Wills, 2007). Sürekli değişim ve etkileşim halinde olan insanı oluşturan değişkenler (fizyolojik, psikolojik, sosyo kültürel, gelişimsel ve spiritüel) de birbirleriyle ilişkilidir. Bu bakış açısıyla; psikolojik değişken olarak ele alabileceğimiz öz saygı, temel yanıt olarak ele alabileceğimiz depresyon ve tüm savunma ve direnç hatlarının yapısında bulunan başa çıkma becerileri arasındaki etkileşim beklenen bir durumdur. Çalışma sonuçlarına göre; öz saygının yükselmesiyle psikolojik değişken güçlendirilmiş, sorun çözme ve sosyal destek arama stratejisinin kullanımının artması ve kaçınma stratejisinin kullanımının azalması ile savunma ve direnç hatlarının etkililiği artırılmış olmaktadır. Direnç hatlarının etkililiğinin artması ile temel yanıt olan depresyon düzeyinin azalması arasında ilişki olduğu belirtilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

SONUÇLAR

Araştırmanın sonuçları, depresyon düzeyi, öz saygı düzeyi ve başa çıkma stratejileri ve bu değişkenlerin ilişkisi yönünden ele alınmıştır:

Depresyon düzeyi

- Çalışmaya katılan her iki grubun da depresyon düzeylerinde azalma görülmüştür. Ancak DBÇP uygulanan girişim grubunun toplam depresyon puanları daha düşük bulunmuştur ve gruplar arasında bu fark anlamlı bulunmuştur.
- Grup ayrımı yapmaksızın, bireylerin zamana göre depresyon düzeylerinde fark bulunmuştur. Birinci ayda başlangıca göre depresyon düzeyinde azalma olmuş ve bu anlamlı azalma üçüncü ayda aynı düzeyde devam etmiştir.
- Zaman ve grubun ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin depresyon düzeyini azalttığı belirlenmiştir.
- Sosyodemografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) grup ve zaman faktörleriyle etkileşimi anlamlı bulunmamış ve gruplar arasında ve farklı zamanlarda depresyon düzeyinin sosyodemografik faktörlere göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Öz saygı düzeyi

- Ölçüm zamanları arasında ayrım yapmaksızın, girişim ve kontrol gruplarının öz saygı düzeylerindeki değişim arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. DBÇP uygulanan grubun öz saygı düzeylerinde artma olurken, kontrol grubunda olmamıştır.
- Grup ayrımı yapmaksızın zaman etkisi araştırıldığında, farklı ölçümlerde öz saygı puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur. Birinci ayda başlangıca göre öz saygı düzeyinde artış olmuş ve bu anlamlı artış üçüncü ayda da devam etmiştir.
- Zaman ve grubun ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin öz saygı düzeyini artırdığı belirlenmiştir

- Sosyodemografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) grup ve zaman faktörleriyle etkileşimi anlamlı bulunmamış ve gruplar arasında ve farklı zamanlarda öz saygı düzeyinin sosyodemografik faktörlere göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Başa çıkma stratejileri

- Ölçüm zamanları arasında ayırım yapmaksızın, girişim ve kontrol gruplarının sorun çözme stratejisini kullanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. DBÇP uygulanan girişim grubunun sorun çözme stratejisi toplam puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.
- Grup ayırımı yapmaksızın, bireylerin zamana göre sorun çözme stratejisini kullanma düzeylerinde fark bulunmuştur. Birinci ayda başlangıca göre sorun çözme stratejisi toplam puanlarında artış olmuş, ancak üçüncü ayda azalmıştır.
- Zaman ve grubun ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin sorun çözme stratejisini kullanma düzeyini artırdığı belirlenmiştir.
- Sosyodemografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) grup ve zaman faktörleriyle etkileşimi anlamlı bulunmamış ve gruplar arasında ve farklı zamanlarda depresyon düzeyinin sosyodemografik faktörlere göre farklılaşmadığı görülmüştür.
- Ölçüm zamanları arasında ayırım yapmaksızın, girişim ve kontrol gruplarının sosyal destek arama stratejisini kullanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. DBÇP uygulanan girişim grubunun sorun çözme stratejisi toplam puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.
- Grup ayırımı yapmaksızın, bireylerin zamana göre sosyal destek arama stratejisini kullanma düzeylerinde fark bulunmuştur. Birinci ayda başlangıca göre sorun çözme stratejisi toplam puanlarında artış olmuş ve üçüncü ayda birinci aya göre aynı düzeyde kalmıştır.
- Zaman ve grubun ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin sosyal destek arama stratejisini kullanma düzeyini artırdığı belirlenmiştir.

- Sosyodemografik faktörlerden eğitim durumunun grup ve zaman faktörleriyle etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasında ve farklı ölçüm zamanlarında sosyal destek arama düzeyi eğitim durumuna göre farklılık göstermiştir. Eğitim düzeyi yüksek olanların sosyal destek arama puan ortalamaları daha yüksektir.
- Zaman ayrımı yapmaksızın, girişim ve kontrol gruplarının kaçınma stratejisini kullanma düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Bireylerin zamana göre kaçınma stratejisini kullanma düzeylerinde fark bulunmuştur. Birinci ayda başlangıca göre kaçınma stratejisini kullanma düzeylerinde azalma olmuş ve bu anlamlı azalma üçüncü ayda aynı düzeyde devam etmiştir.
- Zaman ve grubun ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve NSM'ye temellendirilmiş DBÇP'nin kaçınma stratejisini kullanma düzeyini azalttığı belirlenmiştir.
- Sosyodemografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler) grup ve zaman faktörleriyle etkileşimi anlamlı bulunmamış ve gruplar arasında ve farklı zamanlarda kaçınma stratejisini kullanma düzeyinin sosyodemografik faktörlere göre farklılaşmadığı görülmüştür.

Depresyon düzeyi, öz saygı düzeyi ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki

Ön test (girişim öncesi)- son test (girişim sonrası) arasında;

- Depresyonla Başa Çıkma Programı uygulanan girişim grubunun, depresyon puan ortalamalarındaki değişim ile öz saygı puan ortalamalarındaki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyindeki azalma ile öz saygı düzeyindeki artış ilişkilidir.
- Depresyon puan ortalamasındaki değişim ile sorun çözme stratejisi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sorun çözme stratejisini kullanma durumundaki artış ile depresyon düzeyindeki azalma ilişkilidir.
- Öz saygı puan ortalamalarındaki değişim ile sorun çözme stratejisi ile negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sorun çözme stratejisini kullanma durumundaki artış ile öz saygı düzeyindeki artış ilişkilidir.
- Sorun çözme stratejisindeki değişim ile kaçınma stratejisindeki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sorun çözme stratejisini

kullanma düzeyindeki artış ile kaçınma stratejisini kullanma düzeyindeki azalma ilişkilidir.

- Sosyal destek arama stratejisindeki değişim ile kaçınma stratejisindeki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal destek arama stratejisini kullanma düzeyindeki artış ile kaçınma stratejisini kullanma düzeyindeki azalma ilişkilidir.

Ön test (girişim öncesi)- üçüncü ay izlem test arasında;

- Depresyonla Başa Çıkma Programı uygulanan girişim grubunun, depresyon puan ortalamasındaki değişim ile öz saygı düzeyindeki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyindeki azalma ile öz saygı düzeyindeki artış ilişkilidir.
- Depresyon puan ortalamasındaki değişiklik ile başa çıkma stratejilerinden kaçınma stratejindeki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kaçınma puanlarındaki azalma ile depresyon düzeyindeki azalma ilişkilidir.
- Öz saygı puan ortalamasındaki değişim ile sorun çözme stratejisi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sorun çözme stratejisini kullanma durumundaki artış ile öz saygı düzeyindeki artış ilişkilidir.
- Sorun çözme stratejisi puan ortalamasındaki değişim ile kaçınma stratejisi puan ortalamasındaki değişim arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sorun çözme stratejisini kullanma düzeyindeki artış ile kaçınma stratejisini kullanma düzeyindeki azalma ilişkilidir.
- Sorun çözme stratejisi puan ortalamasındaki değişim ile sosyal destek arama stratejisi puan ortalamasındaki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sorun çözme stratejisini kullanma düzeyindeki artış ile sosyal destek arama stratejisindeki artış ilişkilidir.

Son test (girişim sonrası)- üçüncü ay izlem test arasında;

- Depresyon puan ortalamalarındaki değişim ile öz saygı puan ortalamalarındaki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Depresyon düzeyindeki azalma ile öz saygı düzeyindeki artış ilişkilidir.

- Sorun çözüme stratejisindeki değişim ile sosyal destek arama stratejisindeki değişim arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sorun çözüme stratejisini kullanma düzeyindeki artış ile sosyal destek arama stratejisindeki artış ilişkilidir.



ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Neuman'ın Sistemler Modeli, “Depresyonla Başa Çıkma Programı”nın depresif bireylerin bakımında kullanımına yönelik uygun bir model olarak değerlendirilmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda kullanılması
- Psikoöğitime katılan girişim grubunun depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre düşük olması nedeniyle DBÇP'nın depresyon yaşayan bireylere uygulanması ve kurumsallaştırılarak sürekliliğinin sağlanması
- Üçüncü aydaki izlem ölçümlerinde depresyon düzeyinde artma, öz saygı düzeyinde azalma ve başa çıkma stratejilerinde sorun çözme ve sosyal destek arama stratejilerinde azalma olması nedeniyle psikoöğitim programının ek oturumlarla süresinin uzatılması
- Üçüncü bir plasebo grubunun (BDT tekniklerinin kullanılmadığı gelişigüzel görüşmenin yapıldığı) eklendiği çalışmalarla girişimin etkinliği değerlendirilmesi
- Programın birinci oturumu giriş niteliği taşıdığından ikinci oturum ile birleştirilmesi
- Psikoöğitimin etkisinin devam edip etmediğini ortaya koymak açısından psikoöğitim sonrası altıncı ve onikinci aydan sonra izlem testlerinin yapıldığı araştırmaların yapılması
- Depresyonla Başa Çıkma Programı'nı kullanacak araştırmacıların BDT eğitimi alması
- Depresyonla Başa Çıkma Programı kullanılırken; katılımcıların eğitim düzeyinin dikkate alınması (en az sekiz yıl örgün eğitim alması) önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005; 6: 221-26.
- Akkoyunlu S, Türkçapar MH. Bir Teknik Kanıt İnceleme. *JCBPR*. 2012; 1:184-190.
- Akkoyunlu S, Türkçapar MH. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 2013; 2: 53-59.
- Alataş G, Kurt E, Alataş E, Bilgiç V, Karatepe H. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*.2007; 20(4):196-205
- Allart-Van Dam E, Hosman CMH, Hoogduin CAL, Schaap CPDR. The Coping with depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy*. 2003; 34:381–396.
- Allgood RM, Tomey MA. *Nursing Theory Utilization & Application*. Third edition. Mosby, USA;2006.
- Almaguer S, Erika C, Raygoza P, Nicolas Paloalto R, Laura M, Ramirez V, MA A. Self-esteem as an intrapersonal stress factor on alcohol use in female prostitutes. *Enfermeria Global*. 2014; 166-173.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
- Alper Y. *Depresyon psikoterapisi*. Alfa Yayıncılık. 2001.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) <http://www.psychiatry.org/depression> Erişim Tarihi: 10.06.2014
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(5th ed.) Washington, DC, 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA). 2010, p:52.
- Amirkan J. A Factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 59(5), 1066-1074.
- Arıcağ OT. Üniversite Öğrencilerinde Saldırganlık, Benlik Saygısı ve Denetim Odağı İlişkisi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 1995, İstanbul.
- Aspinwall LG, Taylor SE. Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*.1992; 61: 755-765.
- Avşaroğlu S, Üre Ö. Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi*. 2007; 18, 85-100.
- Aydın KB. *Uygulamalı Grup Rehberliği Programları Dizisi Stresle Başa Çıkma*. (Editör Prof. Dr. Uğur Öner). (2. Basım). Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Dergisi. Ankara; 2010, Nobel Yayın Dağıtım.

- Aysan F. Başa çıkma stratejisi ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. I.Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı. 1994; 3: 1158-1168.
- Aysan F. Lise Öğrencilerinin Stres Yaşantılarında Kullandıkları Başa çıkma Stratejilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, 1988, Ankara.
- Back from the Bluez programı. Centre For Clinical Interventions. Australia. Erişim adresi: <http://www.cci.health.wa.gov.au> Erişim tarihi:13.04.2014
- Baker JP, Berenbaum H. Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cogn Emot.* 2007; 21:95-118.
- Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. 2000. İstanbul.
- Battle J. The relationship between self-esteem and depression. *Psychological Reports.* 1978; 42, 745-746.
- Baumeister RF. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest* 2003; 4 (1), 1-44.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York, Guilford Press. 1987
- Beck AT. Bilişsel terapiler ve duygusal bozukluklar. (Çev. Türkcan, A., Öztürk, V.). İstanbul. Litera Yayıncılık. 2008.
- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4:561-71.
- Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* New York, International Universities Press. 1976.
- Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41:796-805.
- Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds.* London, England:Tavistock Publications. 1977.
- Bozkurt N. Depresyonda bilişsel davranışçı yaklaşımlar: Beck'in bilişsel kuramı. *Ege Eğitim Dergisi.* 2003; (3)2: 59-64.
- Braam A, Beekman AT, Deeg DJ. Religiosity as a protective factor in depressive disorder [letter]. *Am J Psychiatry.* 1999; 156(5):809- 810.
- Broadhead J, Abas M, Sakutukwa GK, Chigwanda M, Garura E. Social support and life events as risk factors for depression amongst women in an urban setting in Zimbabwe. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36:115-122.
- Bromet E, Helena L, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G. Cross-national epidemiology of DSM-4 Major Depressive Episode, *BMC Medicine*, 2011,p: 9-90.
- Brown LS, Wright J. The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychol Psychother.* 2003;76-4:351-367.
- Bruce ML, Taceuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry.*1991; 48: 470 474
- Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı.* (7. Baskı). Ankara: PegemA Yayıncılık. 2007.
- Casañas R, Catalán R, Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2012; 18;12(1):230.

- Cava MA. An examination of coping strategies used by long-term cancer survivors. *Canadian Oncology Nursing Journal*.1992; 2: 99-102.
- Chen TH, Lu R, Chang A, Chu D, Chou K. The evaluation of cognitive– behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006; 20(1), 3–11.
- Chiverton P, Flannery JC. Cognitive Impairment: Use of the Neuman Systems Model. In B. Neuman, *The Neuman Systems Model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange. 1995, p:249 261.
- Clark F. The Neuman systems model: A clinical application for psychiatric nurse practitioners. In B. Neuman, *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. 1982, p:335-353
- Clarke G, DeBar LL, Ludman E, Asarnow J, Jaycox LH, Firemark A. *STAND Project Intervention Manual: Brief Individual CBT Program*. 2002.
- Coopersmith S. *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco: W.H. Freeman and Company. 1967.
- Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11.
- Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*.1989; 96: 608-630.
- Cumurcu BE, Gül IG. Depresyonun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*. 2012; 5(2):27-33.
- Çakır S, Camuz Gümüş F. Individual or group psychoeducation: motivation and continuation of patients with bipolar disorders. *International Journal of Mental Health*. 2015; 44:4, 263-268.
- Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1986, Ankara.
- D'zurilla TJ, Chang EC, Sanna LJ. Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2003; 22, 424-440.
- Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006; 2: 15.
- Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2007; 8:132-139.
- Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum üzerine etkisi. *Kriz Dergisi*.2001; 9:29-39.
- Deveraj S, Lewis V. Enhancing positive body image in women: an evaluation of a group intervention program. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 2010; 15(2),103-116.
- Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*. 2009;7(79).
- Doron J, Thomas Ollivier V, Vachon H, Fortes- Bourbousson. Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences*. 2013; 55:515–520.

- Duffy A. Toward effective early intervention and prevention strategies for major affective disorders: A review of antecedents and risk factors. *Can J Psychiatry*.2000;45:340-348.
- Duman ZÇ, Kocaman N, Üçok A, Er F.Yatan Hastalarda Psikoeğitsel Tedavi Grubunun Etkinliği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2006;19:64–71.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. 2004.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) World Mental Health Day: Depression: A Global Crisis. World Federation for Mental Health. 2012.
- Elovainio M, Pulkki-Raback L, Jokela M, Kivimaki M, Hintsanen M, Hintsala T. Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: a longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Soc Sci Med*.Mar. 2012;74(6):923-9.
- Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. İstanbul, BetaYayınevi,1998.
- Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nurs Sci Q* 2001;14(4):339- 45.
- Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second edition. FA Davis company, Philadelphia, 2005.
- Fennell MJV. Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.1997; 25:1–25.
- Fennell MJV. Overcoming low self-esteem, self-help guide using cognitive behavioral techniques. London. Robinson Publishing, 2009.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL,Vos T, Whiteford HA. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine*. 2013; 10:1-12
- Fiori KL, McIlvane JM, Brown EE, Antonucci TC. Social relations and depressive symptomatology: self-efficacy as a mediator. *Aging Ment Health*. 2006;10:227-39.
- Frank E, Swartz H A, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Society of Biological Psychiatry*.2000;48:593–604.
- Gigliotti E. Empirical tests of the neuman systems model: relational statement analysis. *Nursing Science Quarterly*. 2001; 14,149-158.
- Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2008; 1 (1):42-50.
- Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*. Eds: DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg, Çeviri Editörü T Oral, İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, 2007, s:33-54.
- Greenberg MT. Attachment and psychopatology in childhood. J Cassidy, PR Shaver (Eds): *Handbook of Attachment*'da, NewYork, Guilford Publ., 1999, s:469-496.
- Gür A. Ergenlerde Depresyon ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996, Ankara.

- Gürkan HK. Üniversite Öğrencilerinde Kendilik Saygısı Depresyon ve Anksiyete İlişkilerinin Karşılaştırılması. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1990, Antalya.
- Haber J, McMahan A, Price-Hoskins P, Sideleau O. Comprehensive psychiatric nursing (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby Year-Book, 1992.
- Hamatra E. A prediction of self-esteem and life satisfaction by social problem solving. *Social Behavioral and Personality*. 2009; 37(1), 73-82.
- Hammen C. Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1: 293-319.
- Haris SM, Hermiz ME, Meininger M, Steinkeler SE. BettyNeuman Systems Model In: Marriner-Tomey A (ed.). *Nursing Theorists and Their Work*, 2nd ed. St Louis: Mosby, 1989, 361–388.
- Hassell JS. Improved management of depression through nursing model application and critical thinking. *Journal of the American Academy of Nurse*. 1996;8 (4):161-166.
- Hettema JM. What is the genetic relationship between anxiety and depression? *American Journal of Medical Genetics*. 2008; 148, 140–146.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7(23), 3-13.
- Holahan CJ, Moos, Rudolf H. Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 52(5): 946-955.
- İlkhchi SV, Poursharifi H, Alilo MM. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-efficacy and assertiveness among anxious. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30, 2586-2591.
- Karaca S. Psikiyatrik bozukluklarda başa çıkma biçimleri. *Psycho Med*. 1996;1(2):25- 30.
- Karahan TF, Sardoğan ME, Şar AH, Ersanlı E, Kaya NS, Kumcağız H. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkiler, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2004; (18), 27-39.
- Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(6):3-10.
- Kelsoe JR. *Mood Disorders: Genetics*. Kaplan and Sadock's, *Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. Lippincott, Williams and Wilkins. 2005; 13.3: 1582-94.
- Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Focus*. 2010;8:459-470.
- Kohut H. *The analysis of the self*. New York, International Universities Press, 1971.
- Koutra A, Katsiadrami A, Diakogiannis G. The effect of group psychological counselling in Greek University students' anxiety, depression, Psychotherapy and Counselling. 2010;12(2), 101-111.
- Köroğlu E. Depresyonla Baş Etme. E. Köroğlu. *Kendinize Yatırım Yapın (İnsan Becerileri Eğitimi)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2009.
- Kraaij V, Garnefski N, Maes S. The joint effects of stress, coping, and coping resources on depressive symptoms in elderly. *Anxiety Stress Coping*. 2002; 15: 163-74.
- Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1998; 2(1):5-12.
- Kühner C. Das gruppenprogramm "depression bewältigen" und seine varianten – eine aktualisierte metaanalyse. *Verhaltenstherapie*. 2003;13:254-262.

- Lane AM, Jones L, Stevens MJ. Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy. *J Sport Behav.* 2002; 25: 331-45.
- Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping.* Newyork: Springer Press, 1984.p:142.
- Lee C, Dickson DA, Conley CS, Holmbeck GN. A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: a prospective study of depressive symptomatology across the transition to college. *Journal of Social and Clinical Psychology.*2014;(33):560-585.
- Lewinsohn PM, Clark GN, Hoberman HM. The coping with depression course: a review and future directions. *Can J Behav Sci.*1989;21:470-493.
- Lusk P, Melnyk BM. COPE for depressed and anxious teens: a brief cognitive-behavioral skills building intervention to increase access to timely, evidence-based treatment. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*Feb.2013;26(1):23-31
- Lusk P, Melnyk BM. COPE for the treatment of depressed adolescents: lessons learned from implementing an evidence-based practice change.*J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2011;17(4):297-309.
- Maloney LR. Loneliness, self-esteem, cognition, physical functioning, and nursing home satisfaction as predictors of depression. Dissertations (1962 - 2010) Marquette University, Access via Proquest Digital Dissertations, 2009. <http://epublications.marquette.edu/dissertations/AAI3357961>
- Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry.* 2006;5(4):119-122.
- Maurer F. Acute depression: Treatment and nursing strategies for this affective disorder. *Nursing Clinics of North America.* 1986;27(3), 413-427.
- McEwen M, Wills E. *Theoretical Basis for Nursing* (2nd ed.). (H. Kogut, E. Kors, & M. Zuccarini, Eds.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Melnyk BM, Kelly S, Lusk P. Outcomes and feasibility of a manualized cognitive-behavioral skills building intervention: group COPE for Depressed and anxious adolescents in school setting. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.* 2013;1-11.
- Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet.* 2001; 14;357(9263):1191-4.
- Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: mechanisms linking early attachment to later depression. *Clin Psychol Rev.*2011; 31(7):1071-82.
- Morton L, Roach L, Reid H, Steward SH. An evaluation of CBT group for women with self-esteem. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy.*2012; 40: 221-225.
- Mruk C. *Self-Esteem: Research, theory, and practice* (2nd Ed.). New York: Springer. (Also published in London by Free Association Books),1999.
- Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*2002; 41:1111-1123.
- Neacșu V. The efficiency of a cognitive-behavioral program in diminishing the intensity of reactions to stressful events and increasing self-esteem and self-efficiency in the adult population. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.*2013;78:380–388.

- Neuman B. The Neuman systems model, 3rd ed. Connecticut: Appleton and Lange. 1995.
- Neuman B. The Neuman systems model. Appleton & Lange Publish, 1989.
- Neuman B. The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), The Neuman systems model. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2002, p:3-33-351.
- NICE. Depression: Treatment management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. Clinical Guideline 09 and 91. London: National Institute for Clinical Excellence, 2009.
- Ohayaon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. J Psychiatr Res. 2007;41(3-4):207-213.
- Ong SH, Caron A. Family-based psychoeducation for children and adolescents with mood disorders. J Child Fam Stud. 2008; 17: 809–822.
- Orth U, Robbins RW. Understanding the link between low self-esteem and depression. Current Directions in Psychological Science. 2014; 22(6) 455– 460.
- Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008.
- Partlak N. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerin Stresle Başa çıkma Tarzları ve İntihar Olasılıkları Arasındaki İlişki. Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İzmir.
- Paykel ES. Life events, social support and depression. Acta Psychiatr Scand; Suppl. 1994;377:50-58.
- Pehlivan H. Kadınların benlik saygısını ve yaşam doyumunu artırma: bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı bir grup müdahalesi. Mart 2016 Cilt:24 No:2 Kastamonu Eğitim Dergisi. 2016;(24) 2:479-492.
- Rohde P, Lewinson PM, Tilson M. Dimensionality of coping and its relation to depression. J Pers Soc Psychol. 1990; 58:499- 511.
- Rosenberg M. Society and Adolescent Self-image. Princeton University Pres, New Jersey, 1965.
- Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 4.
- Sadowski H, Ugarte B, Kolvin I. Early life family disadvantages and major depression in adulthood. Br J Psychiatry. 1999; 174:112-120.
- Salehyan M, Aghabeiki A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the enhancement of the self-esteem of women with husband affected by substance dependency disorder. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011; 30, 1698-1702.
- Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. Psychological Bulletin. 2013;139(1): 213-240.
- Stegenta BT, Nazareth I, Grobbee DE, Torres Gonzalez F, Svab I, Maarros HI. Recent life events pose greatest risk for onset of major depressive disorder during midlife. J Affect Disord. 2012;136(3):505-13.
- Stuart GW. Cognitive behavioral therapy. GW Stuart, MT Laraia (eds.), Principles and Practice of Psychiatric Nursing, seventh ed., Philadelphia, Mosby, 2001, p.658-673.

- Sun GC, Hsu MC, Moyle W, Lin MF, Creedy D, Venturato L. Mediating roles of adherence attitude and patient education on antidepressant use in patients with depression. *Perspect Psychiatr Care*. 2011;47(1):13-22 .
- Sungur M. Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. In *Psikoterapiler El Kitabı* (Ed A Güngör): İzmir, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. 1997, s:50-66.
- Sütçügil L, Özmenler N. Major depresyonda psikososyal müdahaleler. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2007;3(47):46-50.
- Swaminath G. Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*. 2009; 51: 171-172.
- Swindle RW, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*.1998; 186(8):462-9.
- Şahan Yılmaz B, Duy B. Psiko-eğitim uygulamasının kız öğrencilerin benlik saygısı ve akilci olmayan inançları üzerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2013;4(39), 68-81.
- Şengün F, Öner Altıok H, Üstün B. Kanıta dayalı uygulama: psikoeğitim. *Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011;27, 3: 66-74.
- Terry DJ. Determinants of coping the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;66, 895-910.
- Tuğrul DC. Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*.2000; 4, 12-17.
- Türkçapar MH. Klinik uygulamada depresyon, HYB Ankara, 2009, s:163-192.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi. Başkanlığı. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik Projesi Final Raporu. 2004.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Ruh Sağlığı Sorunları. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. 2013, s:235-253.
- Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*. 2006;19(1):24-39.
- Uehara T, Sakado K, Sakado M. Relationship between stress, coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychother Psychosom*.1999; 68: 26-30.
- Ünal G, Çam O. Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;21:175-187.
- Ünal S, Özcan ME. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1:41-48.
- Varcarolis EM, Halter MJ. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence Based Care*. Saunders Elseiver, China. 2009.
- Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;43(4), 1049–1057.
- Wareham S, Fowler K, Pike A. Determinants of depression severity and duration in Canadian adults: The moderating effects of gender and social support. *J Appl Soc Psychol* 2007;37:2952-72.
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy, What is IPT?*. New York: Oxford University Press, 2007, p. 3-5.

- Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J, Bonde JP. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand. J. Work Environ. Health.* 2009;35 (2), 145–152.
- Workman M, Beer J. Self-esteem, depression and alcohol dependency among high school students. *Psychological Reports.* 1989;65, 451-455.
- Yalom I. *Varoluşcu Psikoterapi*, Zeliha İyidoğan Babayiğit (çev.), İstanbul: Kalbacı Yayınları, 2001.
- Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. Bir devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji.* 2011;1(2):16-20.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide.* London: Guilford Press, 2003.
- Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı.* 10. Basım, İstanbul: Özgür Yayınları, 1998,s: 36-49.

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

Adı Soyadı:

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz 1) Kadın 2)Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir? Kaç yıl eğitim aldınız?
4. Çalışma durumunuz nedir?
 - a) İşsiz
 - b) Evhanımı
 - c) Öğrenci
 - d) Çalışıyor
5. Medeni durumunuz?
 - a) Evli b) Bekar c) Diğer.....
6. Kimlerle yaşıyorsunuz?.....
 - a) Yalnız yaşıyorum
 - b) Eşim ve/veya çocuğumla
 - c) Anne/baba ve kardeşlerle
 - d) Akrabalarım
 - e) Arkadaşlarımla
7. Aşağıda belirtilen gruplarla sosyal ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Aile	kötü ()	orta ()	iyi ()
Eş ve çocuklar	kötü ()	orta ()	iyi ()
Arkadaşlar	kötü ()	orta ()	iyi ()

EK-2. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK-3. Rosenberg Öz Saygı Ölçeği

	ÇOK DOĞRU	DOĞRU	YANLIŞ	ÇOK YANLIŞ
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.				
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.				
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7. Genel olarak kendimden memnunum				
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

EK-4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Açıklama: Bu çalışmada bireylerin yaşamlarında sorunlarla ve problemlerle nasıl başa çıktığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Aşağıda çeşitli başa çıkma yolları verilmiştir. Sizden bunları ne derece kullandığınızı belirtmeniz istenmektedir. Tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Geçtiğimiz altı aylık süre içerisinde karşılaştığınız bir problemi düşünmeye çalışın Bu problemin sizin için önemli olup kaygılanmanıza neden olması gerekiyor. (Sevdiğiniz bir kişiyi kaybetmekten öğretmeninizin sizi uyarmasına kadar herşey olabilir, fakat bunun sizin için ÖNEMLİ olması gerekmektedir. Lütfen aşağıya bu probleminizi birkaç kelimeyle yazınız (unutmayın ki yanıtınız gizlilik ilkesine uygun olarak değerlendirilecektir):

Bu problemi aklınızda tutarak, nasıl başa çıktığınızı sizin için en uygun kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Bazı sorular benzer olsa da lütfen her bir maddeyi işaretleyiniz.

O stresli olayı aklınızda bulundurarak ne dereceye kadar;

		3	2	1
1.	Duygularınızı bir arkadaşına açtınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
2.	Probleminizin en iyi şekilde çözümlenmesi için çevrenizdeki şeyleri yeniden düzenlediniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
3.	Ne yapacağınıza karar vermeden önce bütün olası çözümleri aklınızda tartıştınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
4.	Aklınızı problemden uzaklaştırmaya çalıştınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
5.	Herhangi bir kimsenin size sempati ve anlayış göstermesini kabul ettiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
6.	Yaşadığınız şeylerin gerçekten ne kadar kötü olduğunu başkalarının görmemesi için elinizden geleni yaptınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
7.	Konu ile ilgili olarak başkalarıyla konuştunuz, çünkü bu konuda konuşmak kendinizi daha iyi hissetmenize yardımcı oldu?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
8.	Durumla başedebilmek için kendinize bazı amaçlar belirlediniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
9.	Seçeneklerinizi çok dikkatli bir biçimde tarttınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
10.	Daha iyi zamanlarla ilgili hayaller kurdunuz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
11.	Problemi çözmek için işe yarayan çözümü bulana dek değişik yolları denediniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
12.	Korku ve kaygılarınızı bir arkadaşınıza veya akrabanıza açtınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
13.	Zamanınızı, her zamankinden çok, yalnız olarak geçirdiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç

14.	Sadece konuşmak bile bazı çözümlere ulaşmanıza yardım ettiği için, (yaşadığımız) durumla ilgili olarak konuştunuz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
15.	Durumu düzeltmek için ne yapılması gerektiğini düşündünüz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
16.	Tüm dikkatinizi problemin çözümüne yönelttiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
17.	Aklınızda bir eylem planı şekillendi?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
18.	Herzamankinden daha fazla televizyon seyrettiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
19.	Kendinizi daha iyi hissetmeniz için birisine (Arkada/profesyonel bir kişi) gittiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
20.	Olayda gerçekleşmesini istediğiniz şey için kesin kararlılık gösterdiniz ve savaştınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
21.	Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan kaçındınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
22.	Kendinizi bir uğraş (hobi) veya bir spor etkinliğine gömerek problemden kaçındınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
23.	Problemlerle ilgili olarak daha iyi hissetmenize yardımcı olması için bir arkadaşınıza gittiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
24.	Durumu nasıl değiştirebileceğinizle ilişkin olarak bir arkadaşınızın tavsiyesine başvurduunuz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
25.	Aynı problemi yaşamış olan arkadaşlarınızın anlayış ve sempatisini kabul ettiniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
26.	Herzamankinden daha fazla uyudunuz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
27.	“Herşey daha farklı olabilirdi” diye hayal kurduunuz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
28.	Romanlardaki veya filmlerdeki karakterlerle özdeşim kurduunuz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
29.	Problemi çözmeye çalıştınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
30.	İnsanların sizi kendi başınıza bırakmasını istediniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
31.	Arkadaşınız veya akrabanız size yardımcı oldu?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
32.	Sizi en iyi tanıyan kişilerden size güvence vermelerini istediniz?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç
33.	Ani hareketlerde bulunmaktansa dikkatlice bir hareket tarzı planladınız?	___ Çok	___ Biraz	___ Hiç

TEŞEKKÜR EDERİM.

Ek 5- Araştırmacının Hazırlığı

Kongre ve Sempozyum	<p>Yedikardaşlar C., Buldukoğlu K. (2013) Depresyon'da Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. II. Ulusal Kùltùrlerarası Hemşirelik Kongresi. 3-5 Haziran, Antalya. (Poster Sunumu).</p> <p>Yedikardaşlar C., Buldukoğlu K. (2013). Psychosocial Interventions In Depressive Disorders. 1st International Conference of Community and Public Health Nursing-Research, Education and Practice. (14-16 Kasım) Atina, Yunanistan. (Poster Sunumu).</p> <p>Yedikardaşlar C., Buldukoğlu K. (2013). Family-Based Psychoeducation Programs To The Prevention Depression For Children Of Depressed Parents: Systematic Review. 1st International Conference of Community and Public Health Nursing- Research, Education and Practice. (14-16 Kasım) Atina, Yunanistan. (Sùzel Sunum).</p> <p>Yalvaç H.D., Dikilitaş Y., Coşkun A., Yedikardaşlar C., Emùl M., Ùnal S. (2010) Bir Devlet Hastanesine Depresyon Nedeniyle Başvuran Olgularda Sosyodemografik Özellikler. 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İzmir. (Poster Sunumu).</p> <p>32.Uluslararası Katılımlı Grup Psikoterapileri Kongresi ve 2.Uluslararası Fepto Toplantı Sonrası Konferansı (Bergama-İzmir, 2007) (Katılımcı)</p>
Kurs	<p>Çözüm Odaklı Danışmanlık Yaklaşımı, Aile Danışmanları Derneği, Antalya (31 Mayıs /1-2 Haziran 2013)</p> <p>Bilişsel Davranışçı Terapi Kursu /İzmir (şubat 2013-Kasım 2014-3 Modùl tamamlandı, süpervizyona devam edilecek)</p>
Bilimsel Yayınlar	<p>Yalvaç H.D., Dikilitaş Y., Coşkun A., Yedikardaşlar C., Emùl M., Ùnal S. (2011). Bir Devlet Hastanesine Depresyon Nedeniyle Başvuran Olgularda Sosyodemografik Özellikler Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji 1(2),16-20</p> <p>Başoğul C., Buldukoğlu K. Psychosocial Interventions in Depressive Disorders. Current Aproaches in Psychiatry. Psikiyatride Güncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry. 2015; 7(1): 1-15 doi: 10.5455/cap.20140426072955</p> <p>Başoğul C., Buldukoğlu K. Family-Based Psychoeducation Programs for Prevention of Depression in Adolescents with Depressed Parents: A Systematic Review. Psikiyatride Güncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry. 2015; 7(3): 265-279 doi: 10.5455/cap.20140922121006</p>

EK-6. Depresyonla Başa Çıkma Programı Çalışma Kitabından Alıntılar

DEPRESİF BELİRTİLERİ ÇALIŞMA TABLOSU

Depresif belirtiler genel olarak dört kategoride gruplandırılır. Bazı belirtiler uykusuzluk, iştahsızlık ya da fiziksel bitkinlik gibi fizyolojik türdendir. Bazı belirtiler umutsuzluk, üzgün ve ağlamaklı hissetme, intiharı düşünme gibi duygusal (duygular) türdendir. Bilişsel belirtiler suçluluk, değersizlik ve intihar düşünceleri gibi düşüncelerdir. Dördüncü kategori ise hareket ve davranışlarla ilgilidir. Yatakta uzanmak, dışarıya çıkmamak, insanlardan uzaklaşmak gibi belirtiler, örnek olarak verilebilir.

Depresyon yaşadığınızda, SİZ ne deneyimliyorsunuz?

FİZİKSEL	BİLİŞSEL	DAVRANIŞSAL	DUYGUSAL

GÜNLÜK RUH HALİ İZLEMİ

7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar

7	7	7	7	7	7	7
6	6	6	6	6	6	6
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar

Bağlantı Kurma Egzersizi

Senaryo 2: Akşam için özel bir yemek hazırlıyorsunuz, ancak eşiniz sizi arıyor ve yemeğe gelemeyeceğini, geç saatlere kadar çalışması gerektiğini söylüyor.

A) Kendinize şöyle söylüyorsunuz

Hissettiğiniz
Hayal Kırıklığı

B) Kendinize şöyle söylüyorsunuz

Hissettiğiniz
Endişeli

HAREKETLİLİĞİ ARTIRMA ÇALIŞMA SAYFASI

Depresyonla başa çıkmanın bir yolu kendiniz için keyifli şeyler yapmaktır. Basit ve hoş aktivitelerle enerjinizi yükseltebilirsiniz. Bu başlangıçta zor olabilir, ama durmayın ve enerjiniz yükselene kadar denemeye devam edin!

Hem zevkli hem de sorumluluk aldığınız aktiviteler arasında denge olması önemli!

Aktivite öncesi ve sonrası depresyon, keyifli duygular ve başarı duygunuzun oranını işaretlemeyi unutmayın!

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Kesinlikle yok	En az	Az	Biraz	Orta	Çok	Daha çok	Çok fazla	Aşırı fazla

Kendinizle ilgili ne fark ettiniz?

Aktivite ve zamanı	Depresyon	Keyifli duygular	Başarı
	Önce		
	Sonra		
Aktivite ve zamanı	Önce		
	Sonra		
Aktivite ve zamanı	Önce		
	Sonra		

HAFTALIK AKTİVİTE PROGRAMI

Gelecek hafta için planlayacağınız aktiviteler için kullanın. Keyifli aktiviteler ve sorumluluk gerektiren görevler arasında denge olduğundan emin olun!

Saatler	Ptesi	Salı	Çarş	Perş	Cuma	Ctesi	Pazar
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							

EĞLENCELİ AKTİVİTELER ANLAŞMASI

Benim amacım bu hafta her gün en az _____ eğlenceli aktivite yapmak. Her gün için toplam _____ aktivite yapacağım. Kendimi şununla ödüllendireceğim: _____

_____ (küçük ödül)

Eğer haftanın yedi günü içinde beş gün amacıma ulaşırsam, kendimi şununla ödüllendireceğim: _____

_____ (daha büyük ödül)

İmza: _____ Tarih: _____

ULAŞILAN AMAÇLAR

P.tesi	Salı	Çarş.	Perş.	Cuma	C.tesi	Pazar

ULAŞILAN AMAÇLAR

P.tesi	Salı	Çarş.	Perş.	Cuma	C.tesi	Pazar

Düşünce Günlüğü

<p>A. Harekete Geçiren Olay Bu bir durum, olay, bir düşünce veya bir hayali içerebilir.</p> <p>B. Sonuçlar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hislerinizi anlatan kelimeleri yazın2. Olayla en ilgili olan hissinizin altını çizin3. Bu hislerinizin yoğunluğuna göre puan verin(0 dan 100 e kadar)4. Yaşadığınız herhangi bir fiziksel duyum ya da davranışı not alın.	<p>B. İnançlar</p> <ol style="list-style-type: none">1. A ve C deki durumları listeleyin. Kendinize şunları sorun:2. "ben ne düşünüyordum?", "kendime ne söylüyordum?", "o anda aklımdan neler geçiyordu?"3. Sizi en çok sıkıntıya sokan düşünceyi belirleyin ve altını çizin.4. Bu düşünceye ne kadar inandığınıza 0'dan 100'e kadar puan verin. <p><u>Düşünce keşfetme sorusu:</u></p>
--	---

D- Dedektiflik ve Tartışma

Dedektiflik: Şimdi düşüncelerinizi inceleyerek kendinize sorun: "Düşüncemi destekleyen ya da çürüten **gerçek** kanıtlar nelerdir?"

<i>Acı Veren Düşüncem</i>	
Acı veren düşüncem için gerçek kanıt	Acı veren düşüncemi çürüten gerçek kanıt

Tartışma: Kendinize aşağıdaki soruları sorun...

- ✓ Durum başka açılardan nasıl görünüyor?
- ✓ Başkası bu durumu nasıl görürdü?
- ✓ Bu şekilde hissetmeseydim, bu durumu nasıl farklı görürdüm?
- ✓ Gerçekte, bunun olma olasılığı nedir?
- ✓ Bu şekilde düşünmek bana yardımcı oluyor mu?
- ✓ Size yardımcı olacak düşünceler, durumlar düşünün.

E-Sonuç

Dengelenmiş düşünceler: acı veren düşüncenizi destekleyen ve bu düşüncenizi çürüten tüm kanıtları inceledikten ve tartışma soruları üzerinde düşündükten sonra, bu düşüncenizi yeni yardımcı olan, dengelenmiş düşünce ile değiştirin.

Duyguyu tekrar oranla: C bölümündeki duyguyu 0 dan 100 e kadar tekrar oranla

Acı veren düşünceyi tekrar oranla: Dedektiflik ve tartışma bölümünü tekrar oku ve oranla

Temel İnançlarla Mücadele

Temel inançlarınızla mücadele etmek ve değerlendirmek için kendinize şu soruyu sorun:

“Bu inancımın her zaman tam olarak doğru olmadığına dair elimde neler var?”

Aşağıdaki listeye bununla ilgili her şeyi yazabilirsiniz. Emin olmasanız bile amaca uygun olan her şeyi yazmayı unutmayın.

Mücadele edilecek temel inanç:

İnancınızın HER ZAMAN, TAM olarak doğru olmadığını anlatan yaşantılar

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Bu yazdıklarınızı düşünerek başka dengelenmiş bir inanç geliştirin. Bu yaşantılarınızın temel inancınızın her zaman ve tamamen doğru olmadığını gösterdiğini hatırlayın. Size yardımcı olacak en uygun “dengelenmiş temel inanç” ne olabilir, aşağıya yazın.

Dengelenmiş temel inanç:

Ayşe hastanede çalışmaktadır. Bu örnekte, Ayşe'nin temel inancına (ben sevimsiz biriyim) karşı olan yaşantıları şunlardır:

1. Okuldayken dört tane gerçekten çok iyi arkadaşım vardı. Her gün birlikte zaman geçirirdik. Ancak, mezun olduktan sonra bağlantı kuramadık ama beni seven arkadaşlarım var.
2. Eski komşum iyi bir arkadaştı. Bana kendisiyle ilgili birçok şey anlatıyordu ama taşınmak zorunda kaldılar. Hala ara sıra iletişim kuruyoruz.
3. Çalıştığım hastanede birlikte kahve içip sohbet ettiğim bir arkadaşım var.

📌 Ayşe'nin dengelenmiş yeni temel inancı şöyle olabilir: “Her zaman herkes beni sevmeyecek, ama ben insanlara karşı sempatik biriyim.”

YAŞAM PLANI ÇALIŞMA SAYFASI: UZUN DÖNEM AMAÇLAR

Amaçlarınız Neler?	Potansiyel Engeller?	Engellerle Baş Etmek İçin Planlar
1. Arkadaşlar		
2. Eğitim/Okul		
3. İş Planları		
4. Dinlenme/Eğlence		
5. Ev/Aile		
6. Romantik İlişkiler		
7. Ruhsal/Dini		

EK-7. Çalışma Kitabı İçerğinde Kullanılan Materyallerin Kullanım İzni

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gerekli | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

RE: workbooks (Back from the Bluez)



CCI, Info
24.11.2014
Siz

Yanıtla

Thank you for taking an interest in the work of CCI.

Your request has been reviewed by the Director of CCI and you have been given permission from CCI to use our materials in keeping with the following conditions;

"I undertake to make no changes to any of the material used (from the CCI website) and always keep the CCI logo on all material used."

*** Please reply to this email confirming that you abide by the above conditions we have requested.*

We hope that this work may benefit your clients

Kind regards

Centre for Clinical Interventions
| Psychotherapy | Research | Training
223 James Street, Northbridge Western Australia 6003
T: +61 8 9227 4399 | F: +61 8 9328 5911

EK-8. Neuman Sistemler Modelinin Kullanımına ilişkin Eileen Gigliotti'nin Görüşü

Outlook.com

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

The Neuman systems

RE: The Neuman systems model

Eileen Gigliotti (Eileen.Gigliotti@csi.cuny.edu) Kişiyle ekle 29.09.2014

Kime: Ceyda BAŞOĞUL

you can certainly use the concept of depression as the core response. However, if I were interested in the core response then I would concentrate on strengthening the lines of resistance and not the normal line of defense. The normal line of defense is a steady state (sort of a benchmark or guideline to knowing if the stressor has invaded the system)

Hope this helps

There is a researcher at Dokuz Eylül (spelling) university in Izmir who is using the NISM (Neslihan Partlak Gunnison) perhaps you two should communicate too.

Eileen Gigliotti RN, PhD
Professor
The City University of New York
Department of Nursing
College of Staten Island
and
Professor and Deputy Executive Officer
PHD (Nursing Science) Program
The Graduate Center of the City University of New York
365 Fifth Avenue
NY, NY

From: Ceyda BAŞOĞUL [ceydayk@hotmail.com]
Sent: Monday, September 29, 2014 11:09 AM
To: Eileen Gigliotti
Subject: The Neuman systems model

Dear Prof.Dr. Eileen Gigliotti,

I am a Phd student in Psychiatry Nursing at Akdeniz University in Antalya in Turkey. I am studying about psychoeducation with cognitive behavioral therapy techniques for Depression on my dissertation. I want to use The Neuman systems model. I read and study about NISM and I think this model is suitable for my study. I have used concepts of the Neuman systems model to lighten depression but I couldn't resolve the concept of core response. Could I use this concept as depression? My purpose is strengthening the lines of defense (especially normal line).

I want to get an opinion from you about this issue. I would be glad if you can help.

© 2015 Microsoft. Koşullar Gelişlik ve tanımlama bilgileri Geliştiriciler Türkiye

EK-9. Program İçeriği ve Kavramsal Temelleri

Bu program, depresyon tanısı almış ve Beck Depresyon Ölçeğine göre hafif ve orta dereceli depresyonu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara altı oturumluk bireysel psikoeğitim programı şeklinde yürütülmüştür. Program yapılandırılırken, Beck'in bilişsel modeline ait tekniklerden yararlanılarak Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiştir. Program yürütülürken oturumlarda hastalara verilen Depresyonla Başa Çıkma Programı Çalışma Kitabı kullanılmıştır. Aşağıdaki tabloda birinci sütunda oturum başlığı, öğrenme hedefleri ve kazanımlar yer almaktadır. İkinci sütunda oturum içerikleri ve üçüncü sütunda programın temellendirildiği Neuman'ın Sistemler Modeline ait programla ilişkili kavramlar belirtilmiştir.

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM' ye Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturum İçerikleri	NSM'ye göre Depresyonla Başa Çıkma Programı Kuramsal Temelleri
<p>1. Oturum (25 -30 dakika)</p> <p>Depresyonu Tanıma</p> <p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bireyin depresyonu ve depresyonun belirtilerini tanıyabilmesi,• Bireyin kendinde var olan depresyon belirtilerini ifade edebilmesi,• Bireyin depresyonun nedenlerini kavrayabilmesi,• Bireyin günlük ruh halini izleyebilmesi,• Bireyin depresyonda sağlıklı yaşam davranışları (spor yapma, sağlıklı beslenme, dinlendirici bir uyku uyuma) hakkında bilgi sahibi olması• Bireyin gevşeme için solunum tekniklerini öğrenip uygulayabilmesi. <p>Kazanımlar:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Birey depresyon ve depresyonda yaşananlar	<ul style="list-style-type: none">▪ Eğitici hemşire katılımcıya “hoş geldiniz” der, kendisini tanıtır ve oturuma başlar.▪ Katılımcı birey kendini tanıtır.▪ Program içeriği, kullanılacak çalışma kitabı hakkında bilgi verilir.▪ Katılımcıyla genel olarak beklentiler ve dikkat edilecek noktalar paylaşılır. <p>Hemşire <u>fizyolojik değişkenler</u> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Bireyin depresyonun nedenleri ve fizyolojik belirtilerini öğrenmelerine yardımcı olur.▪ Bireyin depresyonda spor, beslenme ve uyku gibi sağlıklı yaşam davranışlarının önemini kavramasına yardımcı olur ve bu konularda yapılacaklar konusunda motivasyonunu artırır.▪ Bireyin gevşeme için solunum tekniklerini öğrenmesine yardımcı olur.▪ Bireyin sakinleştirici solunum tekniğini öğrenerek uygulamasını ve fizyolojik olarak gevşemesini teşvik eder.▪ Bireyin “Depresif Belirtileri Çalışma Tablosu”nu doldurmalarını isteyerek bu konuda farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur. <p>Hemşire <u>psikolojik değişkenler</u> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Bireyin kendisini tanıtmalarını sağlayarak var olma ve etkileşime dâhil olma duygularının uyanmasına destek olur.▪ Bireyin depresyonun nedenleri ve psikolojik belirtilerini öğrenmesine	<p>Hasta fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spritual değişkenlerden oluşan bir bütündür. Bu beş değişkenin işlevi sistemin dengesine zamanında ulaşmak, sürdürmek ve korumaktır. Bu değişkenlerin altındaki her faktör aynı zamanda bir stresör olabilir (Neuman, 1990).</p> <p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <u>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel</u> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir. Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı ve yazılı egzersizler yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak, sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Neuman hemşireliğin bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile</p>

<p>belirtiler konusunda farkındalık kazanır.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Depresyonda yaşanan ruh hali değişikliklerini tanımlar ve (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan Günlük Ruh Hali İzlemi (Ek-13) tablosuna kendi ruh halini kaydeder. ➤ Depresyonda yaşanabilen fiziksel, bilişsel, davranışsal ve duygusal değişiklikleri konusunda farkındalık kazanır ve Depresif Belirtileri Çalışma Tablosuna (Ek-13) kendi deneyimlediği belirtileri işler. ➤ Depresyonun nedenleriyle ilgili bilgi sahibi olur. ➤ Depresyonda sağlıklı yaşam davranışlarının (spor, beslenme, uyku) önemi ve ruh haline etkileri konusunda farkındalık kazanır ve bu konularda yapılabilecekler konusunda bilgi sahibi olur. ➤ Gevşeme için solunum teknikleri ile ilgili bilgi sahibi olur, sakinleştirici solunum tekniğinin etkileri konusunda farkındalık kazanır. ➤ Eğitici ile etkileşimde bulunur. 	<p>yardımcı olur ve bu konudaki farkındalığını artırabilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireyin (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Günlük Ruh Hali İzlem Tablosu”nu doldurmasını isteyerek bu konuda farkındalık geliştirmesine yardımcı olur. ▪ Bireyin depresyonda spor, beslenme ve uyku gibi sağlıklı yaşam davranışlarının ruh hali üzerindeki stresi azaltmaya yönelik olumlu etkilerini kavramasına yardımcı olur. Ayrıca bu konularda yapılacaklar konusunda motivasyonunu artırabilir. ▪ Bireyin gevşeme için solunum tekniklerini öğrenmesine ve uygulamasına yardımcı olur. ▪ Bireyin, paylaşımında bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirmesine, öz saygısının artmasına yardımcı olur. ▪ Oturum içeriğini özetleyerek ve bir sonraki oturumun içeriğini, zamanını hatırlatarak bireyin farkındalığını sağlar. <p>Hemşire <i>sosyo-kültürel değişkenler</i> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresyonda kişilerarası ilişkiler, rol ve sorumluluklar konusunda yaşanan sorunlar konusunda bilgiler paylaşarak farkındalık sağlar. Kendi durumu ile ilişki kurmasına yardım edilir. <ul style="list-style-type: none"> • Oturumda paylaşılan bilgileri dinlediği, uygulamalara katıldığı ve katkı sağladığı için teşekkür edilir. • Oturum içeriği kısaca özetlenir ve ev ödevi olarak nelerin yapılacağı paylaşılır. • Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve vedalaşmanın ardından oturum sonlandırılır. 	<p>ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (akt:Fawcett, 2005).</p> <p><i>Kuramsal Temel</i> Fizyolojik değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin genetik potansiyeli, vücut yapısı ve işlevlerini içerir (Fawcett, 2005). Depresyonda somatik şikâyetler, kilo değişiklikleri, libidonun azalması, yorgunluk, hareketlerde yavaşlama fizyolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Psikolojik Değişkenler:</i> Bu değişkenin kapsamı bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Çökkün duygudurum, üzüntü, sinirlilik, bilişsel problemler, yanlış inançlar, yas, düşük öz saygı, günlük aktivitelere ilgisizlik, intihar düşünceleri, fazla duygusallık, duygu eksikliği, kısa dikkat süresi, ölüm düşünceleri ve umutsuzluk depresyonda görülen psikolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Sosyo-kültürel Değişkenler:</i> Sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlar (Fawcett, 2005). Kişilerarası çatışma, rollerde zorlanma, diğer kişilerden kaçınma, iş sorunları, görevlerin ihmali, evlilik sorunları ve izolasyon depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p>
--	---	---

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM' ye Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturum İçerikleri	NSM'ye göre Depresyonla Başa Çıkma Programı Kuramsal Temelleri
<p>2. Oturum (30-35 dakika)</p> <p>Davranışsal Stratejiler</p> <p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin depresyonla baş etmek için davranışsal stratejiler kazanması <p>Kazanımlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Birey düşünme ve hissetme arasındaki ilişkiyi ve düşüncelerin duyguları nasıl etkilediğini ve otomatik düşüncelerin önemini bilir. ➤ Düşünce ve duygular arasındaki bağlantıyı kurmak için (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan yazılı egzersizleri yapar. ➤ Duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi kavrayabilir. ➤ Depresyondaki olumlu ve olumsuz döngüyü anlar. ➤ Olumsuz depresyon döngüsünü olumluya çevirmek için düşünce veya davranış değişikliği konusunda bilgi sahibi olur. ➤ Hareketliliği artırmaya ilişkin (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Hareketliliği Artırma Çalışma Sayfası”nı (Ek-13) kullanarak aktivite planlar. ➤ Birey kendisine uygun aktiviteleri seçerek haftalık aktivite programı yapar. ➤ Amaca ulaşmayı kolaylaştırmak için kendisiyle (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan yazılı eğlenceli aktiviteler anlaşması (Ek-13) yapar. ➤ Eğitici ile paylaşımlarda bulunur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitici hemşire katılımcı bireye “hoş geldiniz” der ve oturuma başlar. • Bir önceki oturumda paylaşılan konular özetlenerek hatırlatılır. • Katılımcının ev ödevlerini yapıp yapmadığı sorularak varsa sorular değerlendirilir. • Bu oturumun içeriği hakkında kısa bilgi verilir. <p>Hemşire fizyolojik değişkenler alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duygu-düşünce ve davranış ilişkisi, hareketliliği artırmanın önemini paylaşarak bireyin bu konulardaki farkındalığını artırır. ▪ (DBÇP) Çalışma Kitabındaki “Eğlence Aktiviteleri Kataloğu”nda yer alan aktiviteler birlikte gözden geçirilerek bireyin kaybolan ilgi ve enerjisini yeniden kazanmasına yardımcı olunur. ▪ Katılımcıdan (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Eğlence Aktiviteleri Kataloğu”ndan seçeceği ya da kendisinin istediği 2-3 aktivite belirlemesini ve bunları “Hareketliliği Artırma Çalışma Sayfası”nda (Ek-13) planlayarak yazması ister. ▪ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Haftalık Aktivite Programı”nın (Ek-13) incelenmesini ister ve bir sonraki oturuma kadar bu sayfanın yazılarak doldurulmasını söyleyerek bireyin aktivite planlamasına yardımcı olur. ▪ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Eğlenceli Aktiviteler Anlaşması”nın (Ek-13) doldurmasını ister ve ödül seçmenin önemi paylaşarak bireyin bu konudaki motivasyonunu artırır. <p>Haftalık aktivite planlaması konusunda ev ödevi verilerek bireyin hareketliliği artırılır.</p> <p>Hemşire psikolojik değişkenler alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Düşünce ve hissetme ilişkisi, otomatik düşüncelerle ilgili bilgiler paylaşarak bu konuyu kavramasını sağlar. ▪ Düşünce ve hisler arasındaki bağlantıyı kurabilmek için katılımcıdan (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Bağlantı Kurma” egzersizlerini (Ek-13) yapmasını isteyerek öğrendiklerini pekiştirmesini sağlar. ▪ Duygu-düşünce ve davranış ilişkisi, depresyonun olumlu ve olumsuz döngüleri hakkındaki bilgileri paylaşarak bireyin bu konuda farkındalığının artmasına yardımcı olur. ▪ Bireyin kendisi (eğitici hemşire) ile paylaşımında bulunmasını sağlayarak 	<p>Bu oturumda NSM’ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <u>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spritual</u> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı ve yazılı egzersizler yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak ve sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Neuman hemşireliği bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (akt:Fawcett, 2005).</p> <p>Kuramsal Temel Fizyolojik değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin genetik potansiyeli, vücut yapısı ve işlevlerini içerir (Fawcett, 2005). Depresyonda somatik şikâyetler, kilo değişiklikleri, libidonun azalması, yorgunluk, hareketlerde yavaşlama fizyolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Psikolojik Değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Çökkün duygudurum, üzüntü, sınırlılık, bilişsel problemler, yanlış inançlar, yas, düşük öz saygı, günlük aktivitelere ilgisizlik, intihar</p>

	<p>iletişim becerilerini güçlendirmesine, öz saygısının artmasına yardımcı olur.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Olumsuz depresyon döngüsünü olumluya çevirmek için yapılabilecekler paylaşılır ve bireyin yapabilecekleri konusunda düşünmesini destekler. ▪ Bireyin aktivite planlayıp yazmasını ister. Böylece bireyin ilgi ve enerjisini artırmaya çalışır. ▪ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Eğlenceli Aktiviteler Anlaşması”nı (Ek-13) doldurmasını isteyerek bireyin aktivite planlama istek ve motivasyonunu artırır. ▪ Planlanan aktivitelerin uygulama öncesi ve sonrası durumlarını belirtmesini ister. Böylece aktivitenin yarattığı etkinin farkına varmasını sağlar. ▪ Ödül seçme ve bu konuda dikkat edilecek konular hakkında bilgi vererek bireyin karar verme, ödül konusunda düşünme, istek ve ilginin uyanması konularında bireye destek verir. ▪ Ödev olarak (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Günlük Ruh Hali İzlem Tablosu”nu (Ek-13) doldurmasını isteyerek bu konuda farkındalık geliştirmesine yardımcı olur. ▪ Oturum içeriğini özetleyerek ve bir sonraki oturumun içeriği, zamanını hatırlatarak bireyin farkındalığını sağlar. <p>Hemşire <i>sosyo-kültürel değişkenler</i> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eğlenceli aktiviteler planlamasını ve uygulamasına destek olarak sosyal ortamlarda bulunmasına yardımcı olur <p>Hemşire <i>spiritüel değişkenler</i> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireyin aktivite seçerken kendi seçimine öncelik vererek, ne istediğini düşünme, farkına varma, karar verme, kişisel değerleri konusunda farkındalık geliştirmesine fırsat sağlar. ▪ Ödül seçmesini isteyerek, bireyin kendisi için anlamlı olan şeyleri sorgulayarak düşünmelerini sağlar. <ul style="list-style-type: none"> • Oturumda paylaşılan bilgileri dinlediği, uygulamalara katıldığı ve katkı sağladığı için teşekkür edilir. • Oturum içeriği kısaca özetlenir ve ev ödevi olarak nelerin yapılacağı paylaşılır. • Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve vedalaşmanın ardından oturum sonlandırılır. 	<p>düşünceleri, fazla duygusallık, duygu eksikliği, kısa dikkat süresi, ölüm düşünceleri ve umutsuzluk depresyonda görülen psikolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Spiritüel Değişkenler:</i> Yaşam amacı, bireyin yaşamında bulduğu anlam, sahip olduğu kişisel ve profesyonel değerlerdir (Fawcett, 2005). Terk etme/edilme, umutsuzluk, değersizlik, bilinemezlik, sınırlı gelecek görüşü depresyonda görülen spiritüel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p>
--	---	--

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM' ye Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturum İçerikleri	NSM'ye göre Depresyonla Başa Çıkma Programı Kuramsal Temelleri
<p>3. Oturum (50- 60 dakika)</p> <p>Bilişsel Stratejiler</p> <p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin yardımcı olmayan otomatik düşüncelerini keşfetmesi • Bireyin yardımcı olmayan otomatik düşünme stillerini öğrenerek kendisinin sıklıkla kullandığı stilleri belirlemesi • Bireyin depresyonla baş etmek için bilişsel stratejiler kazanması <p>Kazanımlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Birey yardımcı olmayan düşüncelerle ilgili bilgi sahibi olur. ➤ Yardımcı olmayan düşünceleri ortaya çıkarmak için düşünceyi keşfetme sorularını kullanabilir. ➤ Duygu-düşünce-davranış analizi yapmak ve yardımcı olmayan düşünceleri keşfetmek için (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan Düşünce Günlüğü örneğini (Ek-13) diğer katılımcılarla birlikte inceler. ➤ “Düşünce Günlüğünü” (Ek-13) yazarak doldurur. ➤ Yardımcı olmayan otomatik düşünce stillerini bilir. ➤ Birey kendisinin sıklıkla kullandığı düşünce stillerini belirleyebilir. ➤ Yardımcı olmayan otomatik düşünme stilleri ile ilgili (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan sorular doldurarak bu stillerle ilgili düşünce ve duygularının farkına varır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitici katılımcı bireye “hoş geldiniz” der ve oturuma başlar. • Bir önceki oturumda paylaşılan konular özetlenerek hatırlatılır. • Katılımcının ev ödevlerini yapıp yapmadığı sorularak varsa sorular değerlendirilir. • Bu oturumun içeriği hakkında kısa bilgi verilir. <p>Hemşire <i>fizyolojik değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireyin duygu-düşünce-davranış analizi yaparak “Düşünce Günlüğü”nü (Ek-13) inceleyerek doldurmasını ister, böylece bireyin belli bir durumda yaşadığı fiziksel duyum ya da davranışın farkına varmasını ve üzerinde düşünmesini sağlar. ▪ Haftalık aktivite planlaması konusunda ev ödevi verilerek bireyin hareketliliği artırılır. <p>Hemşire <i>psikolojik değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yardımcı olmayan otomatik düşünceleri ortaya çıkarmakla ilgili bilgileri paylaşır ve bu düşünceleri ortaya çıkarmasına yardımcı olur. ▪ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Düşünce Günlüğü”nü (Ek-13) doldurmasını isteyerek belli bir durumda yaşadığı hisler, hislerin yoğunluğu, inançları, düşünceleri ve bu düşünceye ne kadar inandığını incelemesini sağlayarak farkındalığının artmasını sağlar. ▪ Yardımcı olmayan otomatik düşünme stilleri ile ilgili bilgileri paylaşarak bireyin bilgi ve farkındalığını artırır. ▪ Sıklıkla kullandığı, kendisine yakın olan düşünce stillerinden birkaç tanesini belirlemesi ve bu stillerle ilgili 3 soruyu yanıtlamasını ister, böylece duygu ve düşünceleri arasındaki bağlantının farkına varmasına yardımcı olur. ▪ Bireyin, kendisi (eğitici hemşire) ile paylaşımda bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirmelerine, öz saygılarının artmasına yardımcı olur. ▪ Oturum içeriğini özetleyerek ve bir sonraki oturumun içeriği, zamanını hatırlatarak bireylerin farkındalığını sağlar ▪ Ödev olarak “Günlük Ruh Hali İzlem Tablosu”nu (Ek-13) doldurmalarını isteyerek bu konuda farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur. 	<p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <i>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve spritual</i> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı ve yazılı egzersizler yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak ve sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Neuman hemşireliği bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görülür (akt:Fawcett, 2005).</p> <p>Kuramsal Temel Fizyolojik değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin genetik potansiyeli, vücut yapısı ve işlevlerini içerir (Fawcett, 2005). Depresyonda somatik şikâyetler, kilo değişiklikleri, libidonun azalması, yorgunluk, hareketlerde yavaşlama fizyolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Psikolojik Değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Çökkün duygudurum, üzüntü, sinirlilik, bilişsel problemler, yanlış inançlar, yas, düşük öz saygı, günlük aktivitelere ilgisizlik, intihar düşünceleri, fazla duygusallık, duygu eksikliği,</p>

<p>➤ Eğitici ile etkileşimde bulunur.</p>	<p>Hemşire <i>spiritüel değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sıklıkla kullandığı, kendisine yakın olan yardımcı olmayan otomatik düşünce stillerinden birkaç tanesini belirlemesi ve bu stillerle ilgili üç soruyu yanıtlamasını ister. Böylece bireyin belli durumlardaki kişisel düşünce, his ve tepkileri, sahip olduğu değer ve inançları konusunda farkındalık geliştirmesine yardımcı olur.• Oturumda paylaşılan bilgileri dinlediği, uygulamalara katıldığı ve katkı sağladığı için teşekkür edilir.• Oturum içeriği kısaca özetlenir ve ev ödevi olarak nelerin yapılacağı paylaşılır.• Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve vedalaşmanın ardından oturum sonlandırılır.	<p>kısa dikkat süresi, ölüm düşünceleri ve umutsuzluk depresyonda görülen psikolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Sosyo-kültürel Değişkenler:</i> Sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlar (Fawcett, 2005). Kişilerarası çatışma, rollerde zorlanma, diğer kişilerden kaçınma, iş sorunları, görevlerin ihmali, evlilik sorunları ve izolasyon depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Spiritüel Değişkenler:</i> Yaşam amacı, bireyin yaşamında bulduğu anlam, sahip olduğu kişisel ve profesyonel değerlerdir (Fawcett, 2005). Terk etme/edilme, umutsuzluk, değersizlik, bilinemezlik, sınırlı gelecek görüşü depresyonda görülen spiritüel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p>
---	---	---

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM' ye Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturum İçerikleri	NSM'ye göre Depresyonla Başa Çıkma Programı Kuramsal Temelleri
<p>4. Oturum (50-60 dakika)</p> <p>Bilişsel Stratejiler</p> <p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin otomatik düşüncelerini değiştirebilmek için olası yaklaşımları bilmesi • Bireyin yardımcı olmayan otomatik düşüncelerinin yerine dengelenmiş ve yardımcı olan düşünceleri yerleştirebilmesi • Bireyin yeni dengelenmiş ve yardımcı olan düşüncelerini eyleme dönüştürebilmesi • Bireyin temel inançlar konusunda bilgi sahibi olması • Bireyin temel inançlarını belirleyerek onlarla mücadele edebilmesi • Bireyin depresyonla baş etmek için bilişsel stratejiler kazanması <p>Kazanımlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Birey yardımcı olmayan otomatik düşüncelerini sorgulamak için yardımcı soruları yanıtlar. ➢ Otomatik düşüncelerinin doğru ve mantıklı olup olmadığını değerlendirir. ➢ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan Düşünce Günlüğüne eklenen Dedektiflik ve Tartışma bölümlerini inceler. ➢ Düşünce Günlüğündeki Dedektiflik ve Tartışma bölümünü (Ek-13) doldurarak düşüncesini destekleyen ya da çürüten gerçek kanıtları ortaya çıkarır. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitici katılımcı bireye “hoş geldiniz” der ve oturuma başlar. • Bir önceki oturumda paylaşılan konular özetlenerek hatırlatılır. • Katılımcının ev ödevlerini yapıp yapmadığı sorularak varsa sorular değerlendirilir. • Bu oturumun içeriği hakkında kısa bilgi verilir. <p>Hemşire <i>fizyolojik değişkenler</i> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yardımcı olmayan olumsuz düşünceleri değiştirmeyi kolaylaştırmak için pratik yapmanın ve eyleme dönüştürmenin önemi ile ilgili bilgiler paylaşarak bireyin bu konudaki ilgi ve motivasyonu artırılabilir. ▪ Davranışlardan ve sosyal aktivitelerden kaçınmanın depresyonu devam ettirebileceği hakkında bilgiler paylaşarak eyleme geçmesi konusunda yardımcı olur. ▪ Düşünce ve duygularını davranışlar ile ilişkilendirmesine yardım edilir. ▪ Temel inançlarla mücadele etmek için yardımcı olacak davranışsal deneylere ilişkin bilgiler vererek, böyle deneyler planlaması konusunda birey teşvik edilir. ▪ Pratik yapma, eyleme geçme, sosyal aktivitelere katılmanın önemi paylaşarak hareketlerde yavaşlama azaltılabilir/önenebilir. ▪ Haftalık aktivite planlaması konusunda ev ödevi verilerek bireyin hareketliliği artırılır. <p>Hemşire <i>psikolojik değişkenler</i> alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireyin, paylaşımında bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirmesine, öz saygısının artmasına yardımcı olur. ▪ Otomatik düşüncelere meydan okuma, düşünceleri destekleyen veya çürüten kanıtları ortaya çıkarma ile ilgili bilgiler edinmesine ve yardımcı tartışma soruları ile bu düşünceleri irdelemesine yardımcı olur. ▪ Düşünceleri değiştirme, yeni düşüncenin bireyde yarattığı duygu ve bu duygunun oranını belirlemesini isteyerek, bireyin ruh halini yönetebildiğinin farkına varmasını sağlar. ▪ Yeni düşünceleri pekiştirmek için harekete geçme, girişimde bulunma ve keyifli aktiviteler yapma konusunda teşvik eder. ▪ Olumsuz düşüncelerin temelindeki temel inançları belirleme ve bunlarla 	<p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <i>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve spritual</i> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı ve yazılı egzersizler yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak ve sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Neuman hemşireliği bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (akt:Fawcett, 2005).</p> <p>Kuramsal Temel Fizyolojik değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin genetik potansiyeli, vücut yapısı ve işlevlerini içerir (Fawcett, 2005). Depresyonda somatik şikâyetler, kilo değişiklikleri, libidonun azalması, yorgunluk, hareketlerde yavaşlama fizyolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Psikolojik Değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Çökkün duygudurum, üzüntü, sinirlilik, bilişsel problemler, yanlış inançlar, yas, düşük öz saygı, günlük aktivitelere ilgisizlik, intihar düşünceleri, fazla duygusallık, duygu eksikliği,</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yardımcı olmayan otomatik düşüncesinin yerine yeni, dengelenmiş ve yardımcı olan düşüncesini belirler. ➤ Yeni dengelenmiş düşünce belirlendikten sonra nasıl hissettiğini kendisine sorar. ➤ Daha önce C bölümünde tanımladığı duygusuna bakarak, şimdi tekrar oran belirler. ➤ Dedektiflik ve Tartışma bölümünü tekrar okuyarak, acı veren otomatik düşüncesine ne kadar inandığına ilişkin tekrar oran belirler. ➤ Yeni ve dengelenmiş düşünceden sonra belirlediği oranları eskisi kadar büyük ve acı verici olmadığını kavrayabilir. ➤ Düşünceleri eyleme dönüştürmek için tekrarlama yapmanın önemini ve düşünce kartlarının nasıl kullanılacağını bilir. ➤ Diğer katılımcılarla birlikte Düşünce Günlüğünün bölümleri olan ABC ve DEF yi gözden geçirerek yapılanlar pekiştirilir. ➤ Otomatik düşüncelerin temelinde yatan temel inançları belirlemek için düşünce günlüklerinden “ben, diğer kişiler, dünya ve gelecek”le ilgili temaları ortaya çıkarır. ➤ Temel inancına erişmek için otomatik düşüncesine ilişkin kendisine sorular sorar. ➤ Temel inancıyla mücadele etmek için inancını çürüten yaşantılarını “Temel İnançlarla Mücadele Sayfası”na (Ek-13) yazar. ➤ Kendisine yardımcı olacak dengelenmiş temel inancını belirler ve yazar. ➤ Değiştirmenin zor olduğu temel inançlar için davranışsal deneyler konusunda bilgi sahibi olur ve Çalışma Kitabındaki örneği inceleyerek yeni bir deney planlayabilir. ➤ Eğitici ile etkileşimde bulunur. 	<p>mücadele etme konusunda bilgiler paylaşır, çalışma sayfasını doldurmaları konusunda teşvik eder.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oturum içeriğini özetleyerek ve bir sonraki oturumun içeriği, zamanını hatırlatarak bireylerin farkındalığını sağlar. ▪ Ödev olarak “Günlük Ruh Hali İzlem Tablosu”nu (Ek-13) doldurmalarını isteyerek bu konuda farkındalık geliştirmelerine yardımcı olur. <p>Hemşire sosyo-kültürel değişkenler alanın etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eğlenceli aktiviteler planlamasını ve uygulamasına destek olarak sosyal ortamlarda bulunmasına yardımcı olur. ▪ Yeni düşünceleri pekiştirmek için harekete geçme, girişimde bulunma ve keyifli aktiviteler yapma, davranışsal deneyler planlama konusunda teşvik eder. <p>Hemşire spiritüel değişkenler alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireyin olumsuz düşüncelerinin temelinde yatan temel inançlarını belirlemesine yardımcı olarak kişisel değerleri ve inançlarını sorgulamasını ve farkındalığının artmasını sağlar. <ul style="list-style-type: none"> • Oturumda paylaşılan bilgileri dinlediği, uygulamalara katıldığı ve katkı sağladığı için teşekkür edilir. • Oturum içeriği kısaca özetlenir ve ev ödevi olarak nelerin yapılacağı paylaşılır. • Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve vedalaşmanın ardından oturum sonlandırılır. 	<p>kısa dikkat süresi, ölüm düşünceleri ve umutsuzluk depresyonda görülen psikolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Sosyo-kültürel Değişkenler: Sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlar (Fawcett, 2005). Kişilerarası çatışma, rollerde zorlanma, diğer kişilerden kaçınma, iş sorunları, görevlerin ihmali, evlilik sorunları ve izolasyon depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Spiritüel Değişkenler: Yaşam amacı, bireyin yaşamında bulduğu anlam, sahip olduğu kişisel ve profesyonel değerlerdir (Fawcett, 2005). Terk etme/edilme, umutsuzluk, değersizlik, bilinemezlik, sınırlı gelecek görüşü depresyonda görülen spiritüel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p>
---	---	---

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM' ye Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturum İçerikleri	NSM'ye göre Depresyonla Başa Çıkma Programı Kuramsal Temelleri
<p>5. Oturum (50-60 dakika)</p> <p>Sosyal Beceriler</p> <p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin iletişim ve atılganlık konularında bilgilenmesi • Bireyin sosyal becerileri kullanma konusunda bilgilenmesi • Bireyin sosyal becerilerini ve iletişimini geliştirmesi ve sürdürmesi <p>Kazanımlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sosyal beceri ve iletişim konularında bilgi sahibi olur. ➤ Atılgan ve saldırgan davranış arasındaki farkları bilir. ➤ Atılgan olmak için yapılabilecekler konusunda bilgi sahibi olur. ➤ Atılganlığa çalışmak için bir plan geliştirebilir ve uygulayabilir. ➤ Sosyal becerileri kullanmadaki problemler konusunda bilgi sahibi olur. ➤ Sosyal becerileri kullanmadaki problemler baş etmede yapılabilecekler konusunda bilgi sahibi olur. ➤ Eğitici ile paylaşımlarda bulunur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitici katılımcı bireye “hoş geldiniz” der ve oturuma başlar. • Bir önceki oturumda paylaşılan konular özetlenerek hatırlatılır. • Katılımcının ev ödevlerini yapıp yapmadığı sorularak varsa sorular değerlendirilir. • Bu oturumun içeriği hakkında kısa bilgi verilir. <p>Hemşire <i>fizyolojik değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosyal beceri, saldırganlık ve atılganlık konularında bilgi paylaşımı yaparak, kendi beceri ve davranışlarının farkına varmasını sağlar. ▪ Atılgan davranış için önerilerde bulunarak, bu konuda plan yapmasını destekleyerek bireyi atılgan davranmaya teşvik eder. ▪ Sosyal becerileri kullanma konusunda bilgi ve öneriler paylaşarak, bireyin motivasyonunu artırır. ▪ Haftalık aktivite planlaması konusunda ev ödevi verilerek bireyin hareketliliği artırılır. <p>Hemşire <i>psikolojik değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosyal beceri ve iletişim, atılganlık konuları ile ilgili bilgiler paylaşarak bireyin kendi beceri ve iletişim özelliklerinin farkına varmasını sağlar. ▪ Atılgan davranabilme ve bu konuda plan hazırlama ile ilgili öneriler verir ve bireyi bu yönde destekler. ▪ Sosyal becerilerin gelişimi ile öz saygının artmasına yardımcı olur. ▪ Bireyin, kendisi (eğitici hemşire) ile paylaşımında bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirmelerine, öz saygılarının artmasına yardımcı olur. ▪ Oturum içeriğini özetleyerek ve bir sonraki oturumun içeriği, zamanını hatırlatarak bireyin farkındalığını artırabilir. ▪ Ödev olarak “Günlük Ruh Hali İzlem Tablosu”nu (Ek-13) doldurmasını isteyerek bu konuda farkındalık geliştirmesine yardımcı olur. <p>Hemşire <i>sosyo-kültürel değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin, kendisi (eğitici hemşire) ile paylaşımında bulunmasını sağlayarak etkileşimin artmasına yardımcı olur. ▪ Sosyal beceri ve iletişim, atılganlık konuları ile ilgili bilgiler paylaşarak bireyin kendi beceri ve iletişim özelliklerinin farkına varmasını sağlar. 	<p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <i>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spritual</i> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı ve yazılı egzersizler yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak ve sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Neuman hemşireliği bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görür (akt:Fawcett, 2005).</p> <p>Kuramsal Temel Fizyolojik değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin genetik potansiyeli, vücut yapısı ve işlevlerini içerir (Fawcett, 2005). Depresyonda somatik şikâyetler, kilo değişiklikleri, libidonun azalması, yorgunluk, hareketlerde yavaşlama fizyolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Psikolojik Değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Çökkün duygudurum, üzüntü, sınırlılık, bilişsel problemler, yanlış inançlar, yas, düşük öz saygı, günlük aktivitelere ilgisizlik, intihar</p>

	<ul style="list-style-type: none">▪ Atılgan davranabilme ve bu konuda plan hazırlama, sosyal becerileri kullanabilme ile ilgili öneriler verir ve bireyi bu yönde destekler. <p>Hemşire <i>gelişimsel değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sosyal beceriler konusunda teşvik ederek bireyin kendi yaş ve gelişimsel özelliklerine yönelik girişimlerde bulunmasını destekler. <p>Hemşire <i>spiritüel değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Bireyin sosyal becerileri planlarken kendi seçimine öncelik vererek, ne istediğini düşünme, farkına varma, karar verme, kişisel ve sosyal değerleri konusunda farkındalık geliştirmesine fırsat sağlar.▪ Sosyal becerileri kullanma konusunda ödül seçmesini isteyerek, bireyin kendisi için anlamlı olan şeyleri düşünmesini sağlar.▪ Atılgan davranmaya teşvik ederek bireyin kendisi ve diğer kişilerle olan etkileşimini geliştirmesini sağlar. Böylece yaşama bakış açısı ve değerlerini olumlu yönde güçlendirir. <ul style="list-style-type: none">• Oturumda paylaşılan bilgileri dinlediği, uygulamalara katıldığı ve katkı sağladığı için teşekkür edilir.• Oturum içeriği kısaca özetlenir ve ev ödevi olarak nelerin yapılacağı paylaşılır.• Bir sonraki oturumun zamanı ve içeriği hatırlatılır ve vedalaşmanın ardından oturum sonlandırılır.	<p>düşünceleri, fazla duygusallık, duygu eksikliği, kısa dikkat süresi, ölüm düşünceleri ve umutsuzluk depresyonda görülen psikolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Sosyo-kültürel Değişkenler:</i> Sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlar (Fawcett, 2005). Kişilerarası çatışma, rollerde zorlanma, diğer kişilerden kaçınma, iş sorunları, görevlerin ihmali, evlilik sorunları ve izolasyon depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Gelişimsel Değişkenler:</i> Yaşla ilgili olarak gelişimsel süreçleri işaret eder (Fawcett, 2005). Kimlik sorunları, bağımlılık durumu, pasiflik, güven azlığı, samimiyet eksikliği, ego bütünlüğünün azlığı depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Spiritüel Değişkenler:</i> Yaşam amacı, bireyin yaşamında bulduğu anlam, sahip olduğu kişisel ve profesyonel değerlerdir (Fawcett, 2005). Terk etme/edilme, umutsuzluk, değersizlik, bilinemezlik, sınırlı gelecek görüşü depresyonda görülen spiritüel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p>
--	--	--

Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	NSM' ye Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı Oturum İçerikleri	NSM'ye göre Depresyonla Başa Çıkma Programı Kuramsal Temelleri
<p>6. Oturum (50-60 dakika)</p> <p>Hedef Belirleme</p> <p>Hedefler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin sorun çözme konusunda becerilerini geliştirmesi • Bireyin kazanımlarını koruması • Bireyin bir yaşam planı geliştirmesi ve sürdürmesi <p>Kazanımlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sorun çözmenin önemi konusunda bilgi sahibi olur. ➢ Sorun çözme basamaklarını bilir ve uygulayabilir. ➢ Öğrenilen becerileri kalıcı hale getirmenin ve kazanımları korumanın önemi konusunda bilgi sahibi olur. ➢ Kazanımları korumak için yapılabilecekler konusunda bilgi sahibi olur. ➢ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan “Kazanımları Koruma Çalışma Sayfasında”ki Düşünme, Sosyal Aktiviteler, Egzersiz, Eğlence Aktiviteleri, Gevşeme, Profesyonel Destek ve Sosyal Destek alanlarına ➢ ilişkin planlarını yazar. ➢ Yaşam planı geliştirmenin önemi konusunda bilgi sahibi olur. ➢ (DBÇP) Çalışma Kitabında yer alan formu (Ek-13) kullanarak 7 alana ait uzun dönem amaçları içeren bir yaşam planı tasarlar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitici katılımcı bireye “hoş geldiniz” der ve oturuma başlar. • Bir önceki oturumda paylaşılan konular özetlenerek hatırlatılır. • Katılımcının ev ödevlerini yapıp yapmadığı sorularak varsa sorular değerlendirilir. • Bu oturumun içeriği hakkında kısa bilgi verilir. <p>Hemşire psikolojik değişkenler alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bireyin, kendisi (eğitici hemşire) ile paylaşmada bulunmasını sağlayarak iletişim becerilerini güçlendirmesine, öz saygısının artmasına yardımcı olur. ▪ Sorunlarla baş etmeye ilişkin bilgi ve önerileri paylaşarak, sorunların çözümünü konusunda bireye yardım eder. Böylece bireyin kaygısını azaltabilir, daha sonra karşılaşılabilecek sorunlarla da baş etme yollarını öğrenen birey kendisini daha iyi hissedebilir. ▪ Oturumlar boyunca edinilen kazanımların korunması için öneriler paylaşarak, iyilik halinin devamı konusunda birey desteklenir. ▪ Bir yaşam planı geliştirme, uzun dönem amaçlar, olası engeller ve engellerle baş etmek için planlar konusunda bilgiler paylaşılır. Bunları yazarak planlaması istenir. Böylece bireyin gelecekle ilgili amaç ve umutları pekiştirilir. ▪ Oturum içeriğini özetleyerek bireyin edindiği bilgilerin pekişmesini sağlar. <p>Hemşire sosyo-kültürel değişkenler alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin, kendisi (eğitici hemşire) ile paylaşmada bulunmasını sağlayarak etkileşimin artmasına yardımcı olur. • Kazanımları korumaya ilişkin düşünme, sosyal aktiviteler, eğlence aktiviteleri, egzersiz, gevşeme, öz bakım, sosyal destek ve hedefler alanlarında bireyin yapacaklarını yazmasını isteyerek bireyin kendisini izlemesi ve yönetmesi için destek olur. • Bir yaşam planı geliştirmesi yönünde destek olarak yaşamın birçok alanına yönelik amaçlarını değerlendirmesini ve harekete geçmesini sağlar. <p>Hemşire gelişimsel değişkenler alanında etkinliği artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bireyin yaşam planı geliştirmesini sağlayarak, yaşamın birçok alan ve 	<p>Bu oturumda NSM'ye göre temel yapının savunma ve direnç hatlarını oluşturan <u>fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, gelişimsel ve spritual</u> değişkenlere ilişkin gelişmeler değerlendirilir.</p> <p>Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya ve dolayısıyla savunma hatlarını güçlendirmeye yönelik bilgi paylaşımı ve yazılı egzersizler yapılır. Böylece bireyin savunma hatları (esnek hat, normal hat) ve direnç hattını oluşturan değişkenler güçlendirilerek temel yapı korunarak ve sistemin dengesi yeniden sağlanır.</p> <p>Neuman hemşireliği bireyin strese karşı olan tepkisini etkileyen değişkenlerin hepsi ile ilgilenen kendine özgü bir meslek olarak görülür (akt:Fawcett, 2005).</p> <p>Kuramsal Temel</p> <p>Psikolojik Değişkenler: Bu değişkenin kapsamı bireyin zihinsel ve duygusal süreçlerini içerir. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2005). Çökkün duygudurum, üzüntü, sinirlilik, bilişsel problemler, yanlış inançlar, yas, düşük öz saygı, günlük aktivitelere ilgisizlik, intihar düşünceleri, fazla duygusallık, duygu eksikliği, kısa dikkat süresi, ölüm düşünceleri ve umutsuzluk depresyonda görülen psikolojik değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p>Sosyo-kültürel Değişkenler: Sosyal ve kültürel şartların birey üzerine etkisini, bireyin</p>

	<p>dönemine ait hedefler belirlemesine yardımcı olur.</p> <p>Hemşire <i>spiritüel değişkenler</i> alanında etkinliğini artırmaya yönelik;</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sorunlarla nasıl baş edeceğine ilişkin bilgiler paylaşarak bireyin sahip olduğu kişisel değerlerin güçlenmesine yardım eder.▪ Birey bir yaşam planı hazırlamasıyla kendi seçimlerine öncelik vererek, amaçlarını düşünme, farkına varma, karar verme, kişisel ve sosyal değerleri konusunda farkındalık geliştirmesine fırsat sağlar. <ul style="list-style-type: none">• Oturumda paylaşılan bilgileri dinlediği, uygulamalara katıldığı ve katkı sağladığı için teşekkür edilir.• Oturum içeriği kısaca özetlenir• Bu oturum son oturum olduğu için katılımcıdan genel bir değerlendirme yapması beklenir ve vedalaşmanın ardından oturum sonlandırılır.	<p>çevresiyle olan etkileşimlerini tanımlar (Fawcett, 2005).</p> <p>Kişilerarası çatışma, rollerde zorlanma, diğer kişilerden kaçınma, iş sorunları, görevlerin ihmali, evlilik sorunları ve izolasyon depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Gelişimsel Değişkenler:</i> Yaşla ilgili olarak gelişimsel süreçleri işaret eder (Fawcett, 2005). Kimlik sorunları, bağımlılık durumu, pasiflik, güven azlığı, samimiyet eksikliği, ego bütünlüğünün azlığı depresyonda görülen sosyo-kültürel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p> <p><i>Spiritüel Değişkenler:</i> Yaşam amacı, bireyin yaşamında bulduğu anlam, sahip olduğu kişisel ve profesyonel değerlerdir (Fawcett, 2005). Terk etme/edilme, umutsuzluk, değersizlik, bilinemezlik, sınırlı gelecek görüşü depresyonda görülen spiritüel değişkenlerdir (Hassell, 1996).</p>
--	--	--

EK-10a

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(Girişim grubu için)**

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Arş. Gör. Ceyda BAŞOĞUL tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın psikoeğitim grubunda olduğum, eğitim programının içeriği, olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karŐılaŐmayacađımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

.....

Adresi:

.....

.....

Telefon No:

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Ceyda BAŞOĞUL

EK-10b

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(Kontrol Grubu İçin)

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Arş. Gör. Ceyda BAŐOGUL tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın kontrol grubunda olduğum, araştırma süresince rutin ilaç tedavisi ve poliklinik izlemi ile takip edileceğim ve çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Çalışma sonrasında isteğim doğrultusunda araştırmacı tarafından uygulanan eğitim programını alabileceğim açıklandı.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

.....

Adresi:

.....

.....

Telefon No:

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Ceyda BAŐOGUL

EK-11. Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/
Konu:

2014

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın Hastaların Başa Çıkma Stratejileri, Öz-Saygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:231	Tarih: 02.05.2014
	Sorumlu Araştırmacı Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU tarafından yürütülecek olan "Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın Hastaların Başa Çıkma Stratejileri, Öz-Saygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" adlı çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u> Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Leylan ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Özgür ERAY
Üye

Prof.Dr. Can GÜVEKOL
Üye

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ
Üye (İznil)

Prof.Dr.Köksal KOCAAGA
Üye (İznil)

Doç.Dr. Yeşim ŞENOL
Üye

Doç.Dr. Gülnehat KUTLU
Üye (İznil)

Doç.Dr. Doğa TIRKKAHRAMAN
Üye

Turgut ALTUN
Üye

EK-12. Kurumsal İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Adıyaman K.H.B. Genel Sekreterliği
Giden Evrak

Sayı : 66243326/251/
Konu : Araştırma İzni

Evrak Düz. Birim : İDARI HİZMETLER
Gönderilen Kurum : GENEL SEKRETERLİK
MAKAMINA
Konu : Araştırma İznii
Kayıt Tarihi : 21.4.2015 14:59:31

Evrak No : 4144

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

ADİYAMAN

Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapan Ceyda BAŞOĞUL Genel Sekreterliğinize bağlı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde "Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın Hastaların Başa Çıkma Stratejileri, Öz-Saygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" konulu araştırma yapacaktır. Anılan araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

Dr.Hüseyin ŞEN
İdari Hizmetler Başkanı



O L U R
.../04/2015
Uzm.Dr. Erdoğan ÖZ
Genel Sekreter



Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İrtibat İçin: E.KARADAŞ
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
Sitelere Mahallesi Kavi Yolu Sağlık Müdürlüğü Binası Kat:3 02200/ADİYAMAN
Telefon: (0-416) 225 10 21 Dahili 204 - 202 Faks: 212 12 22

Scanned by CamScanner

EK-13. Ölçek İzin Yazıları

Rosenberg Öz Saygı Ölçeği İzin Yazısı

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategoriler

Re: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği



fusunc@hacettepe.edu.tr

26.5.2014

Siz; COGEP dernek (cogepder@gmail.com)

Yanıtla

Bu ölçeğin kullanım hakkını Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneğine vermiş bulunuyorum. Cc'deki adreste bağlantı kurabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim

Sent by BlackBerry Internet Service from Turkcell

From: Ceyda BAŞOĞUL <ceydayk@hotmail.com>

Date: Mon, 26 May 2014 16:20:48 +0300

To: fusunc@hacettepe.edu.tr <fusunc@hacettepe.edu.tr>

Subject: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sayın Füsün Çuhadaroğlu,

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategoriler

Re: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği



Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

27.5.2014

Siz

Yanıtla

Belgeler



rosenberg.pdf

89 KB



ROSENBERG10.doc

28 KB



Rosenberg - aciklama.doc

24 KB

3 ekin (141 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

iyi çalışmalar teşekkür ederiz.

27 Mayıs 2014 09:15 tarihinde Ceyda BAŞOĞUL <ceydayk@hotmail.com> yazdı:

Merhaba,

"Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği" nin kullanımı için belirttiğiniz hesaba bağış yaptım. Dekont mailin alt kısmındadır.

İyi çalışmalar diliyorum.

Arş. Gör. Ceyda BAŞOĞUL

Akdeniz Üniversitesi

Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği İzin Yazısı

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategoriler

Re: Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği



FERDA AYSAN
11.12.2013
Siz

Yanıtla

Belgeler



başa çıkma ölçek.doc
61 KB



başa çıkma stratejileri ölç...
28 KB

2 ekin (89 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Ceyda Yedikardaslar,
Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği'ni araştırmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof.Dr. Ferda AYSAN

10 Aralık 2013 16:20 tarihinde ceyda yedikardaslar <ceydayk@hotmail.com> yazdı:

Merhaba Ferda Hanım,

Türkçe'ye uyarlama çalışması yaptığımız "Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği"ni kullanım izni konusunda size bu mesajı yazıyorum.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ceyda	Uyruğu	TC
Soyadı	Başoğul	Tel no	05545304472
Doğum tarihi	29.05.1981	e-posta	ceydayk@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Bandırma Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2000
Lisans	Ege Üniversitesi-Hemşirelik	2006
Yüksek Lisans	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Psikiyatri Hemşireliği	2009
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Psikiyatri Hemşireliği	2011-Devam ediyor.

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Menemen Devlet Hastanesi/İzmir	2003-2010
Hemşire	Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	2010-2013
Araştırma Görevlisi	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/İzmir	2013-2014
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Antalya	2014-2014
Araştırma Görevlisi	Adıyaman Üniversitesi/Sağlık Yüksekokulu/Adıyaman	2014-Devam ediyor.

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	ÜDS	73.75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	2013-2014

Yayınlar ve Bildiriler:

Baysan Arabacı L., Başoğul C., Büyükbayram A. Social Functionality and Internalized Stigmatization Levels of Forensic Psychiatric Patients. *Anatolian Journal of Psychiatry. Anadolu Psikiyatri Derg.* 2015; 16(2): 113-121 doi: [10.5455/apd.155230](https://doi.org/10.5455/apd.155230)

Yalvaç H.D., Dikilitaş Y., Coşkun A., Yedikardaşlar C., Emül M., Ünal S. (2010) Bir Devlet Hastanesine Depresyon Nedeniyle Başvuran Olgularda Sosyodemografik Özellikleri. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 1(2),16-20 (2011).

Başoğul C., Buldukoğlu K. Psychosocial Interventions in Depressive Disorders. *Current Approaches in Psychiatry. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry.* 2015; 7(1): 1-15 doi: [10.5455/cap.20140426072955](https://doi.org/10.5455/cap.20140426072955)

Başoğul C., Buldukoğlu K. Family-Based Psychoeducation Programs for Prevention of Depression in Adolescents with Depressed Parents: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry.* 2015; 7(3): 265-279. doi: [10.5455/cap.20140922121006](https://doi.org/10.5455/cap.20140922121006)