



T.C
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ODAKLI
PSİKOEĞİTİMİN ETKİLERİ**

Tuba GÜNDOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2017



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ODAKLI
PSİKOEĞİTİMİN ETKİLERİ**

Tuba GÜNDOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DEPRESYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ODAKLI
PSİKOEĞİTİMİN ETKİLERİ

Tuba GÜNDOĞAN

Tez Savunma Tarihi:20.01.2017
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı:

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.



Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi
Prof Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

İmzası


İNTİHAL RAPORU

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik ilkeler içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara da kaynaklar bölümünde yer verdiğimi yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

20.01.2017

Tuba GÜNDOĞAN

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde beni yönlendiren ve çalışmalarım boyunca her türlü desteği sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerini benden esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a, benim her zaman yanımda olan benden hiçbir desteğini esirgemeyen, maddi-manevi desteklerinden dolayı eşim Özkan GEÇDİ' ye beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan değerli annem Döndü GÜNDOĞAN'a, babam Reşit GÜNDOĞAN'a ve kardeşim Kürşat GÜNDOĞAN'a, eğitim hayatım boyunca bana yol gösteren ablam Pınar GÜNDOĞAN BOZDAĞ ve abim Ahmet BOZDAĞ'a, psikoegitim seanslarında bilgilerini benimle paylaşan değerli arkadaşım Huriye BABA KILINÇ'a, bütün mesai arkadaşlarıma, psikiyatri kliniklerindeki çalışmaya katılan hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tuba GÜNDOĞAN

Gaziantep/2017

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Depresyonun Tanımı	7
2.2. Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri	7
2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	8
2.4. Depresyonun Nedenleri.....	9
2.5. Depresyonun Belirti ve Bulguları	10
2.6. Depresyonun Tedavisi.....	11
2.7. Depresyon ve Umutsuzluk	13
2.8. Depresyon ve Stres ve Baş Etme	14
2.9. Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık	15
2.10. Psikolojik Dayanıklılığın Gelişiminde Risk ve Koruyucu Faktörler	16
2.11. Psikolojik Dayanıklılığın Karakteristik Özellikleri	18
2.12. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyini Artırmak İçin Amerikan Psikologlar Derneğinin Önerdiği 10 Farklı Yöntem	20
2.13. Psikolojik Dayanıklılığın Hemşirelikteki Önemi.....	21
2.14. Psikoeğitim.....	22
2.15. Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.5. Araştırma Süreci	29
3.6. Psikolojik Dayanıklılık Odaklı Psikoeğitim Programı.....	30
3.7. Girişim Materyali	32

3.8. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	60
8. EKLER.....	71
Ek 1: Kişisel Bilgi formu	71
Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği	72
Ek 3: Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	76
Ek 4: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği.....	77
Ek 5: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	78
Ek 6: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları.....	80
Ek 7: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	82
Ek 8: BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	83
ÖZGEÇMİŞ.....	84

TABLolar LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 1.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması.....	35
Tablo 2.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	38
Tablo 3.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Tablo 4.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 5.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 6.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 7.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 8.	Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Psikolojik Dayanıklılık Modeli	17
Şekil 2. Araştırma Planı.....	31



KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu)

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

CWD : The Copingwith Depression Course

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKT : Elektro Konvülsif Tedavi

KİT : Kişilerarası İlişkiler Terapisi

MAOI : Monoamin Oksidaz İnhibitörü

M.Ö : Milattan Önce

NE : Norepinefrin

SSGİ : Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

SSNGİ : Seçici Serotonin-Norepinefrin Gerilim İnhibitörleri

TCA : Trisiklik Antidepresan

5-HT : Serotonin

ÖZET

DEPRESYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ODAKLI PSİKOEĞİTİMİN ETKİLERİ

Tuba Gündoğan

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Ocak 2017, Sayfa 92

Çalışma, depresyon hastalarına verilen psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitimin hastaların depresyon, umutsuzluk, stresle baş etme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla, ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yapılmıştır. Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde depresyon tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerine uyan 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, 'Kişisel Bilgi Formu', 'Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)', 'Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)', 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)' ve 'Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)' ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda t-testi ve ki-kare analizi kullanılmıştır. Psikoeğitim haftada bir kez iki oturum şeklinde, toplam 10 oturum olarak uygulanmıştır. Eğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, yoğun umutsuzluk yaşadıkları, etkili-aktif başa çıkma stratejilerini az, pasif başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıkları ve psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde görüldüğü belirlenmiştir. Deney grubunda BDÖ ve BUÖ son-test ortalamalarının ön-teste göre anlamlı düzeyde azalma gösterdiği ($p<0.05$), kontrol grubunda anlamlı azalmanın olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Deney grubunda SBÇTÖ alt boyutlarından Kendine güvenli, İyimser ve Sosyal destek arama yaklaşımları son-test ortalamalarının ön-teste göre anlamlı düzeyde arttığı ve Çaresiz yaklaşımın azaldığı ($p<0.05$), kontrol grubunda Sosyal destek arama yaklaşımı hariç anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunda YPDÖ puan ortalamalarının son-testte ön-teste göre anlamlı farklılığın olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Sonuç olarak, psikoeğitimin depresyon hastalarının depresyon, umutsuzluk düzeylerini azaltmada, aktif stresle baş etme yaklaşımlarını artırmada, pasif baş etme davranışlarını azaltmada etkili olduğu, psikolojik dayanıklılık düzeylerinde ise kısmen etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Depresyon, Psikoeğitim, Psikolojik Dayanıklılık, Stres, Umutsuzluk

ABSTRACT

THE EFFECTS OF RESILIENCE-FOCUSED PSYCHOEDUCATION IN PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Tuba Gündoğan

Thesis of Master, Nursing Department

Master programme of Psychiatric Nursing

Advisor: Asso. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

January 2017, 92 pages

This study was conducted to determine the effects of resilience-focused psychoeducation on the level of depression, hopelessness, coping with stress, and psychological resilience in patients diagnosed with depression. This semi-experimental study was conducted using pre and post-tests, with control groups. All the patients diagnosed as depression Kahramanmaraş Necip Fazıl City Hospital in during the research constitute the research population. The sample of the research has been consisted of 60 patients who are suitable for the criteria of the research, 30 patients in research group and 30 patients in control group. The data has been collected by using The Personal Information Form, Beck Depression Scale (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Ways of Coping Scale (WCS) and The Resilience Scale for Adults (RSA). For evaluating the dates, percentile, arithmetic mean, standart deviation, t-test for dependent and independent groups and chi-square analysis has been used. Psychoeducation was provided in the form of group training 2 times a week in total of 10 sessions. For the pretest, experimental and control groups the levels of hopelessness and depression was seen high level, the level of psychological resilience was seen moderate level and patients less used effectively- active coping strategies and more used of passive coping strategies. The BDI and BHS posttest score of the experimental group was found to be decreased to be significantly according to pretest score ($p < 0.05$), at the comparison of the control group was not found to be significantly decreased ($p > 0.05$). The increases in the score of WCS sub-dimension Self-confident, Optimistic approaches and seeking of social support coping styles and the decrease of score of the Helpless approach of patients in experimental group in posttest compared with pretest are significant ($p < 0.05$). It is not important difference in the patients in control group ($p > 0.05$), except seeking of social support coping styles. RSA scores of patients in experimental and control group in posttest compared with pretest are not significantly different ($p < 0.05$).

Consequently, the psychoeducation has been effective on decreasing the level of depression, hopelessness levels of the patients with depression, and increasing effectively- active coping strategies and decreasing the passive coping strategies. It has been partially effective on the level of psychological resilience.

Key words: Depression, hopelessness, psychoeducation, psychological resilience, stress

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Depresyon, yaygın, yüksek kronikleşme ve yinleme oranı, önemli suid riski ve iş gücü kaybına yol açması nedeniyle ciddi bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur. Depresyon önemli sosyal yetersizliğe, eğitim yaşamında başarısızlığa, mortalitede artışa neden olan, ciddi belirtiler ve yetiyitimi ile giden, maliyeti yüksek bir bozukluktur. Bu yüzden depresyonun saptanması, önlenmesi, tedavisi, yinleme risk faktörlerinin belirlenmesi özellikle önem taşımaktadır (1,2,3,4). Depresif bozukluğun görülme sıklığına yönelik farklılık olmakla birlikte, ortalama kadınların %20'sinde, erkeklerin ise %10'unda yaşamın bir döneminde depresif bozukluk görülür. Yetişkinlerde depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (5,6). Beck, depresyon modelini özel bilişsel bozukluklar üzerine kurmuştur. Beck, depresyon oluşumunda çaresizlik ve umutsuzluğun özel bir önemi olduğunu ileri sürmüştür. Bu görüşe göre affektif hastalıklar, stres karşısında aktive olan bilişsel bozukluklara koştut olarak gelişir. Olumsuz benlik algısı, çevre ve yaşam olaylarının negatif yorumu, geleceğe ilişkin negatif görüşler gibi bilişsel bozukluklar bulunur. Umutsuzluk ve çaresizlik bu bilişsel yapı üzerinde gelişir (7). Depresyon tanısı alan hastalarda umutsuzluk önemli oranda yer alır. Beck, depresyon tanısı alan hasta bireylerin %78'den fazlasının geleceğe olumsuz baktığını belirtmiştir. Depresyon tanısı almayan hasta bireylerde ise bu oran %22'dir. Hastalarda görülen depresif belirtilerin şiddeti arttıkça umutsuzluk düzeylerinde arttığı çalışmalarla gösterilmiştir. Depresyonda umutsuzluğa ek olarak ise; değersizlik, çaresizlik, mutsuzluk, kararsızlık, eyleme geçememe, işlerini yürütememe ve suçluluk duyguları eşlik eder (8,9,10). Depresif bozukluklarda risk etkenlerinin araştırıldığı bir çalışmada depresyon öncesi stresli yaşam olayı bildirimini %76 oranında bulunmuş, kadın ve erkek hastalarda yaşam olayı sıklığı ve şiddeti birbirine benzer olarak tespit edilmiştir (11). Bu noktada stresle başa çıkma yöntemleri depresyon açısından önemli bir kavramdır (12,13). Bazı stresle baş edebilme yöntemleri stresle ilişkili olumsuz duyguları düzenleyerek alternatif çözümler üreten koruyucu bir işlev olarak yardım edebilmektedir (14). Strese yol açan problemlerle başa etmeyi sağlayan "problem temelli başa çıkma" ve esas kaynağın neden olduğu duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını belirten "duygusal temelli başa çıkma" önemli tekniklerdir (15,16). Problem temelli yaklaşım aktiftir ve stres düzeyini azaltarak veya yok ederek problemin çözümüne katkı sağlayan davranışsal ya da psikolojik tepkilerdir.

Duygusal temelli yaklaşım ise pasif başa çıkmayı yansıtır ve stresli durumlarda ortaya çıkan negatif duyguları kontrol etmeye çalışarak stres verici durumlardan uzaklaştıran davranışları kapsar (17). Stres verici durumlarda problem odaklı yöntemleri kullananların stres verici durumların öncesinde ve sonrasında depresyon düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Uygun yöntemleri kullanmaya yönlendirilen kişilerin stresli durumlara uygun tepkiler geliştirme ve depresif belirtileriyle başa çıkma becerilerinin arttığı saptanmıştır (13). Bu bağlamda kişinin stresli durumlar karşısında kullandığı başa çıkma yöntemlerini bilmek tedavi hedeflerinin ve terapötik etkinliğin belirlenmesine yardımcı olacaktır (17). Depresyonun tedavi sürecinde de hastaya etkin başa çıkma yöntemlerinin kazandırılması iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayabilecektir.

Bazı kişilik özellikleride depresyon gelişiminde veya tedavi sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bu özelliklerden birisi de psikolojik dayanıklılıktır. Psikolojik dayanıklılık; depresyondan, hastalıktan, değişimlerden veya olumsuz durumlardan hızlıca iyileşme yeteneği; kendini toparlayabilme; esneklik olarak tanımlanır (18). Diğer bir ifadeyle psikolojik dayanıklılık; ciddi düzeyde stres, travma ve zorluk yaşayan kişilerin bunlara rağmen gelişmesini ve hayatını sürdürmesini sağlayan bir özellik olarak tanımlanır. Kısacası psikolojik dayanıklılık; bir zorlukla karşılaşıldığında olumlu yönde adapte olabilmektir (19,20). Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yapılan bazı çalışmalarda, psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek kişilerin, karşılaştıkları hastalık ve daha birçok stresli yaşam olayıyla, daha başarılı şekilde başettikleri (21), yaşamlarındaki zorluklara uyum sağladıkları ve yüksek yaşam kalitelerini ve işlevlerini sürdürdükleri görülmüştür (22). Psikolojik dayanıklılık olgusunun hareketli bir süreç olması; geliştirilebilir özellikler içermesi; zorlu yaşam olaylarıyla etkili baş edebilmeyi ve sağlıklı uyum sağlama veya yeterlik geliştirebilmeyi içermesi; depresyonun tedavisinde bu psikolojik dayanıklılık özelliklerinin artırılması üzerine çalışmaların yapılması gerekliliğini düşündürmektedir (23,24). Bireylerde ve toplumlarda psikolojik dayanıklılığı güçlendirmek için etkili stratejiler bulmak pek çok sağlık profesyoneli için ilgi alanıdır (22).

Depresif bozukluklarda relapslar ve yeniden hastaneye yatışlar yaygındır. Bu nedenle hastaların stabilize olmalarını sağlayacak müdahalelere acil bir şekilde ihtiyaç duyulmaktadır (25).

Şiddetli ve kronik unipolar depresyonun etkili tedavisi farmakolojik ve psikoterapötik müdahalelerin kombinasyonunu gerektirir ve depresyonun biyolojik ve psikososyal yönlerini entegre eden teorik bir paradigmaya ihtiyaç vardır (26, 27, 28, 18,29). Depresyonda farmakolojik tedavinin yanında psikososyal girişimlerin etkinliği vurgulanmıştır (30,31). Psikososyal tedaviler biyolojik faktörler yerine psikolojik veya sosyal faktörleri vurgulayan girişimlerdir ve sosyal yönlere odaklanan sağlık eğitimi ve girişimini içerir (32). Psikososyal tedavi şekillerinden biriside psikoegitimidir. Psikoegitim; bilişsel, davranışsal ve psikoterapötik müdahale ilkelerine dayanan çeşitli yöntemler ve eğitimsel bilgiyi içeren psikolojik destek türüdür. Psikoegitim müdahalelerinin dört ana konu etrafında yapılandırıldığı dikkati çekmektedir (33,34). Bu konular; bilgilendirme, etkili başa çıkma becerileri kazandırma, sosyal destek sağlama, psikoterapi ve eğitimidir (35,36). Psikoegitim işbirliği, baş etme, güçlendirme ve sağlığı vurgulayan daha bütüncül ve yetkinlik temelli yaklaşıma örnek bir modeldir (37). Psikoegitim grupları, kişilere bilgi veya beceri kazandırarak kişilerin o konuda ruhsal problemler yaşamamasını önlemek ya da problemlerle başa çıkabilmesini sağlamak için oluşturulan gruplardır (35,36). Psikoegitim programlarının grup yapısında yapılmasının etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek sağlama gibi olumlu yönleri vardır (33). Diğer yandan psikiyatrik hastalığı olan kişilere eğitim verilmesi, hastaların tedavi sürecinde önemli bir faktördür. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle tedavi edici işbirliğinin bir parçası olur (38). Bu alanda yapılan çalışmaların sonuçlarının derlendiği bir çalışmada psikoegitimin, depresif hastaların klinik seyrinde, tedavi uyumunda ve psikososyal işlevselliğinin artmasında etkili olduğu bildirilmiştir (39). Japonya'da psikoegitimsel grup müdahalelerinin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmanın sonucunda da umut verici sonuçlar gösterilmiştir (25).

Sonuç olarak, ruh sağlığının bozulması bireyler ve toplumlar için büyük bir yük oluşturmaktadır (22). Dünyada ve ülkemizde yüksek prevalansa sahip bir bozukluk olan depresyon da sağlık giderleri, işgücü kaybı, intihar riski durumu dikkate alındığında sağlık çalışanları özellikle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri açısından önemle ele alınması gereken bir konudur. Depresyonun getirdiği yükün ve tedavi engellerinin varlığı, psikoegitimsel müdahaleler gibi kısa, ucuz ve etkili müdahalelere ihtiyaç olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (40).

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı depresyon hastalarında psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitimin hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri, depresyon, umutsuzluk ve stresle baş etmeleri üzerine etkinliğini araştırmaktır.

Hipotezler

H1: Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitim hastaların depresyon düzeyini azaltmakta etkilidir.

H2: Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitim hastaların umutsuzluk düzeyini azaltmakta etkilidir.

H3: Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitim hastaların stresle başa çıkmalarında etkilidir.

H4: Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitim hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyini artırmada etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Depresif duygular sağlıklı bireylerde istenmeyen ya da hayal kırıklığına sebep olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan, sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilirler. Ancak klinikte psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilen ‘depresif bozukluk’, duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını negatif yönde etkileyen, hatta onun bütün yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (41, 42).

2.2. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri

- A. “Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örneğin üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örneğin ağlamaklı görünür).
 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içinde ağırlığının %5’inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.”
- B.** Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iş ile ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C.** Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz (43).

2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında, majör depresyonu dünyada en sık izlenen dördüncü önemli sağlık sorunu olarak açıklarken, 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki negatif etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir (44).

Dünya Sağlık Örgütü depresyonun yetişkin, ileri yaş ve çocukları etkilediğini ve dünya çapında tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sinin nedenini oluşturduğunu vurgulamıştır. Majör depresyon küresel hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturur ve hastalık yükünün üçüncü önde gelen nedenidir (45).

Depresyonun, her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında 2020 yılında en önemli ikinci Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY: Disability Adjusted Life Year) (DALY) nedeni olacağı beklenmektedir. Avrupa Beyin Komitesi tarafından yapılan bir değerlendirmede, depresyonun tahmin edilenden çok daha önce Avrupa Birliğinde en çok yeti yitimine yol açan bozukluk konumuna yükseldiği saptanmıştır (46). Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasında (47), unipolar depresyonun, Türkiye'de ulusal düzeyde en fazla DALY'ye neden olan hastalıklar arasında genel popülasyonda %4.4 ile dördüncü sırada yer aldığı ve Yeti Yitimine Bağlı Kaybedilen Yaşam Yılları (YLD: Years Lost due to Disability) nedeni olarak unipolar depresyonun kadınlarda ilk, erkeklerde ikinci sırayı aldığı belirtilmiştir (48).

Depresyonun toplumda sık ve yaygın görülen bir ruhsal bozukluk olduğu söylenebilir. Toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif bozukluk geçirmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 2 katı daha fazladır.

Majör depresyon orta yaşlarda (20-40) daha sık görülen hastalıktır. Yaşam boyu prevalans oranı erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 civarındadır (41,49). Başka bir araştırmada ise depresyonun yaşam boyu yaygınlığının genel olarak %15 dolayında olduğu, kadınlarda bu oran %25'e çıkabileceği belirlenmektedir (49). Etiyolojisiyle ilgili ipuçları da psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görüleni depresyondur. Yaygınlığın yüksek olmasının dışında tanı güçlüklerinin olması, kronikleşme riskinin ve suicid davranışı sıklığının artması, neden olduğu yeti yitimi ve ekonomik kayıplar depresyon araştırmalarının önemini giderek artırmaktadır (50).

2.4. Depresyonun Nedenleri

Biyolojik Etkenler

Nöronların iletilerinde görev alan nörotransmitterlerin anormal aktivitesi, depresyona yol açabilir. Bazı özel nörotransmitterlerin duygudurumun değişimiyle doğrudan ilişkili olduğu kanısına varılmaktadır. Bu nörotransmitterler, seratonin ve norepinefrindir (noradrenalin). Dopaminin de depresyonda rolü olduğuna ilişkin kuramlar ortaya atılmıştır. Araştırmalar, dopamin etkinliğinin depresyonda düştüğü ve manide ise yükseldiğini göstermektedir. Duygudurum bozukluklarının etiolojisinde tek tek nörotransmitterlerin yer alması görüşünün yanısıra, günümüzde en çok kabul gören teori biyojenik aminlerin kombine bir düzensizliğinin sebep olduğu yönündedir. Monoamin hipotezine göre; merkezi sinir sistemindeki sinapslarda norepinefrin (NE) ve seratonin (5-HT) eksikliği sonucu depresif bozukluk ortaya çıkar (51).

Genetik Etkenler

Genetik araştırmalar, majör depresyonun genetik yolla geçişini kanıtlamıştır. Özellikle ikizler üzerinde yapılan araştırmalarda tek uçlu olarak depresif bozuklukların gelişiminde genetik faktörün önemli olduğu belirlenmiştir. Tek yumurta ikizlerinde, eş zamanlı hastalanma görülme oranı %37 bulunmuştur (52). Tek yumurta ikizlerinde görülen eş zamanlı hastalanma görülme oranı, çift yumurta ikizlerinin oranına göre 2-4 kat fazladır (53).

Psikososyal Etkenler

Depresyonun oluş nedenlerine yönelik psikolojik kuramsal açıklamalar şöyledir;

Psikoanalitik modele göre; depresyondaki belirtiler, yas tutma sürecindeki belirtilere benzemektedir ve Freud eserinde “melankoli ve yası” ele alırken nesne/obje kaybı üzerinde durmaktadır. Yas sürecinde gerçek bir sevgi nesnesinin kaybı varken, depresyonda gerçek sevgi nesnesi kaybı yoksa bilinçdışı imgesel bir kayıp söz konusudur. Çökkünlükte, yitim duygusuna “artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm” duygusu eşlik eder ve özsaygı düşer; gerçek yas ile aradaki temel fark da budur (54).

Bilişsel model; Beck, depresyon modelini özel bilişsel bozukluklar üzerine kurmuştur. Beck depresyon oluşumunda çaresizlik ve umutsuzluğun özel bir önemi olduğunu düşünmektedir. Bu görüşe göre affektif hastalıklar stres karşısında aktive olan bilişsel bozukluklara koşut olarak gelişir.

- Negatif benlik algısı
- Çevre ve yaşam olaylarının negatif yorumu
- Geleceğe ilişkin olumsuz görüşler gibi bilişsel bozukluklar bulunur.

Umutsuzluk ve çaresizlik bu bilişsel yapı üzerinde gelişir (7).

Öğrenilmiş çaresizlik modeli; Seligman’ın öğrenilmiş çaresizlik modeline göre depresyon, çocukluktan bu yana çaresizliği ve çaresizlik duygularını kontrol çabalarının işe yaramadığını öğrenmiş kişilerin, herhangi bir negatif yaşam olayı ile karşılaştıklarında “nasıl olsa bunun da üstesinden gelemem” duygusuyla çaba göstermeyi bırakmaktadırlar. Depresyon oluşumunda homeostazisi bozan uyarının sadece kendisi yada niceliği değil, bunun kişi tarafından ne şekilde algılandığı (örneğin değiştirilemez, üstesinden gelinemez vb. gibi) , ya da ne şekilde genelleştirilip kişinin tüm yaşamına yayıldığı gibi noktalar önem kazanmaktadır (41).

2.5. Depresyonun Belirti ve Bulguları

Klinik depresyonun temel özelliği; hoş olmayan duygudurum, umutsuzluk, karamsarlık ve bunaltı halidir. Depresyon; duygusal, düşünsel ve davranışsal ve bedensel olarak ayrılabilen birçok belirti içermektedir.

Duygusal değişiklikler: Bireyde çökkünlük, üzgün olma, çaresizlik ve umutsuzluk görülmeye başlamakta, özgüveni ve benlik saygısında azalmalar olabilmektedir.

Depresif bozukluğu olan çoğu bireyde değersizlik ve suçluluk hisleri görülmektedir. Huzursuzluk, çabuk sinirlenme ve eskiden yaptığı aktivitelerden zevk alamama da depresyonun duygusal belirtilerindendir.

Düşünsel değişiklikler: Karar vermede güçlük, bellekte bozulmalar, düşünceleri belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk görülebilir.

Davranışsal değişiklikler: kişisel bakımda azalma, sorumluluklarını yerine getirmede sorunlar yaşama, insanlardan uzaklaşma ve içe çekilme, başkalarıyla daha sık tartışma gibi belirtiler görülebilmektedir.

Bedensel değişiklikler: Uyku ve iştahta bozulmalar görülebilmektedir. Bu bozulmalar hem uyku ve iştahta azalma hem de artma şeklinde görülebilmektedir. Cinsel isteksizlik olabilmekte; bireyde çoğu zaman yorgunluk ve küçük bir işin bile çok emek gerektirdiği hissi ortaya çıkabilmektedir. Baş, sırt, bel, karın ağrısı ve tıbbi açıklaması yapılamayan çeşitli ağrılar yaşanabilmektedir (55, 7).

2.6. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisi farmakoterapi, psikoterapi, EKT (elektro konvülsif tedavi), ışık terapisi, ortam terapisi vb. ile yapılır. Farklı durumlarda kombine tedavi yapılabilir ya da sadece ilaç tedavisiyle hasta izlenebilir (56).

Farmakoterapi

Psikotik belirti göstermeyen major depresyon için uygun ilaçlar antidepresanlardır (51). Antidepresanlar, depresif bozuklukların tedavisinde birçok hastaya uygulanan ve uzun süreli kullanılan ilaçlardır (57). Bu ilaçlar, dopamin, norepinefrin veya seratoninin beyindeki etkilerini doğrudan ve dolaylı olarak artırarak işlev gösterirler (58).

Majör Depresyon tedavisinde kullanılan ilaç grupları;

- Trisiklik Antidepresanlar (TSA)
- Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)
- Seçici Noradrenalin ve Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SNRI)
- Geriye Dönüşlü Monoaminoksidaz İnhibitörleri (MAOI)

Trisiklik Antidepresanlar

- Amitriptilin
- Klomipramin
- İmipramin

- Opipramol

Monoamin taşıyıcı pompalarını bloke ederek sinaptik aralıkta monoamine nörotransmitterlerini artırma yolu ile depresyonun iyileşmesini sağlarlar.

Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

- Sertralin
- Sitalopram
- Essitalopram
- Fluoksetin
- Fluvoksamin
- Paroksetin

Seçici Nöradrenalin ve Serotonin Geri Alım İnhibitorleri (SNRI)

- Venlafaksin
- Duloksetin
- Milnasipram

Serotonin ve norepinefrinin geri alımını iki yönlü ve selektif olarak inhibe ederler.

Geriye Dönüştürücü Monoaminoksidaz İnhibitörleri (MAOI)

- Moklobemid

Monoamin nörotransmitterleri parçalayan MAO (monoaminoksidaz) enzimini inhibe ederek hastalığın düzelmesini sağlarlar (5).

Psikososyal Tedaviler

Son zamanlarda depresyonun önlenmesi ve tedavisinde etkili psikososyal müdahalelerin etkinliği dikkat çekmektedir (45). Depresyon sağlık harcamaları, işgücü kaybı, suicid riski, yinleme oranı dikkate alındığında sağlık çalışanları tarafından önemle üzerinde durulması gereken bir bozukluktur. Dünyada giderek yaygınlaşan depresif bozukluklara ilişkin psikososyal tedaviler ve bu tedavilerin etkinliğine dikkat çekmek gereklidir (31). Giderek yaygınlaşan depresyonda uygulanan psikososyal tedaviler ruh sağlığı çalışanları için önemlidir. Depresyon tedavisinde ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanımı önerilmektedir (26, 27, 28). Çok çeşitli psikososyal girişimler vardır. Bunlardan birkaçı;

- Psikodinamik Terapi,
- Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT),
- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT),

- Aile ve Çift Terapisi,
- Hümanistik- Varoluşçu Terapi,
- Sorun Çözme Terapisi (SÇT),
- Farkındalık Eğitimi
- Psikoeğitim

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca farmakolojik tedavinin yeterli olmadığı ve bununla birlikte ruhsal bozukluğu olan kişilere eğitim verilmesi, tedavi sürecinde önemlidir. Böylelikle başlangıçtan itibaren, hasta tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur. Yaşadıkları ruhsal sorun ve tedavide kullandıkları ilaçlara yönelik bilgi sahibi olduklarında, kişilerin kendi sorumluluklarını daha fazla üstlenmeye yatkın oldukları ve bu konudaki yaşantıların, yanlış inançların ve problemlerin paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığı görülmüştür. Bu, hastalığın yükünü azaltarak tedavi sonuçlarına pozitif yönde katkı sağlamaktadır (38).

Psikoterapi ve eğitimsel tedavilerin birleştirildiği ve birbirini tamamladığı profesyonel olarak uygulanan tedavi yöntemi psikoeğitimidir (37). Ülkemizde yapılan çalışmalarda psikoeğitim programlarının, aile işlevlerinin düzeltilmesinde, bozukluğun tekrar etme riskinin azaltılmasında, hastanın tedaviye uyumunun artmasında, ailenin yaşadığı zorlukların azalmasında ve stresle başa çıkma düzeylerinin artmasında pozitif sonuçlar sağladığı belirtilmiştir. Ancak yapılan psikoeğitimsel çalışmaların ağırlıklı olarak diğer ruhsal bozukluklarda (Şizofreni, iki uçlu boz.) olduğu görülmekte olup, depresyon hastalarındaki sonuçlarını değerlendiren az sayıda çalışma vardır (59,60,61).

2.7. Depresyon ve Umutsuzluk

Umutsuzluğun yaşandığı en önemli ruhsal sorunlardan birisi depresyondur. Depresyon hastalarının %78'den fazlasının geleceğe negatif baktığı belirtilmektedir. Bu oran depresyonu olmayan hastalarda %22'dir.

Depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluğun da arttığı klinik çalışmalarla gösterilmiştir (8,9,10). Umutsuzluğun depresyonun bir fonksiyonu olarak, kendiliğinden depresif belirtilerinin görülmesine sebep olduğu belirtilmektedir (62).

Beck'e göre, kişinin kendisiyle, dünyayla ve gelecekle ilgili negatif bilişsel algılamalarının bir ögesi olarak açıklanmakta olan umutsuzluk kavramı, Abramson ve arkadaşları tarafından umutsuzluğun depresyonun temel faktörü olduğu belirtilmiştir (63).

Bu teoriye göre, bilişsel olarak güçsüz bireyler olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında umutsuzluğa düşmektedirler ve bu duygular depresyonun bazı belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hassas ve zayıf bilişsel özellikleri olan bireylerin negatif yaşam olaylarıyla etkileşime girmeleri umutsuzluğun oluşmasına katkı sağlamakta, bu durum sonrasında depresyona dönüşmektedir. Öte yandan beklentilerin fazla olması durumlarında sonuçların istedik şekilde gerçekleşmemesi veya istenmedik bazı durumların gerçekleşmesinde umutsuzluk oluşturarak depresif belirtileri artırmaktadır (64).

2.8. Depresyon ve Stres ve Baş Etme

Stres kelimesi çoğunlukla olumsuz ve zararlı olarak algılanmaktadır (65). Kişinin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan ve bireyin fizyolojik ve ruhsal dengesini bozan bir durum olarak tanımlamak mümkündür (66).

İnsanlar yaşamlarının birçok anında bedensel ve ruhsal pek çok uyarana karşılaşmaktadır ve bunlar bireyin denge ve uyumunu bozabilmektedir. Yaşanan olay kişide sıkıntı oluşturacak, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı yaşam ve çözüm yöntemlerini sorgulatacak veya değiştirecek özellikteyse, kişinin bu olayın üstesinden gelmesi ve yeniden uyum sağlaması gerekecektir (67,12). Bu noktada stres ve başa çıkma yöntemleri önemlidir (12).

Başaçıkma, insanın gücünü aşan, belirgin, iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Bu çaba, çevresel olgu ile duygusal tepki arasında aktif bir süreçtir. Başaçıkma yöntemleriyle ilgili bir model geliştiren Lazarus ve Folkman başa çıkmayı "stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü" şeklinde tanımlamışlardır. Stresle başaçıkmayı, bilinçli değerlendirme ve stresle mücadele etme şeklinde ikiye ayırmak mümkündür. Bilinçli değerlendirmede insan, stresli bir durumla karşı karşıya kaldığında bilinçli ya da bilinçsiz olarak tepki gösterir. Bu bir ara süreçtir ve birincil değerlendirme, ikincil değerlendirme ve uygulama olmak üzere üç aşamadan oluşan süreçtir. Birincil değerlendirme, yaşanan durumun algılanması ve birey için ne anlama geldiğinin yorumlanmasıdır. Yaşantının anlamını keşfetme aşamasıdır. İkincil değerlendirme, olayı yönlendirme ve olayla baş etme yolları ile ilgilidir. Uygulama, bireyin tehdit edici duruma tepki vermesi ve durumla baş etmek için bir stratejiyi uygulamasının beklendiği aşamadır (66).

Stresle başa çıkmanın ise iki temel ögesi vardır. İlki, sorunun esas kaynağına ilişkin baş etme tutumlarını kullanarak strese sebep olan sorunlarla baş etmeyi gerçekleştiren “problem temelli başa çıkma”, ikincisi ise ana kaynağın sebep olduğu duygusal etkiyle baş etme tutumlarını belirten “duygusal temelli başa çıkma”dır (15,16). Problem temelli baş etme yöntemi, sorunu çözüme ulaştırmak için gerekli adımları atma, farklı alternatifleri değerlendirme, yeni fikirler üretme gibi öğeleri ve sorunu çözmek için yapılan girişimleri kapsar (68,69).

Duygusal temelli başa çıkma ise, kişi stres faktörlerinin anlamını değiştirerek ya da stres faktörlerinin yol açtığı duyguları yöneterek kişinin duygularını fark etmesini, bu duyguları ifade etmesini, güç durumlar karşısında yaşanan duygusal stresi azaltarak ve duygusal streslerle baş ederek, kendisini daha iyi hissetmesini sağlar. Stresle baş etme tutumları bedensel hastalıklarda da önemlidir (69,12,16,70).

Stresle başa çıkma yöntemleri depresyon açısından önemli bir kavramdır. Stresli durumlarda problem odaklı yöntemleri kullananların stresli durumların öncesinde ve sonrasında depresyon düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Uygun tekniklerle yönlendirilen kişilerin stresli durumlara uygun tepkiler geliştirme ve depresif belirtileriyle başa çıkma yeteneklerinin arttığı saptanmıştır (13). Depresyonda pozitif başa çıkma yollarının desteklenmesi ve negatif yöntemlerin ise uygun terapi zemininde fark ettirilip değiştirilmesi ile tedavisi daha uygun ve etkin olabilecektir.

2.9. Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, çok zor koşullara karşın kişinin bu negatif koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneği anlamına gelen hareketli bir süreçtir. Son zamanlarda önemle üzerinde durulan bir kavramdır (71,72). Depresyondan, hastalıktan, değişimlerden ya da kötü durumlardan hızlı bir şekilde iyileşme yeteneği; kendini toparlayabilme; eski haline kolayca dönebilme; esneklik olarak tanımlanır (18).

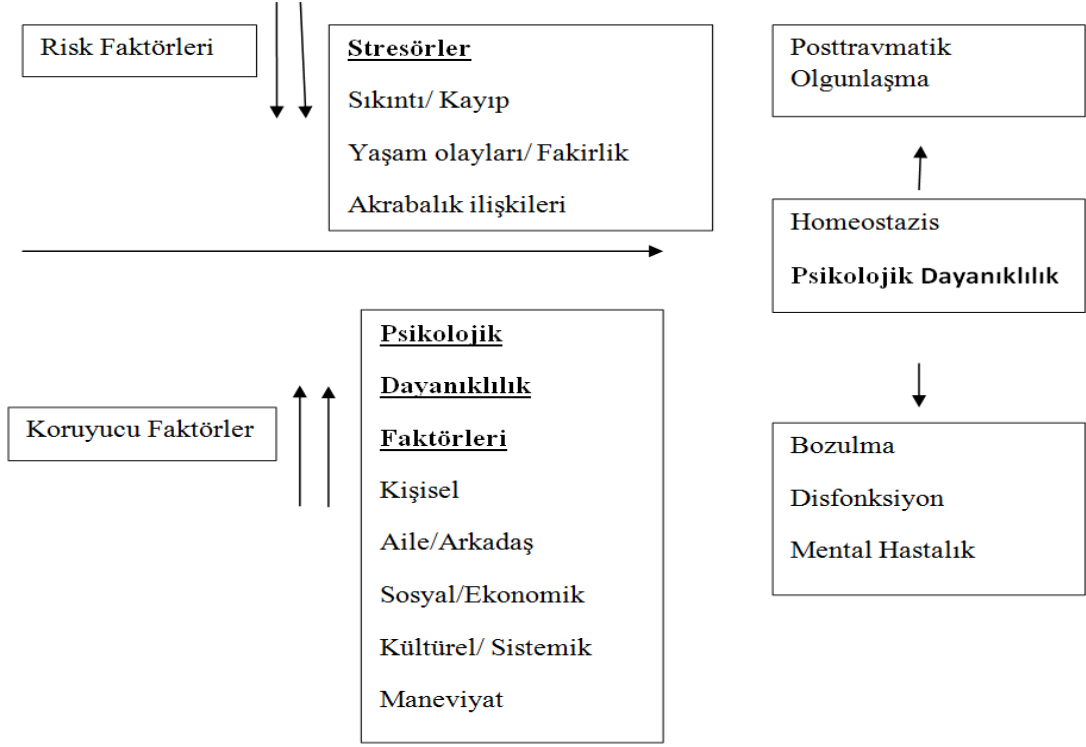
Psikolojik dayanıklılık Rutter (1991) tarafından negatif yaşam olayları veya zor koşullara uyum süreci ve sonucu olarak tanımlanmaktadır. Klohnen dayanıklılığı; dışsal ve içsel stres faktörlerine karşı başarılı ve esnek bir uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlanmıştır. Diğer taraftan Beardslee ve Gladstone (2001) dayanıklılığın artmasıyla hayat olaylarına uyumun artacağını söylemişlerdir (73,74).

Çalışmalar psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olan kişilerin, karşılaştıkları yoksulluk, şiddet, hastalık ve gibi stresli yaşam durumuyla, daha başarılı bir biçimde mücadele ettikleri ve psikolojik dayanıklılığın geliştirilebilir bir kişisel özellik olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla insanın psikolojik dayanıklılık düzeyi artırıldığında stresin yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilir ve strese karşı bir koruma görevi görebilir. Psikolojik dayanıklılık (resilience), bir olumsuzluk durumu ile karşı karşıya kalındığında, risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi sonucu oluşan dönemde, bireyin yaşamındaki değişikliğe uyum göstermesini içerir. Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmalar risk karşısında bireyin uyum göstermesi üzerine odaklanmıştır. Stresli yaşam durumlarının sebep olduğu risk etkenleri ve riskin olumsuz etkilerini hafifleten koruyucu faktörler, psikolojik dayanıklılık kavramına katkıda bulunmaktadır (75).

2.10. Psikolojik Dayanıklılığın Gelişiminde Risk ve Koruyucu Faktörler

Psikolojik dayanıklılığın gelişiminde, risklere maruz kalmak ve koruyucu faktörlerin bulunması önemlidir. Risk, psikolojik dayanıklılığın oluşabilmesi için bir koşuldur. Risk; olumsuz bir sonuç görülme olasılığını artıran bir ya da daha fazla faktörün ya da etkinin varlığı (76). Bir başka deyişle, bir problemin oluşma, devam etme ya da daha kötüye gitme olasılığını artıran herhangi bir olay, durum ya da deneyim anlamına gelmektedir (77). Koruyucu faktörler ise risklerin ve kötü koşulların negatif etkilerini azaltan ya da ortadan kaldıran faktörlerdir (18).

Psikolojik dayanıklılığın gelişimi, koruyucu faktörlerin olmasıyla önemli ölçüde ilişkilidir. Sosyal desteğin olması, problem çözme yeteneği, özerklik, yaşamda anlam algısı, destekleyici aile ortamı ve uygun sağlık ve bakım hizmetleri gibi koruyucu faktörler bireyin strese karşı daha dayanıklı olmasında işlev görmektedir. Bunun yanısıra kişinin ilgilendiği veya yapmaktan zevk aldığı etkinliklerin olması da stresli durumlara uyum gösterilmesinde bir destek sağlamaktadır (78).



Şekil 1. Psikolojik Dayanıklılık Modeli (Stewart 2010,79)

Bireysel risk faktörleri; gebelikte annenin alkol/ilaç kullanımı, adölesan gebelik, prematüre doğum, uyumsuz bir mizacın ya da çekingen bir kişiliğin olması, düşük zeka seviyesi, kronik fiziksel veya ruhsal bir bozukluk, madde kullanımı, akademik başarısızlıktır.

Bireysel koruyucu faktörler; bu risk faktörlerine karşı stresle karşılaştığında bireyi koruyan faktörler ise zeka/bilişsel yeteneğin iyi düzeyde olması, akademik başarının olumlu algılanması, olumlu benlik algısı, geleceğe yönelik planın olması ve iyimserlik, kendi yaşamında kontrol sahibi hissetmesi, mizah yeteneğine ve etkili sorun çözme yeteneğine sahip olma, empati, sorumluluk ve yardımseverlik duygusudur.

Ailesel risk faktörleri; en az dört çocuklu kalabalık ailenin olması, çocuklar arasındaki sürenin iki yıldan kısa olması, anne-babada ruhsal/kronik bir hastalığın varlığı, madde kullanan veya suç işlemiş anne babaya sahip olma, evlatlık olma, anne babanın ayrı olması, vefatı ya da bir ebeveynine sahip olma, aile içi şiddete uğrama gibi faktörlerdir.

Ailesel koruyucu faktörler; anne-çocuk ilişkisinin olumlu olması, çocukların geleceğine yönelik ailenin olumlu beklentilerinin olması, aileyle beraber yaşama, eğitim düzeyi yüksek ebeveynin olması gibi özelliklerdir.

Çevresel risk faktörleri; sosyo-ekonomik durumdaki düşüklük, fiziksel ve cinsel yönden ihmal ve istismara maruz kalma, yoksulluk, evsizlik, dengesiz beslenme, akran desteğinin olmaması ve toplumsal şiddete uğrama gibi faktörlerdir.

Çevresel koruyucu faktörler; bir yetişkinle olumlu ilişkinin varlığı, olumlu toplumsal desteğin olması, okul ilişkileri, arkadaş desteğinin varlığı ve iyi bir rol modelinin olması gibi özelliklerdir.

Bu faktörler incelendiğinde, bireysel, ailesel veya çevresel bir özellik olumluysa, bireyin sağlıklı gelişimini desteklediği ve psikolojik dayanıklılığını artırdığı görülmektedir. Buna karşın bu faktörler bireyi olumsuz etkilediğinde, ruh sağlığı bozulmakta ve psikolojik dayanıklılık düzeyi azalmakta ya da yok olmaktadır (23,77).

Benzer negatif olaylar yaşayıp da başarısız olmuş bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin geliştirilerek, karşılaştıkları problemlerle daha kolay başettikleri veya bu stres etkenlerinden en az zararla kurtulabilecekleri çalışmalarla saptanmıştır. Başlangıçta negatif duygu durumları yaşamakla birlikte, kişiler bu tür strese yol açan olaylar ile yaşamlarını değiştirebilen durumlara, zamanla uyum sağlayabilmektedirler. Bu uyumun sağlanmasında en temel faktör, kişilerin bir takım adımlar atmasını gerekli kılan, emek, zaman gerektiren ve devamlılık gösteren bir süreç olan psikolojik dayanıklılık olgusudur (18,80).

Bazı insanlar felaket karşısında relaks görünmeye çalışır, bazıları ise darmadağın görünür. Problemlerle baş etme kabiliyeti olan dayanıklı bireyler, iş kaybı, finansal sorunlar, hastalık, doğal afet, tıbbi acil durumlar, boşanma veya sevdiği birinin kaybı gibi problemlerle ve zorluklarla baş etmek için kendi güçlerini ve becerilerini kullanabilirler ve sakinliklerini korurlar. Dayanıklı olmayan insanlar ise; sorunlar üzerinde durmak ve onlarla baş edebilmek için sağlıksız baş etme yöntemleri kullanırlar. Genellikle bu bireyler sıkıntılarında kurtulabilme konusunda yavaştır ve bu deneyimler sonucunda daha çok psikolojik stres yaşarlar (81).

2.11. Psikolojik Dayanıklılığın Karakteristik Özellikleri

Psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin doğuştan getirdiği ve sonradan edindiği bir takım özellikleri mevcuttur. Aslında bu özellikler tüm insanlarda vardır ancak bu özelliklerin, insanın sorunlarını çözebilecek düzeyde olması gereklidir. Bu da koruyucu faktörlerin yeterince bulunmasıyla sağlanabilmektedir.

Psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin özellikleri şu şekilde tanımlanabilir:

- 1. Duygusal Farkındalık:** Ne hissettiklerinin nedenlerinin farkındadırlar.
- 2. Azim:** Eylem odaklıdırlar, sürece güvenirler ve çabuk vazgeçmezler.
- 3. İçsel Kontrol Odağı:** Dış faktörler yerine kendilerine güvenirler, kendi yaşamlarının kontrolü ellerindedir.
- 4. Optimizm:** Hayata iyimser bakarlar ve kendilerinin güçlü yönlerine inanırlar.
- 5. Destek:** Kendi başlarına güçlü bir birey olduklarının farkındayken aynı zamanda, sosyal desteğin önemini bilirler ve arkadaş ve aile desteği alırlar.
- 6. Mizah Anlayışı:** Karşılaştıkları zorluklara gülebilirler.
- 7. Perspektif:** Psikolojik olarak dayanıklı insanlar sorunlarını yadsımak yerine hatalarından ders alırlar, engelleri mücadele olarak görür ve zorlukların onları daha da güçlendireceğine inanırlar. Ayrıca kendilerini kurban olarak görmek yerine hayat mücadelesinde kendi anlamlarını bulurlar.
- 8. Maneviyat:** Maneviyat ve psikolojik dayanıklılık bağlantılıdır. Bu demek değil ki ruhani olmayan insanlar duygusal olarak dayanıklı da olamazlar, yalnızca bu bağlantı yakalanmalıdır (82). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişiler ortama daha hızlı uyum gösterebilmektedir. Kişinin ortama uyum gösterebilmesi sonraki yaşamında risk faktörlerinden etkilenmemesine, psikolojik olarak dayanıklı olmasına ve pozitif yönde yaşamını devam ettirmesine yardımcı olmaktadır (83). Psikolojik olarak dayanıklı kimselerin dayanıksız kişilere göre; daha iyimser, daha iyi sosyal becerilere, daha iyi sorun çözme becerisine, daha yüksek benlik saygısına ve öz yeterlilik duygusuna sahip oldukları ayrıca daha yüksek akademik başarıya, daha yüksek zekâ düzeyine sahip oldukları, daha fazla olumlu gelecek yönelimine ve daha fazla sosyal desteğe sahip, daha duyarlı kimseler olduğu belirtilmektedir (73).

2.12. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyini Artırmak İçin Amerikan Psikologlar Derneğinin Önerdiği 10 Farklı Yöntem

1. Aileniz, arkadaşlarınız ve çevrenizdeki başka kişilerle ilişkilerinizi geliştirin. Yakınlarınızda destek ve yardım almak psikolojik dayanıklılığınızı artırır. Ayrıca başka kişilere yardım etmek de aynı derecede faydalıdır.
2. Karşılaştığınız, başedebilmeyecek sorunlar gibi görmekten kaçının. Karşılaştığınız stresli olayları değiştiremeyebilirsiniz, ancak bu olaylara bakış açınızı ve tutumunuzu değiştirebilirsiniz. Unutmayın ki, başedilmeyecek zorluk yoktur.
3. Değişimin, hayatın bir parçası olduğunu kabullenin. Bazı hedefleriniz veya hayalleriniz, istenmedik bir biçimde engellenebilir. Değiştiremeyeceğiniz olaylara dikkatinizi vermek yerine değiştirebileceklerinize odaklanın.
4. Hedeflerinize doğru harekete geçin. Öncelikle, gerçekçi hedefler belirleyin ve düzenli olarak küçük de olsa hedeflerinizi gerçekleştirmek için adımlar atın. Üstesinden gelemediğiniz adımlara odaklanmak yerine, kendinize ‘İstedğim hedefe ulaşmak için bugün ne yapabilirim?’ diye sorun.
5. Kararlı olun. Olaylardan kaçmak veya yok saymak yerine, kararlı bir şekilde çözüm yollarına odaklanın.
6. Zorlu yaşam şartlarının ardından kendinizle, ilişkilerinizle, yaşamınızla ilgili yeni özelliklerinizi keşfedin. Birçok kişi, trajedilerden veya kayıpların ardında daha güçlü ilişkiler kurar, olgunlaşır ve hayata karşı müteşekkik olmanın yeni yollarını keşfeder.
7. Kendinizle ilgili pozitif bakış açısı geliştirin. Sorunlarınızı çözebileceğinize inanın ve yeteneklerinize güvenin.
8. Resmin bütününe görmeye çalışın. Acı veren olaylarla karşılaştığınızda bile hayatınıza daha geniş pencereden bakın, olumsuz olayların hayatınızın tamamını karartmasına fırsat vermeyin.
9. Umudunuzu yitirmeyin. Geleceğe olumlu bir bakış açısıyla bakmak olaylarla baş etme gücünü artırır. Sadece yaşadığınız olumsuz olaylara odaklanırsanız kaygınız artar ve enerjinizi kaygınızı azaltmak için harcarsınız.
10. Kendinize iyi bakın. Dikkatinizi duygularınıza ve gereksinimlerinize verin. Kendinizi iyi hissettiren ve gevşeten aktivitelere katılın, düzenli spor yapın. Ruhunuz kadar beden sağlığınıza da gerekli önemi verin (27).

2.13. Psikolojik Dayanıklılığın Hemşirelikteki Önemi

Son yıllarda üzerinde durulan psikolojik dayanıklılık kavramı, hemşirelik, özellikle psikiyatri hemşireliği açısından oldukça önemlidir. Risk faktörleri ve koruyucu faktörler incelendiğinde, koruyucu toplum ruh sağlığı hizmetleriyle risk faktörlerinin kontrol altına alınabileceği ve kişilerin ruhsal bozukluklardan korunabileceği söylenilebilir. Kişinin içinde bulunduğu aile ve çevre şartlarının, kişinin gelişimini destekleyecek şekilde düzenlenmesi, sağlıklı ve normal gelişim sürecini beraberinde getirir. Bu düzenlemeler; aile ortamında yaşanan problemlerin yapıcı bir şekilde çözümlenmesini içerir. Bunlar; kişiler arası iletişim becerilerinin geliştirilmesi, etkin sorun çözme tekniklerinin öğretilerek problemler karşısında kullanılması ve başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesi, aile içi şiddetin azaltılması, çocuğun sevgi ortamında büyümesi ve bir birey olarak desteklenmesi gibi uygulamalar olabilir. Bir birey psikolojik olarak dayanıklıysa, gelişim dönemi özelliklerine uygun olarak gelişimini sürdürecektir, kendisinden beklenen görevleri yerine getirecek, ilişkilerini sağlıklı bir biçimde devam ettirecek ve okul yaşamında başarılı bir kişi olacaktır. Karşılaştığı zorlukları atlatamıyorsa; aile, okul ve toplumsal çevresindeki ilişkilerde problem yaşıyorsa, uyumsuz davranışlar gösteriyorsa veya sorunlarını çözmede yardım gereksinimi duyuyorsa kişinin psikolojik dayanıklılığının artırılması için uygun girişimlerin planlanması gerekecektir. Bu konuya toplum ruh sağlığı açısından bakıldığında, ruh sağlığı hemşiresine büyük sorumluluklar düşmektedir (21).

Psikiyatri hemşiresi, toplum ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici hizmetler vererek, çocukluktan başlayarak erişkinlik ve yaşlılığa kadar kişilerin olumlu ruhsal gelişimlerini ve içinde buldukları yaş döneminin gelişimsel işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirmelerini destekleyebilir. Bazı kişiler, aile ortamının iyileştirilmesi, olumlu ilişkilerin kurulması gibi alanlarda desteğe ihtiyaç duyarlarken, bazıları da olumlu benlik algısı, etkili başa çıkma teknikleri gibi alanlarda kişisel olarak yardım almaya ihtiyaç duyabilirler. Bu kişiler erken evrede belirlenerek kendileri hakkında farkındalıkları artırılmalıdır. Çünkü kişinin kendini tanıması, güçlü ve zayıf yönlerini fark etmesine, böylelikle güçlü yönlerinin desteklenip zayıf yönlerinin de geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Risk grubunda olan bireylerin erken dönemde belirlenip olumlu ruhsal gelişim açısından desteklenmeleri önemlidir.

Bunun için de bu kişilere ve ailelere problemlerle etkili bir biçimde başa çıkabilmeleri için beceriler kazanmaları ve gerekli kurumsal destek almaları gibi konularda rehberlik ve danışmanlık yapılabilir (21).

2.14. Psikoeğitim

Psikiyatride yapılandırılmış ve bazı özel alanlara yoğunlaştırılmış eğitimleri anlatmak için psikoeğitim terimi kullanılır. Genelde hasta ve ailesi için; bilişsel, davranışçı ve psikososyal tedavi yaklaşımları; başa çıkma becerilerinin kazandırılmaya çalışıldığı süreci anlatmak için kullanılır. Yapılandırılmış eğitim programları ise; hasta ve ailesinde; hasta, aile ve uzmanların yüz yüze, planlı olarak amaçlanan durumlar üzerinden gelişim ve değişikliğin hedeflendiği programlar olarak tanımlanmaktadır (84). Ruhsal bozuklukların tedavisinde tek başına ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı ve beraberinde psikososyal rehabilitasyon programlarının da uygulanması gerektiği görüşü günümüzde ağırlık kazanmıştır. Bu programların temel amacı hastaların bağımsız bir şekilde yaşamlarını devam ettirebilmeleridir. Psikoeğitim programlarında kişisel, sosyal, eğitimsel ve mesleki bir konuda kişilere bilgi veya beceri kazandırarak kişileri ruhsal sorunlardan korumak veya sorunlarla başa çıkabilme yeteneğini artırmak amaçlanır. Psikoeğitim grup şeklinde gerçekleştirilebilmektedir. Grup olarak yapılması, eğitimi alan diğer bireylerle etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek sağlama gibi yararlarla da fırsat oluşturmaktadır (85). Psikoeğitimsel müdahalelerin temel sonucu; grupta psikolojik iyilik halinin artmasıdır. Psikoeğitim, tedavi yöntemi olarak önceleri psikiyatrik rahatsızlıklar ve fiziksel rahatsızlıklarda kullanılıyorken, daha sonra sağlıklı kişiler için de iyilik halini yükseltme, sağlığı geliştirme amacıyla kullanılmaya başlanmasıyla uygulama alanları giderek genişlemiştir (33,86). Ruhsal bozukluğu olan bireylere eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir faktördür. Bu sayede hasta tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur ve tedaviye daha iyi uyum sağlar (38). Psikoeğitim, eğitim yöntem ve tekniklerinin psikiyatrik hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon ilkelerinin gerçekleştirilmesinde kullanıldığı bir süreç olup, hasta ve aileye hastane dışında da yardımcı olmayı, hastanın yaşadıkları problemlerle başa çıkabilmesini, toplumda üretken bir birey olarak yaşamını devam ettirmesini desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için hastalık süreci, bu süreçte yaşanan zorlukların ele alınması, başa çıkma tekniklerinin öğretilmesi ve uygulanması, ilaç uyumunun sağlanması ile ilgili eğitimler yer almaktadır (38,59).

Psikoeğitim; psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi farklı psikiyatri profesyonelleri tarafından bireysel veya grup şeklinde verilebilir (87).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber"de güvenli olarak değerlendirilen eğitim önerileri aşağıda verilmiştir:

1. Major depresif bozukluğun belirtileri ve tedavisine yönelik eğitim hastanın kolayca anlayabileceği dilde verilmelidir.
2. Hastanın izni ile aile üyeleri ve hastanın günlük yaşamında yer alan diğer kişilerde; hastalık, işleyiş üzerindeki etkileri (aile ve diğer kişilerarası ilişkiler dahil) ve tedavisine yönelik eğitimden yararlanabilir.
3. Antidepresanlar hakkında yanlış inançlar (örneğin, bağımlılık yaptığı) düzeltilmelidir.
4. Major depresif bozukluk hakkında eğitim tedavinin tüm aşamaları, yineleme riski, tekrarlayan semptomların erken tanınması ve komplikasyon riski veya depresyon epizodunun ilerlemesini azaltmak için olabildiğince erken olası tedavi gereksinimi ele alınmalıdır.
5. Hastalara geri çekilme belirtilerinin ortaya çıkma riskini en aza indirmek için, antidepresanları birden kesmek yerine dozlarını azaltarak kesilmesinin uygun olduğu anlatılmalıdır.
6. Hasta eğitimi aynı zamanda egzersiz yapma, uyku hijyeni ilkeleri, iyi beslenme, sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanılmaması gibi sağlıklı davranışların genel tanıtımını kapsar.
7. Kitaplar, broşürler ve güvenilir internet siteleri gibi eğitim araçları yüz yüze verilen eğitimi güçlendirir (31).

2.15. Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim

Psikiyatri hemşireliğinin temel amacı, mental hastalıkları önlemek, mental fonksiyonu geliştirmek ve optimal seviyede sürdürmek ve hastaların baş etme becerilerini artırmak veya yeniden kazanmalarında yardımcı olmaktır. Bu hedefler, çeşitli hastane ve toplum ortamlarında pek çok hemşirelik aktiviteleriyle gerçekleştirilir.

Temel olarak psikiyatri hemşireliğinin rolleri şunlardır:

- ✓ Danışmanlık

- ✓ Sağlık eğitimi, psikoeğitim
- ✓ Krize m¼dahale
- ✓ Terap¼tik çevrenin sağlanması
- ✓ ¼z bakım aktivitelerinde hastalara yardım etme
- ✓ Psikobiyolojik tedaviyi verme ve izleme
- ✓ K¼lt¼rel olarak sağlığı geliştirme ve hastalığı ¼nleme stratejileri sağlama
- ✓ Vaka y¼netimi (88).

Psikiyatri hemşirelerinin en ¼nemli g¼revlerinden biride sağlık eğitimidir. Psikiyatri hemşireleri hastalarla tedavinin birçok aşamasında ilişki içinde olduklarından, hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarını belirlemede ve bu ihtiyaçlara y¼nelik psikoeğitim programları oluşturmada uygun konuma sahiptirler. Literat¼r incelendiğinde, d¼nyada ve ¼lkemizde psikiyatri hemşireleri tarafından yapılmış psikoeğitim çalışmalarının olduğu g¼r¼lmektedir (89-94).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kontrol gruplu öntest-sontest deneme modeli olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Kahramanmaraş il merkezinde bulunan Necip Fazıl Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniklerinde Mayıs 2014- Ocak 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Psikiyatri polikliniğinde ayaktan tedavi gören, DSM-V'e göre depresyon tanı ölçütlerini karşılayan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu evrenden, araştırmaya katılmayı kabul eden 68 depresyon hastası (33 Deney grubu, 35 Kontrol grubu) araştırmanın örnekleme alınmıştır. Deney grubundan 3, hasta eğitime devam etmek istemediğinden, kontrol grubundan ise 5 hasta son-teste katılmadığından araştırma dışı kabul edilmiştir. Araştırma, 30 deney ve 30 kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. DSM-V ölçütlerine göre depresyon tanısıyla izlenmek
4. Okur- yazar olmak
5. Son 5 yıl içinde hastalığına yönelik böyle bir eğitim programına alınmamış olmak

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

1. Komorbid bir ruhsal hastalığı bulunanlar
2. Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel durumu bulunan hastalar

3. Görüşme için rıza göstermeyen hastalar

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Eylül 2014- Nisan 2015 tarihleri arasında hastalarla yüzyüze görüşülerek, araştırmacılar tarafından hazırlanan, “ Kişisel Bilgi Formu”, ” Beck Depresyon Ölçeği”, “Beck Umutsuzluk Ölçeği”, “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”, “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgileri içermektedir. Toplam 6 sorudan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Beck (1961) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Teğin (1980) tarafından yapılmış, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmıştır. Cevapların toplam puanı şu şekilde değerlendirilir:

0 - 9 puan arası: Minimal düzeyde depresif belirtiler

10 - 16 puan arası: Hafif düzeyde depresif belirtiler

17 - 29 puan arası: Orta düzeyde depresif belirtiler

30 - 63 puan arası: Şiddetli düzeyde depresif belirtiler

Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlik çalışmasındaki Cronbach alfa katsayısı 0.80 (95) bu çalışmada ise 0.94 olarak bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Ölçek, kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek için Beck, Lester ve Trexler (1974) tarafından geliştirilmiştir.

Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber ve ark.(1991) ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Kendini değerlendirme niteliğindeki ölçek 20 maddeden oluşmakta ve her madde 0-1 arasında puanlanmaktadır. Maddelerin 11 tanesinde “Evet”, 9 tanesinde “Hayır” seçeneği 1 puan alır. Bunlardan 2, 4, 7, 9,11, 12, 14,16, 17, 18, 20. sorulara verilen yanıt evet ise 1 puan;1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevaplar hayır ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplarda ise “0” puan verilmektedir. Ölçek, umutsuzluk yönlerini farklı yansıtan 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; gelecekle ilgili duygular (1, 6, 13, 15, 19. maddeler), motivasyon kaybı (2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20. Maddeler) ve gelecekle ilgili beklentilerdir (4, 7, 8, 14 ve 18. Maddeler).

Umutsuzluk ölçeğinden alınan puanların yorumlanmasında puan aralıkları;

0-3 puan aralığı “normal aralık”,

4-8 puan aralığı “hafif umutsuzluk”,

9-14 puan aralığı “orta düzey umutsuzluk”,

14-20 puan aralığı “yoğun umutsuzluk” olarak betimlenmektedir. Elde edilen toplam puan “umutsuzluk” puanını oluşturmaktadır. Elde edilen puanların yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlik çalışmasındaki Cronbach alfa katsayısı 0.86 (95) bu çalışmada ise 0.98 olarak bulunmuştur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Ölçek, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş, Türkçeye uyarlaması Şahin ve arkadaşları (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 30 maddelik son hali, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt ölçekler:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım (8, 10,14, 16, 20, 23, 26 numaralı maddelerle) örneğin: “Olayın / olayların değerlendirmesini yaparım, en iyi kararı vermeye çalışırım”, “Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum”).
2. Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28 numaralı maddelerle) örneğin: “Bir mucize olmasını beklerim”, “Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim”).
3. Boyun eğici Yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24 numaralı maddelerle) örneğin: “Başa gelen çekilir diye düşünürüm”, “Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım”).

4. İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18 numaralı maddelerle) örneğin: “İyimser olmaya çalışırım”, “Olaylardan olumlu bir şey çıkartmaya çalışırım”).

5. Sosyal destek arama yaklaşımı (1 (ters), 9 (ters), 29, 30 numaralı maddelerle) örneğin: " Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım”, “Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır”) olarak isimlendirilmiştir (96).

Ölçeğin yönergesinde bireylerden, onlar için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek kendilerine uygunluk derecesine göre maddeleri cevaplamaları istenmektedir. 4'lü Likert Tipi olan bu ölçekte maddeler, 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (0=hiç uygun değil, 1=biraz uygun, 2=epey uygun, 3=tamamen uygun). Alt ölçek puanları, her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Bu durumda alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ila 3 arasında değişmektedir (96).

Bu alt boyutlardan kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarından alınan puanlar yükseldikçe kişinin etkili, yani aktif başa çıkma stratejilerini kullandığı; kendini suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım puanları yükseldikçe de etkisiz, yani pasif başa çıkma stratejilerini kullandığı anlaşılmaktadır (96).

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

YPDÖ, Friberg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; ‘kişisel güç’, ‘yapısal stil’, sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ alt boyutlarıdır. Ölçek, bireylerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmeyi amaçlar (97). Türkiye’deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması ve çevirisi, 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından yapılan YPDÖ, 33 maddeden oluşmaktadır (98). Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maximum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır. Değerlendirmede puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılık artmaktadır. Friberg ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ‘kişisel güç’ boyutu ‘kendilik algısı’ ve ‘gelecek algısı’ biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Ölçekde, ‘yapısal stil’ (3, 9, 15, 21) ve ‘gelecek algısı’(2, 8, 14, 20) 4'er madde; ‘aile uyumu’ (5, 11, 17, 23, 26, 32), ‘kendilik algısı’ (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve ‘sosyal yeterlilik’ (4, 10, 16, 22, 25, 29) 6'şar madde, ve ‘sosyal kaynaklar’ (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) ise 7 madde ile ölçülmektedir (99).

Ölçeğin alt boyutlarının bireylerde ölçmeyi hedeflediği durumlar şöyledir:

Kendilik Algısı: Bireylerin, yeteneklerine güvenme, kendine güvenme, öz yeterlilik, geleceğin gerçekçi algısı, pozitif bir bakış açısı, planlama kabiliyeti, geleceğe iyimser bakmak ve hedef odaklı olmak gibi özelliklerden oluşmaktadır.

Sosyal Yeterlilik: Mizah, dışa dönüklük, esneklik, dostluk kurmak gibi özelliklerden oluşmaktadır.

Yapısal Stil: Bireylerin hedef odaklı, kurallara ve rutinlere bağlı, kendi zamanını organize edebilme yeteneği ve planlı yaşayabilme durumlarını ifade eder.

Aile Uyumu: Aile üyelerinde bulunan ortak zevkler, sadakat, geleceğe ortak iyimser bakış açısı, uyum, paylaşılan değerler, aile ile eğlenebilme birlikte güzel vakit geçirebilme durumlarını ifade eder.

Sosyal Kaynaklar: Sosyal destek, aile dışında önemli birinin desteği, cesaret verme, bağlılık hissi, ihtiyaç duyulduğunda yardım etme, takdir gibi durumları ifade eder.

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi orijinal çalışmada olduğu gibi serbest bırakılmıştır. Tanışıklık (aşinalık) önyargısından (acquaintance bias) kurtulmak için hazırlanan ve cevapların karşısında bulunan 5 kutucuk 5'li Likert biçiminde düşünülerek araştırmacının istediği biçimde değerlendirme yapmasına olanak sağlamıştır.

Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, yanıt kutucukları soldan sağa doğru 12345 olarak değerlendirilmiştir. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki; 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlik çalışmasındaki Cronbach alfa katsayısı 0.86, bu çalışmada da 0.86 olarak saptanmıştır.

3.5. Araştırma Süreci

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalara öncelikle psikoeğitim hakkında bilgi verildi. Araştırmada herhangi bir etkilenmenin önüne geçmek üzere öncelikle kontrol grubuna ön test ve iki ay sonra son testleri uygulandı. Daha sonra deney grubunu oluşturan hastalara ön testler uygulandı. Sonrasında deney grubu üç gruba ayrılarak haftada 2 kez, 5 hafta süren, 10 oturumdan oluşan ve her oturumu 45-60 dakika süren psikoeğitim yapıldı. Oturumlar 6-12 kişiden oluşan grup eğitimi şeklinde yapıldı. Eğitimler hastanede bulunan eğitim odasında verildi. Eğitim oturumları tamamlandıktan 2 ay sonra deney grubuna son testler uygulandı. Bu süreç içerisinde hem deney hem de kontrol grubundaki hastalar ilaç tedavileri ve doktor kontrollerine devam etmekteydi.

3.6. Psikolojik Dayanıklılık Odaklı Psikoeğitim Programı

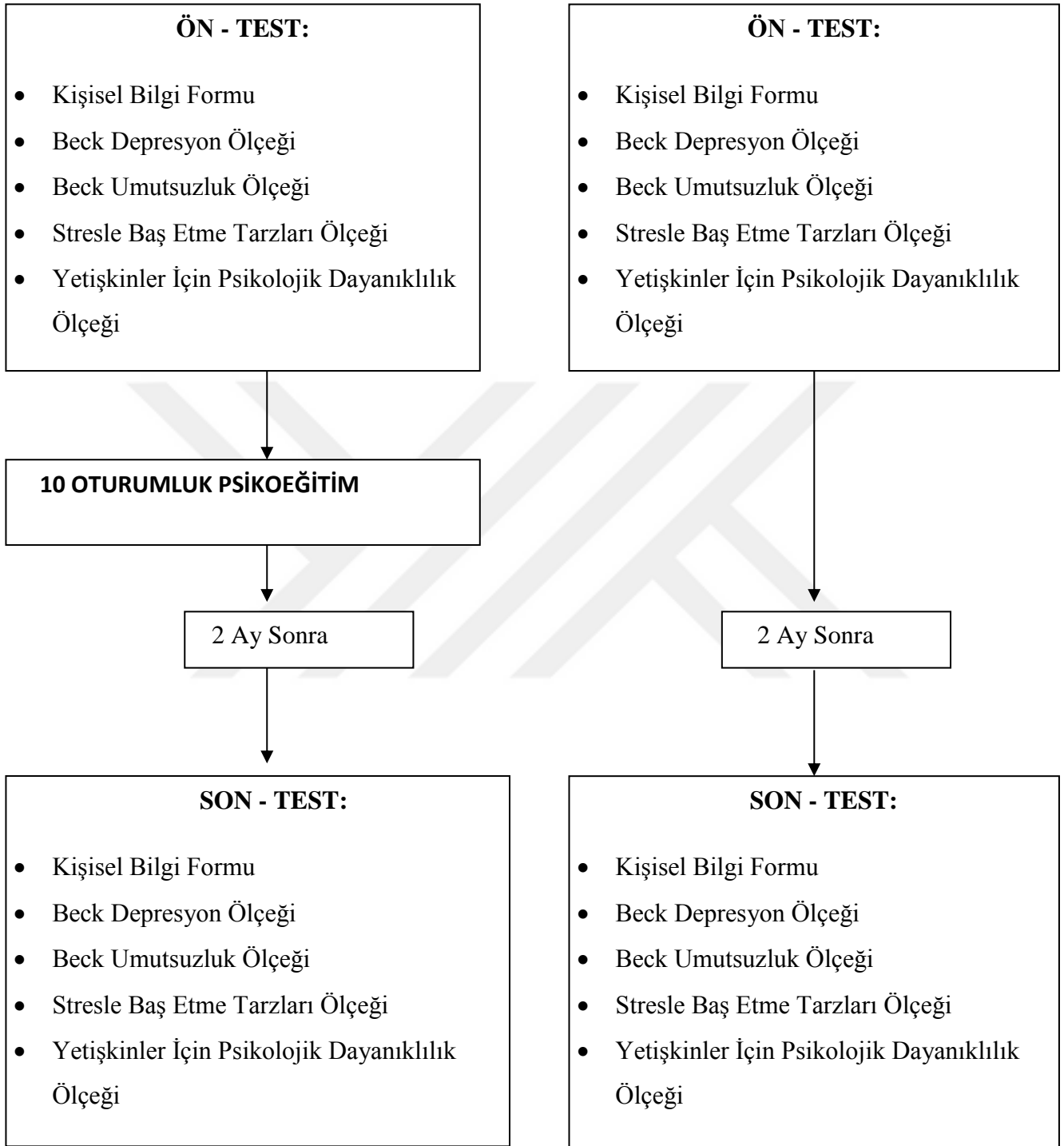
Eđitim programı, Amerikan Psikologlar Derneđinin kiřilerin psikolojik dayanıklılık dűzeylerini artırmak için yayınladıđı: “ Majör Depresif Bozukluđu olan hastaların Tedavi Rehberindeki nerilen eđitim çerçevesinde ve yine aynı derneđin bireylerin psikolojik dayanıklılık dűzeylerini artırmak için önerdiđi yöntemler temel alınarak literatűr dođrultusunda hazırlandı (5,7,18,23,24,27,31,54,82,100-103). Psikoeđitim szlű anlatım, görsel malzeme (projeksiyon), soru-cevap, rol oynama, alıřtırmalar ve ev ödevleri ile sűrdűrűldű. Ev devleri bir sonraki haftanın ilk oturumunda konuřuldu ve geri bildirimler paylařıldı.



ARAŞTIRMA PLANI

Deney Grubu (n:30)

Kontrol Grubu (n:30)



Şekil 2. Araştırma Planı

3.7. Girişim Materyali

Depresyon hastaları için literatür doğrultusunda eğitim kitapçığı geliştirilmiş ve eğitimler kitapçık doğrultusunda verilmiş ve eğitimin sonunda hastalara dağıtılmıştır. Eğitim kitapçığı son test uygulamasının ardından kontrol grubunda verilmiştir.

Geliştirilen Psikoeğitim Programı:

1. Oturum

Amaç: Programı tanıtmak ve hastayı tanımak

Süre: 60 dak.

- Eğitim sürecine yönelik bilgi verme
- Programın içeriğini tanıtmak
- Eğitimlere düzenli ve zamanında katılımın önemi
- Hastanın hastalık yaşamlarına ilişkin bilgi edinme

2. Oturum

Amaç: Depresyon hakkında bilgilendirmek

Süre: 60 dak.

- Depresyonun tanımı
- Depresyonun belirti bulguları nelerdir
- Depresyonun tedavisinde ne tür ilaçlar kullanılmaktadır?
- Tedaviyi değerlendirmek

3. Oturum

Amaç: Zararlı maddeler ve faydasız tedaviler ile ilgili bilgilendirmek

Süre: 60 dak.

- Alkol ve uyuşturucudan kaçınmak
- Alkol ve uyuşturucunun olumsuz etkileri
- Alkol ve uyuşturuculardan sakınmanın yararları
- Teklif edilen alkol ve uyuşturucunun nasıl rededileceği
- Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak

4. Oturum

Amaç: Kendini değiştirme becerileri, hayatını anlamlandırmada desteklemek, değişim için sözleşmek ve duygu yönetimi

Süre: 60 dak

- Gerçekçi hedefler
- Özgüveni arttırmak
- Özgüven bağlantıları
- Duygu yönetimi
- Duygu yönetimin alt alanları
- Duygu yönetiminde temel ilkeler

5. Oturum

Amaç: Stresle baş etme yöntemleri hakkında bilgilendirmek

Süre: 45 dak

- Stres tanımı
- Stresle baş etme/ stres yönetimi
- Stresin belirtileri nelerdir?
- Stresle başa çıkma yöntemleri

6. Oturum

Amaç: Etkili problem çözme teknikleri, rollerini tanımlama, bireyin eşsizliği tekliği hakkında bilgilendirmek

Süre: 60 dak

- Problem çözme becerilerini geliştirmek
- Problem çözme basamakları
- Problem tanımlama
- Çözüm seçeneklerini oluşturma
- Seçilen çözümü uygulamaya geçirme
- Kişinin rolleri
- Başarılı tecrübeleri hakkında duyguları ifade etme

7. Oturum

Amaç: İletişim becerileri hakkında bilgilendirmek

Süre: 60 dak

- İletişim nedir?
- Kaliteli iletişim kurmanın yolları
- Sözsüz iletişim

- Aktif dinlemenin üstünlüğü
- Çatışma ve sürtüşmelerde nasıl tepkiler veriyoruz?
- Yıkıcı tartışmada gösterilen temel davranış modelleri
- Yapıcı tartışma ve aşamaları

8. Oturum

Amaç: Psikolojik dayanıklılığı arttırmak ve krize nasıl müdahale edeceği hakkında bilgilendirmek.

Süre: 60 dak

- Psikolojik dayanıklılığın tanımı
- Psikolojik dayanıklılığın gelişiminde risk ve koruyucu faktörler
- Psikolojik dayanıklılık düzeyini arttırmak için Amerikan Psikologlar Derneğinin önerdiği 10 farklı yöntem

9. Oturum

Amaç: Lider tarafından oluşturulan potansiyel olarak memnuniyet verici aktiviteleri öğretmek ve gelecek için hazırlık planları hakkında bilgilendirmek

Süre: 45 dak

- Zamana değerlendirme
- Günlük faaliyetler
- Günlük faaliyetleri yerine getirmenin faydaları
- Arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek
- Toplumsal faaliyetlere katılmak
- Toplumsal faaliyetleri yerine getirmenin yararları

10. Oturum

Amaç: Psikoeğitimi değerlendirme ve son test uygulamak

Süre: 45 dak

- Psikoeğitim programını değerlendirme
- Bireylerin önerilerinin paylaşılması
- Sontest uygulaması

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastaların depresyon, stresle başa çıkma, umutsuzluk, psikolojik dayanıklılık düzeyleri bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişken: Hastalara uygulanan psikoedükatörel yaklaşım bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, maddi durum, kronik hastalık kontrol değişkenlerini oluşturmaktadır.

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	Kontrol Grubu Sayı (n:30)	Deney Grubu Sayı (n:30)	χ^2	P
Yaş Grupları				
18-35	15	17	.267	.606
36-45 yaş ve üzeri	15	13		
Cinsiyet				
Kadın	21	18	.659	.589
Erkek	9	12		
Çalışma Durumu				
Evet	20	18	.287	.789
Hayır	10	12		
Kronik Hastalık				
Yok	9	10	.077	1
Var	21	20		

Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenleri bakımından benzer olduğu görülmüştür. (Tablo 1)

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde;

- Deneysel ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımlarında yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma,
- Deneysel ve kontrol grubundaki hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi,
- Deneysel ve kontrol grubundaki hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ölçekleri toplam ve alt boyutları puanlarının tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma,
- Deneysel ve kontrol grubundaki hastaların ön-test Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,
- Deneysel ve kontrol grubundaki hastaların son test Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,
- Deneysel grubundaki hastaların ön-test ve son-test Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi,
- Kontrol grubundaki hastaların ön-test ve son-test Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık ölçekleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır ve $p < 0.05$ ve $P < 0.001$ düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastanelerden yazılı ve sözel izin alınmıştır (Ek-6). Ayrıca tez önerisi, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır (Ek-7). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süreci açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” etik ilkesine uyulmuştur. Hastaların istedikleri zaman

araştırmadan çekilebilecekleri ifade edilerek “Özerklik” ilkesi, kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra saklanacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “insan onuruna sayđı” etik ilkeside gözetilmiş ve elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir (104,105).

3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Araştırma sadece Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde ve ayaktan tedavi alan bireyler ile yapıldığı için tüm evrene genellenemez. Araştırmada küçük bir örnekleme kullanıldığından dolayı sonuçlar bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

Araştırma bazı sınırlılıklara sahiptir. Bunlar;

- 1) Araştırmaya katılma kriterlerinden birinin okur-yazar olması ve bu tanıyla takip edilmesi nedeniyle bazı hastaların araştırma dışında tutulması,
- 2) Örneklemin küçük olması,
- 3) Sonuçların tek bir seferde ve sadece birer ölçüm aracıyla değerlendirilmesi,
- 4) Çift kör yöntemin kullanılmamasıdır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Kontrol Grubu (n:30)		Deney Grubu (n:30)	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	34.96±7.66		33.83±8.48	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları				
18-35 Yaş	15	50	17	56.7
36-45 Yaş ve üzeri	15	50	13	43.3
Cinsiyet				
Kadın	21	70	18	60
Erkek	9	30	12	40
Medeni Durum				
Evli	19	63.3	14	46.7
Dul	4	13.3	7	23.3
Bekâr	7	23.4	9	30
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	3	10	16	53.3
Lise	15	50	10	33.3
Üniversite ve üstü	12	40	4	13.4
Çalışma Durumu				
Evet	20	66.7	18	60
Hayır	10	33.3	12	40
Maddi Durum				
Kötü	5	16.7	5	16
Orta	20	66.7	21	70
İyi	5	16.6	4	14

Çalışmada deney grubundaki hastaların %60'ını, kontrol grubundaki hastaların %70'ini kadın hastalar oluşturmaktadır. Deney grubundaki hastaların %43.3'ü, kontrol grubundaki hastaların ise %50'si 36-45 yaş ve üzerindedir.

Deney grubundaki hastaların %46.7'si, kontrol grubundaki hastaların ise %63.3'ü evlidir. Deney grubundaki hastaların %13.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %40'ı üniversite ve üstü düzeyde eğitim almıştır. Deney grubundaki hastaların %70'i, kontrol grubundaki hastaların ise %66.7'si maddi durumlarının orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Deney grubundaki hastaların %40'ının, kontrol grubundaki hastaların ise %33.3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Ölçek ve Alt Boyutları	Alnabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar	İşaretlenen En Küçük ve En Büyük Puanlar	Ölçek Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$
Deney Grubu (n:30)	Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	0-63	14-54	33.13±11.38
	Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı	0-20	1-20	17.03±5.75
	-Alt Ölçekler			
	1.Gelecekle ilgili duygu	0-5	0-5	4.40±1.52
	2.Motivasyon kaybı	0-8	0-8	6.83±2.39
	3.Gelecekle ilgili beklenti	0-5	1-5	4.33±1.24
Kontrol Grubu (n:30)	Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	0-63	7-63	34.50±15.28
	Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı	0-20	2-20	14.93±7.46
	-Alt Ölçekler			
	1. Gelecekle ilgili duygu	0-5	0-5	3.60±2.22
	2. Motivasyon kaybı	0-8	0-8	6.06±3.00
	3. Gelecekle ilgili beklenti	0-5	1-5	3.73±1.63

Deney grubundaki hastaların BDÖ toplam puan ortalaması 33.13±11.38, kontrol grubundaki hastaların ise 34.50±15.28 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların BUÖ toplam puan ortalaması 17.03±5.75, kontrol grubundaki hastaların ise 14.93±7.46 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplararası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Gruplar	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t*	P
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	Deney	33.13±11.38	12.73±8.30	7.67	P<0.001
	Kontrol	34.50±15.28	29.46±19.78	2.38	.024
	t**	-0.393	-4.272		
	p	0.696	.000		
Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı	Deney	17.03±5.75	3.46±4.84	8.80	P<0.001
	Kontrol	14.93±7.46	10.83±8.29	2.69	.012
	t**	1.220	-4.202		
	p	0.227	.000		
Alt Boyutları					
1.Gelecekle İlgili Duygu	Deney	4.40±1.52	0.70±1.46	9.28	P<0.001
	Kontrol	3.60±2.22	2.53±2.37	2.47	0.020
	t**	1.627	-3.599		
	p	0.109	.000		
2. Motivasyon Kaybı	Deney	6.83±2.39	1.20±2	8.86	P<0.001
	Kontrol	6.06±3	4.33±3.38	2.69	0.012
	t**	1.093	-4.359		
	p	0.279	.000		
3.Gelecekle İlgili Beklenti	Deney	4.33±1.24	1.50±1.40	6.96	P<0.001
	Kontrol	3.73±1.63	3.06±1.81	2.04	0.050
	t**	1.599	-3.731		
	p	0.115	.000		

*Paired Sample t-test, **Bağımsız Gruplarda t-testi

Tablo 4’te deney ve kontrol grubundaki hastaların, gruplara göre ayrı olarak ön-test ve son-test BDÖ ölçeğinden ve BUÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ve üç alt boyutun puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Tablo-4’e göre;

Deney grubundaki hastaların BDÖ puan ortalaması ön-testte 33.13 ± 11.38 , son-testte 12.73 ± 8.30 olup, bu farklılığın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların BDÖ puan ortalaması ön-testte 34.50 ± 15.28 , son-testte 29.46 ± 19.78 olup, anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0.05$). Ön testte deney ve kontrol gruplarının BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmezken ($p > 0.05$), son testte deney grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı düzeydedir ($p < 0.05$).

Deney grubundaki hastaların BUÖ toplam puan ortalaması ön-testte 17.03 ± 5.75 , son-testte 3.46 ± 4.84 olup, bu farklılığın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ön-test ve son-test BUÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Ön testte deney ve kontrol gruplarının BUÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmezken ($p > 0.05$), son testte deney grubunun puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki farklılık anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Bunun yanısıra hem deney hemde kontrol grubunun öntest ve sontest grup içi karşılaştırılmasında; son testte önteste göre anlamlı düzeyde umutsuzlukta azalmanın olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	SBÇTÖ Alt Boyutları	Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar	İşaretlenen En Küçük ve En Büyük Puanlar	Ölçek Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	Madde Puan Ortalaması $\bar{X} \pm SS$
Deney Grubu (n:30)	1.Güvenli Yaklaşım	0-21	1-20	6.83±5.15	0.97±0.73
	2.İyimser Yaklaşım	0-15	0-12	5.26±3.21	1.05±0.64
	3.Çaresiz Yaklaşım	0-24	7-21	15.06±4.94	1.88±0.61
	4.Boyun Eğici Yaklaşım	0-18	6-14	8.10±2.24	1.35±0.37
	5.Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	0-12	0-9	2.83±2.42	0.71±0.61
Kontrol Grubu (n:30)	1.Güvenli Yaklaşım	0-21	1.00-21	9.90±6.47	1.41±0.92
	2.İyimser Yaklaşım	0-15	1.00-14	6.90±4.07	1.38±0.81
	3.Çaresiz Yaklaşım	0-24	5.00-23	13.90±5.87	1.73±0.73
	4.Boyun Eğici Yaklaşım	0-18	5.00-15	8.83±2.78	1.47±0.46
	5.Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	0-12	0.00-9	2.56±2.99	0.64±0.74

Deney grubundaki hastaların SBÇTÖ güvenli yaklaşım alt boyut ortalaması 6.83±5.15, kontrol grubundaki hastaların ise 9.90±6.47 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların SBÇTÖ iyimser yaklaşım alt boyut ortalaması 5.26±3.21, kontrol grubundaki hastaların ise 6.90±4.07 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların SBÇTÖ çaresiz yaklaşım alt boyut ortalaması 15.06±4.94, kontrol grubundaki hastaların ise 13.90±5.87 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların SBÇTÖ boyun eğici yaklaşım alt boyut ortalaması 8.10±2.24, kontrol grubundaki hastaların ise 8.83±2.78 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların SBÇTÖ sosyal destek arama yaklaşım alt boyut ortalaması 2.83±2.42, kontrol grubundaki hastaların ise 2.56±2.99

olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin madde puan ortalamaları incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların en fazla çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmektedir.

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları	Gruplar	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t*	P
1. Güvenli Yaklaşım	Deney	6.83±5.15	13.90±4.28	-8.18	P<0.001
	Kontrol	9.90±6.47	12.90±8.50	-2.64	0.013
	t**	-2.029	0.575		
	p	0.47	0.567		
2. İyimser Yaklaşım	Deney	5.26±3.21	9.93±4.12	-6.61	P<0.001
	Kontrol	6.90±4.07	9.40±5.53	-3.24	0.003
	t**	-1.724	0.423		
	p	0.090	0.674		
3. Çaresiz Yaklaşım	Deney	15.06 ±4.94	8.93±4.55	7.63	P<0.001
	Kontrol	13.90±5.87	12.70±6.22	1.47	.151
	t**	0.825	-2.665		
	p	0.413	0.01		
4. Boyun Eğici Yaklaşım	Deney	8.10±2.24	7.70±2.68	.616	0.543
	Kontrol	8.83±2.78	8.33±2.38	.961	0.344
	t**	-1.123	-0.967		
	p	0.266	0.337		
5. Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Deney	2.83±2.42	8.03±2.56	-10.77	P<0.001
	Kontrol	2.56±2.99	5.63±3.62	-4.78	P<0.001
	t**	0.380	2.960		
	p	0.706	0.004		

*Paired Sample t-test, **Bağımsız Gruplarda t-testi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların, gruplara göre ayrı olarak öntest ve sontest Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin beş alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Tablo-6'ya göre;

1. Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalaması öntestte 6.83 ± 5.15 , sontestte 13.90 ± 4.28 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Kontrol grubundaki hastaların güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalaması öntestte 9.90 ± 6.47 , sontestte 12.90 ± 8.50 olup, farklılık anlamlı düzeydedir ($p < 0.05$). Deney grubunda puan artışı yaklaşık 7 puan iken, bu değer kontrol grubunda 3 puandır.

2. İyimser Yaklaşım Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalaması öntestte 5.26 ± 3.21 , sontestte 9.93 ± 4.12 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalaması öntestte 6.90 ± 4.07 , sontestte 9.40 ± 5.53 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Deney grubunda puan artışı yaklaşık 4 puan iken, kontrol grubundaki artış 2 puandır.

3. Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalaması ön-testte 15.06 ± 4.94 , son-testte 8.93 ± 4.55 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalaması ön-testte 13.90 ± 5.87 , son-testte 12.70 ± 6.22 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Bu alt boyutun puan ortalamaları önteste gruplar arasında anlamlı fark yok iken ($p > 0.05$), son teste gruplar arasındaki farklılık anlamlı düzeyde deney grubunun puanı daha düşüktür ($p < 0.05$).

4. Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması öntestte 8.10 ± 2.24 , sontestte 7.70 ± 2.68 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması öntestte 8.83 ± 2.78 , sontestte 8.33 ± 2.38 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

5. Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların sosyal destek arama yaklaşımı alt boyut puan ortalaması öntestte 2.83 ± 2.42 , sontestte 8.03 ± 2.56 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların sosyal destek arama yaklaşımı alt boyut puan ortalaması öntestte 2.56 ± 2.99 , sontestte 5.63 ± 3.62 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Bu alt boyutun puan ortalamaları önteste deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark yok iken ($p > 0.05$), son teste gruplar arasındaki farklılık anlamlı düzeyde deney grubunun puanı daha yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Ölçek ve Alt Boyutları	Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar	İşaretlenen En Küçük ve En Büyük Puanlar	Ölçek Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$	Madde Puan Ortalamaları $\bar{X} \pm SS$
Deney Grubu (n:30)	YPDÖ Toplam Puan	33-165	85-114	99.3±7.99	3.01±.242
	YPDÖ Alt Boyutları				
	1.Yapısal Stil	4-20	10-16	12.10±1.97	3.02±.492
	2.Gelecek Algı	4-20	10-14	11.56±1.22	2.89±.305
	3.Aile Uyumu	10-30	18-24	20.56±1.88	3.42±.314
	4.Kendilik Algısı	6-30	15-21	17.70±1.68	2.95±.280
	5.Sosyal Yeterlilik	9-30	15-21	18.13±1.69	3.02±.282
6.Sosyal Kaynaklar	7-35	16-23	19.26±2.16	2.75±.309	
Kontrol Grubu (n:30)	YPDÖ Toplam Puan	33-165	85-116	99.83±9.55	3.02±.28
	YPDÖ Alt Boyutları				
	1.Yapısal Stil	4-20	9-14	11.73±1.50	2.93±.376
	2.Gelecek Algı	4-20	9-14	11.53±1.63	2.88±.40
	3.Aile Uyumu	10-30	18-24	21.36±1.69	3.56±.281
	4.Kendilik Algısı	6-30	15-21	17.56±2.35	2.92±.393
	5.Sosyal Yeterlilik	9-30	16-21	17.90±1.90	2.98±.316
6.Sosyal Kaynaklar	7-35	16-23	19.73±2.36	2.81±.337	

Ön testte deney grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puan ortalaması 99.3 ± 7.90 , kontrol grubundaki hastaların ise 99.83 ± 9.55 olarak bulunmuştur. PDÖ alt ölçeklerinin madde puan ortalamaları incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların en düşük madde puan ortalamasının sırayla sosyal kaynaklar, gelecek algı ve kendilik algısı alt boyutunda olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt Boyutları	Gruplar	Ön Test $\bar{X} \pm SS$	Son Test $\bar{X} \pm SS$	t*	P
YPDÖ Toplam Puanı	Deney	99.33±7.99	98.26±5.04	0.62	0.539
	Kontrol	99.83±9.55	98±4.22	1.17	0.250
	t**	-0.220	0.22		
	p	0.827	0.825		
Alt Boyutlar					
1.Yapısal Stil	Deney	12.10 ±1.97	12.40±1.58	-0.57	0.571
	Kontrol	11.73±1.5	11.40±.89	1.12	0.231
	t**	0.809	3.004		
	p	0.422	0.004		
2. Gelecek Algı	Deney	11.56±1.22	11.93±1.28	-1.098	0.281
	Kontrol	11.53±1.63	11.53±.730	.000	1
	t**	.089	1.483		
	p	.0929	0.144		
3. Aile Uyumu	Deney	20.56±1.88	15.63±1.60	10.67	p<0.001
	Kontrol	21.36±1.69	19.76±2.73	3.31	0.002
	t**	-1.729	-7.131		
	p	0.089	p<0.001		
4.Kendilik Algı	Deney	17.70±1.68	18.20±1.29	-1.47	0.150
	Kontrol	17.56±2.35	17.50±0.82	0.16	0.871
	t**	0.252	2.498		
	p	0.802	0.015		

5.Sosyal Yeterlilik	Deney	18.13±1.69	18.30±1.48	-4.64	.646
	Kontrol	17.90±1.90	17.90±1.18	.000	1
	t**	0.502	1.151		
	p	0.618	0.254		
6.Sosyal kaynaklar	Deney	19.26±2.16	21.80±1.88	-4.22	p<0.001
	Kontrol	19.73±2.36	19.90±1.64	-0.28	0.776
	t**	-0.798	4.160		
	p	0.428	p<0.001		

*Paired Sample t-test **Bağımsız Gruplarda t-testi

Tablo 8’de deney ve kontrol grubundaki hastaların, gruplara göre ayrı olarak öntest ve sontest YPDÖ toplam puan ve altı alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farklar karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Tablo-8’ye göre;

Yetişkinle İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Deney grubundaki hastaların YPDÖ puan ortalaması öntestte 99.33 ± 7.99 , sontestte 98.26 ± 5.04 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların YPDÖ puan ortalaması öntestte 99.83 ± 9.55 , sontestte 98 ± 4.22 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

1. Yapısal Stil Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların yapısal stil alt boyut puan ortalaması öntestte 12.10 ± 1.97 , sontestte 12.40 ± 1.58 olup, anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların yapısal stil alt boyut puan ortalaması öntestte 11.73 ± 1.5 , sontestte 11.40 ± 0.89 olup, anlamlı fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Ön testte grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmez iken ($p > 0.05$), son teste anlamlı düzeyde deney grubun puan ortalaması daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$).

2. Gelecek Algı Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların gelecek algı alt boyut puan ortalaması öntestte 11.56 ± 1.22 , sontestte 11.93 ± 1.28 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların gelecek algı alt boyut puan ortalaması öntestte 11.53 ± 1.63 , sontestte 11.53 ± 0.730 olup, anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

3. Aile Uyumu Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların aile uyumu alt boyut puan ortalaması öntestte 20.56 ± 1.88 , sontestte 15.63 ± 1.60 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların aile uyumu alt boyut puan ortalaması öntestte 21.36 ± 1.69 , sontestte 19.76 ± 2.73 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

4. Kendilik Algı Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların kendilik algı alt boyut puan ortalaması öntestte 17.70 ± 1.68 , sontestte 18.20 ± 1.29 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların kendilik algı alt boyut puan ortalaması öntestte 17.56 ± 2.35 , sontestte 17.50 ± 0.82 olup, farklılık anlamlı düzeyde değildir ($p > 0.05$). Ön testte grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmez iken ($p > 0.05$), son teste anlamlı düzeyde deney grubun puan ortalaması daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$).

5. Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalaması öntestte 18.13 ± 1.69 , sontestte 18.30 ± 1.48 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalaması öntestte 17.90 ± 1.90 , sontestte 17.90 ± 1.18 olup, anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

6. Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu

Deney grubundaki hastaların sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalaması öntestte 19.26 ± 2.16 , sontestte 21.80 ± 1.88 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların sosyal kaynaklar alt boyut puan ortalaması öntestte 19.73 ± 2.36 , sontestte 19.90 ± 1.64 olup, anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Ön testte grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmez iken ($p > 0.05$), son teste anlamlı düzeyde deney grubun puan ortalaması daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Depresyon önemli sosyal yetersizliğe, mortalitede artışa yol açan, ciddi belirtiler ve yetiyitimi ile giden, maliyeti yüksek bir hastalıktır (1). Depresyon hastalarına verilen psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitimin hastaların depresyon, umutsuzluk, stresle baş etme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, ilgili literatür incelemeleriyle tartışılmıştır.

Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki tüm hastaların %65'ini kadın hastalar, %35'ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Literatüre uyumlu bir şekilde bu çalışmanın örneklemini oluşturan kadın hastalar erkeklerden yaklaşık iki kat fazladır. Literatürde majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak belirtilmektedir. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemlerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (6). Diğer çalışmalar incelendiğinde de depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu görülmektedir (49,106,107). Bu çalışmaya katılanların %46.6'sını 36-45 yaş grubundaki hastalar oluşturmaktadır. Daha çok orta yaş grubunda olan hastaların olduğunu görmekteyiz. Literatürde depresyonun sıklığının ve yaygınlığının en geniş aralıkta 20-50 yaşlar arasında arttığı, 40 yaşında pik yaptığı belirtilmektedir. Medeni durum açısından ise bu çalışmanın örneklemini oluşturan tüm hastaların %55'inin evli, %21.6'sının dul ve boşanmış olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda major depresyonun ayrı yaşayan, boşanmış ve dul olanlarda yüksek oranda, evlilerde düşük oranda görüldüğü belirtilmiştir (108). Örneklemini oluşturan hastaların medeni durum açısından literatürde belirtilenden farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmadaki deney ve kontrol grubundaki tüm hastaların %68.3'ünün gelir düzeylerinin düşük ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Depresyon yaygınlığının düşük sosyo-ekonomik

düzydeki popölasyonda daha yüksek oranda görüldüğü farklı araştırmalarda da belirtilmiştir (109,110,111).

Hastaların Depresyon Düzeyleri

Depresyon, yaygın, yüksek kronikleşme ve yineleme oranı, önemli intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturması nedeniyle ciddi bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur (2).

Bunun yanısıra kişilerin sosyal uyumunu, işlevselliğini, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemekte ve tedavi masrafları nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak yüksek ekonomik kayıplara da yolaçmaktadır (3,112). Depresyonun bu olumsuz sonuçlarını azaltmak için hastalığın önlenmesi, uygun tedavinin belirlenip kişinin en kısa zamanda işlevselliğinin artırılması, hastanede yatış süresinin ve yatış sayısının azalması için gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir. Bu bağlamda, depresyonda uygulanan tıbbi tedavi ile kombine psikoterapi gerekli görünmektedir (113). Bu bakış açısıyla depresif bozukluklara yönelik psikososyal tedaviler uygulanmalıdır. Depresyon hastalarına uygulanan psikoeğitim, psikososyal bir tedavi bileşenidir (114,115). Bu çalışmada depresyon hastalarına psikoeğitim uygulanmış ve sonuçları literatürdeki bilgilerle tartışılmıştır.

Araştırma bulguları incelendiğinde deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu görülmüştür. Bu çalışmada eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının depresyon ölçeği puan ortalamaları sırayla 33.13 ± 11.38 , 34.50 ± 15.28 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde; 30-63 arasındaki ölçek puanları “şiddetli düzeyde depresif belirtiler” olarak değerlendirilmektedir. Bu değerler doğrultusunda tüm hastaların eğitim öncesinde depresif belirti düzeylerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür.

Hem deney hemde kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında eğitim sonrasında depresyon düzeylerinin öncesine göre anlamlı oranda düştüğü belirlenmiştir. Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, depresyon düzeyi açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Eğitim sonrasında ise deney grubunun depresyon düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur. Eğitim sonunda deney grubunun depresyon düzeyindeki bu azalma, araştırma hipotezlerinden olan “**Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitim hastaların depresyon düzeyini azaltmakta etkilidir**” şeklindeki H1 nolu hipotezini doğrulamaktadır. Depresyon hastalarında yapılan diğer psikoeğitim çalışmalarında da depresyon düzeyleri üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, hemşireler

tarafından yapılan psikoeğitimsel girişimlerin hafif ve orta düzeyde depresyon belirtilerini azalttığı (114,115), bilişsel davranışçı tekniklerin kullanıldığı psikoeğitim çalışmalarının (116,117,118) depresyonun önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır.

İspanya’da yapılan bir çalışmada, antidepresan tedavisi alan kontrol grubu ile psikoeğitim verilen grup karşılaştırılmıştır. Hastalar eğitimin sonunda, 6. ve 9. aylarda değerlendirilmişlerdir.

Araştırmanın sonucunda psikoeğitim grubunda %40 oranında semptomlarda düzelme görülürken 6. ayda bu oran %42’ye, 9. Ayda ise %44’e çıkmıştır, kontrol grubunda ise eğitim sonunda bu oran %26.8’dir. Gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı düzeydedir. Analizler göstermiştir ki psikoeğitimin sonunda, Beck Depresyon Envanteri skorunda önemli farklılık görülmüştür ($p=0.008$) (119). Japonya’da işçiler üzerinde yapılan web temelli bir psikoeğitim çalışmasının sonucunda ise depresyon açısından yüksek riskli bulunan işçilerin depresif semptomlarının iyileşmesinde etkili olduğu belirlenmiştir (25). Çalışmalar, depresyon hastalarının semptomlarını azaltmada grup psikoeğitiminin etkinliğini göstermiştir. Hafif ve orta şiddette depresyonu olan hastalar üzerinde hemşireler tarafından yapılan psikoeğitim çalışmasında da psikoeğitimin depresyon hastaları için kısa ve uzun dönemde etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca psikoeğitim grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesinde kontrol grubuna göre daha fazla artış olduğu belirtilmiştir (120).

Depresyon hastalarında psikoeğitiminin etkinliğine yönelik yapılan iki farklı metaanaliz çalışmasının sonucunda da psikoeğitimin, depresif semptomları azaltmada etkili olduğu ortaya konulmuştur (40,39). Psikoeğitim depresif semptomların klinik iyileşmeleriyle önemli oranda ilişkilidir. Bu müdahalelerin rutin tedaviyi desteklemek için faydalı olduğu ifade edilmiştir (39). Bizim çalışmamızın sonucuda bu görüşü desteklemektedir. Öte yandan psikoeğitimi uygulamak kolaydır ve hemen uygulanabilir ve maliyeti düşüktür. Dolayısıyla psikoeğitimler depresyon hastaları için sıklıkla ilk adım müdahaleler olabilir ve primer bakım ve toplum temelli müdahalelerde bir başlangıç müdahalesi olarak yer alabilir (40).

Hastalarının Umutsuzluk Düzeyleri

Depresyon hastalarında yaygın bir şekilde görülen belirtilerden biri umutsuzluktur. 1950’den bu yana, umudun sağlıktaki ve kendini iyi hissetmedeki rolüne vurgu yapılarak, umut; amacın gerçekleştirilmesindeki olumlu beklenti olarak ifade

edilmektedir. Umudun en büyük özelliği, olumlu gelişmelerle beraber, bir çıkış yolu olduğuna ilişkin inanç ve planların başarılacağı öngörüsüdür (121).

Umut kısaca “İyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmaktadır (122). Gelecekte olabilecek her şeyin şimdikinden daha iyi olmayacağı (123,7) ve geleceğe yönelik olumsuz bakış umutsuzluk kavramının ögesini oluşturmaktadır (124).

Umutsuzluğun varoluş nedeni umudun yokluğudur (122). Bu çalışmada eğitim öncesinde deney grubundaki hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması 17.03 ± 5.75 , kontrol grubundaki hastaların ise 14.93 ± 7.46 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde 14-20 arasındaki ölçek puanları “yoğun umutsuzluk” olarak değerlendirilmiştir. Bu değer doğrultusunda tüm hastaların eğitim öncesinde yoğun umutsuzluk yaşadıkları söylenebilir. Ölçek değerlendirilmesinde, alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır (95). Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Eğitim sonrasında gruplar arası karşılaştırmada ise, deney grubundaki hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha düşük olduğu görülmüştür. Grup içi karşılaştırmada ise hem deney hemde kontrol grubunun eğitim sonrasında Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamasının eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde, hem deney hemde kontrol grubunun Gelecekle İlgili Duygu, Motivasyon Kaybı ve Gelecekle İlgili Beklenti alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, umutsuzluk düzeyi açısından anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Eğitim sonrasında ise deney grubunun umutsuzluk düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonunda deney grubunun umutsuzluk düzeyindeki bu azalma araştırma hipotezlerinden olan “**Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitim hastaların umutsuzluk düzeyini azaltmakta etkilidir**” şeklindeki H2 nolu hipotezini doğrulamaktadır. Umutsuzluk depresyon tanısında önemli belirtilerden birisidir.

Hastalarda depresif belirtilerin şiddeti arttıkça umutsuzluğunda arttığı klinik çalışmalarla gösterilmiştir (8). Araştırma eğitim sonunda hastaların depresyon düzeylerinin düşmesinde de umutsuzluğun azalmasının etkili olabileceğini

düşündürmektedir. Literatürde depresyon hastalarında psikoeğitimin umutsuzluk düzeylerine etkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları

Stresle başa çıkma yöntemleri depresyon açısından önemli bir kavramdır. Stresli durumlarda problem odaklı baş etme yöntemlerini kullananların stres verici durumlardan önce ve sonra depresyon düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.

Uygun teknikleri kullanmaya yönlendirilen kişilerin stresli durumlara uygun tepkiler gösterme ve depresyonlarıyla baş etme yeterliliklerinin arttığı saptanmıştır (13). Bazı stresle baş edebilme yöntemleri stresle ilişkili olumsuz duyguları düzenleyerek alternatif çözümler üreten koruyucu bir işlev görebilir (14). Bu çalışmaya katılan depresyon hastalarının Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçeklerinin madde puan ortalamaları incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların en fazla çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzlarını yani pasif başa çıkma stratejilerini kullandıkları görülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada da depresyon tanısı almış hastaların pasif başa çıkma tarzlarını anlamlı düzeyde daha fazla kullandığı görülmüştür (125).

Deney grubunun eğitim sonrasında öncesine göre SBÇTÖ alt boyutlarından Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Sosyal Destek Arama yaklaşımı alt boyutlarının puan ortalamalarının arttığı, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutlarının ise azaldığı belirlenmiştir. Boyun eğici yaklaşım alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlardaki bu farkların ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Sosyal Destek Arama yaklaşımı alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre anlamlı düzeyde artış görülürken, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir. Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, ölçek alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Eğitim sonrasında ise deney grubunun Sosyal Destek Arama yaklaşımı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek, Çaresiz Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur. Bu alt boyutlardan kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek

arama yaklaşımlarından alınan puanlar yükseldikçe kişinin etkili, yani aktif başa çıkma yöntemlerini kullandığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları yükseldikçe de etkisiz, yani pasif başa çıkma yöntemlerini kullandığı anlaşılmaktadır (96). Eğitim sonrasında hastaların aktif başa çıkma yöntemlerini daha çok, pasif başa çıkma yöntemlerini ise daha az kullandıklarını söyleyebiliriz.

Bu çalışmada eğitim sonunda deney grubunun stresle başa çıkma tarzlarının alt boyutlarında ileri derecede anlamlılık görülmesi araştırma hipotezlerinden olan **“Psikolojik dayanıklılık odaklı psiko eğitim hastaların stresle başa çıkmalarında etkilidir”** şeklindeki H3 nolu hipotezini doğrulamaktadır.

Depresyonda olumlu baş etme yöntemlerinin desteklenmesi ve olumsuz olanların ise uygun terapiyle değiştirilmesi ile tedavileri daha etkili ve anlamlı olacaktır. Ülkemizde, stresle başa çıkma stratejileri daha çok tıbbi hastalığı olan olgularda araştırılmış (13), depresif bozukluk tanısı özelinde yeterince çalışılmamıştır. Diğer ruhsal bozukluklarda yapılan psiko eğitim çalışmalarında da bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin depremden sonra post travmatik stres bozukluğu olan bireylere verilen psiko eğitim çalışmasında, eğitimin sonunda psiko eğitim ve medikal tedaviyi birlikte alan grubun sadece psiko eğitim ya da sadece medikal tedavi alan gruplara göre bir baş etme stratejisi olarak problem çözme skorları daha yüksek, kaçınma skorlarının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Psiko eğitim ve medikal tedaviyi birlikte alan grubun diğer iki gruba göre eğitim sonunda depresyon skorları da önemli düzeyde azalmış, problem çözme skorları da artmıştır (126). Savaşa bağlı travma yaşayan çocuklara yönelik psikolojik dayanıklılık odaklı psiko eğitimin verildiği çalışmada, eğitim sonunda deney grubundaki çocukların kontrol grubuna göre stres düzeylerinde önemli azalma görülürken ayrıca daha az post travmatik stres semptomları göstermişlerdir (127)

Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri

Psikolojik dayanıklılık, strese neden olan hayatın olumsuz etkilerini azaltmada ve ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemede koruyucu bir kalkan olarak düşünülmektedir (128,129). Psikolojik dayanıklılık genel olarak bir başarı veya uyum sağlama sürecini tanımlar (130). Bu açıdan bir travma, bir tehdit, bir trajedi veya ailesel ve ilişkisel sorunlar, ciddi sağlık sorunları, işyeri ve ekonomik sorunlar gibi önemli stresörlere karşı, psikolojik dayanıklılık kişinin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir (131).

Psikolojik dayanıklılığın ciddi sağlık problemleriyle karşılaşıldığı zaman ve psikiyatrik semptomlara karşı bir kalkan olarak kullanılan bir direnç kaynağı olarak rol aldığı düşünülmektedir. Psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olan bireylerin stresli yaşam olaylarıyla daha başarılı şekilde mücadele ettiği söylenebilir.

Bu çalışmada ön testte deney grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeği toplam puan ortalaması 99.3 ± 7.90 , kontrol grubundaki hastaların ise 99.83 ± 9.55 olup, alınabilecek azami puana bakıldığında orta düzeyde olduğu görülmektedir. Min ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada düşük ve orta düzeyde psikolojik dayanıklılığın anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (132).

Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, psikolojik dayanıklılık toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Eğitim sonrasında gruplar arası karşılaştırmada ise, deney grubundakilerin yapısal stil, kendilik algısı ve sosyal kaynaklar alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir. Aile uyumu alt boyutu puan ortalaması ise kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksektir. Toplam psikolojik dayanıklılık ve diğer alt boyutlarda ise anlamlı farklılık görülmemiştir. Eğitim sonunda deney grubunun psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının bazılarının düzeyindeki artış, araştırma hipotezlerinden olan **“Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitim hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyini artırmakta etkilidir”** şeklindeki H4 nolu hipotezini kısmen doğrulamaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bunlardan doktorlara uygulanan stres yönetimi ve psikolojik dayanıklılık eğitiminin sonucunda, katılımcıların psikolojik dayanıklılık, stres, anksiyete ve yaşam kalitelerinde önemli iyileşmeler sağlanmıştır (126). Genç erişkin öğrenciler üzerinde yapılan dört haftalık psikolojik dayanıklılığı artırma müdahalesinin sonunda katılımcıların görüşlerine yönelik kalitatif değerlendirmeler yapılmıştır. Değerlendirmenin sonunda öğrenciler stres düzeylerinde, uykularında ve pozitif perspektif geliştirme noktalarında eğitimin hemen etkilerini gördüklerini belirtmişlerdir. Psikolojik dayanıklılık açısından müdahalenin sonunda katılımcılar davranışlarını negatif olarak algılamalarını pozitif yönde bir algıya değiştirerek güçlendikleri hissini belirtmişlerdir. Geçmişlerinde yaşamış oldukları olumsuz deneyimlerinden güç kazandıklarını bildirmişlerdir. Çalışmanın sonunda eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmelerde psikolojik dayanıklılık düzeylerinde önemli farklılık görülmemiştir. Ancak katılımcıların belirttikleri açıklamalarda psikolojik

dayanıklılıklarında olumlu değişimler tanımlanmıştır. Örneğin, özellikle yaşadıkları endişelerde azalmanın, daha iyi stres yönetiminin ve uyku kalitesinin olduğunu belirtmişlerdir (133).

Meme kanserli kadınlara uygulanan 12 haftalık stres yönetimi ve psikolojik dayanıklılık eğitiminin sonunda ise hastaların psikolojik dayanıklılık, anksiyete, algılanan stres ve yaşam kalitesinde önemli düzeyde iyileşmeler görülmüştür. Bu eğitim programı hastaların psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesini artırabilmekte ve stres ve anksiyete düzeyini azaltabilmektedir (134).

Psikolojik dayanıklılığı artırma temelli eğitim programlarının etkinliğini araştıran sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında ise, bu programların psikolojik dayanıklılığı artırma ve diğer ruh sağlığı sorunlarını iyileştirmede küçük ile orta derecede bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (22). Psikiyatri klinik hemşireleri, psikolojik dayanıklılığı artırma temelli eğitimler için ideal pozisyonadırlar. Psikolojik dayanıklılığı artırma eğitimi, kişilerde psikolojik dayanıklılığı sağlamada bir potansiyele sahiptir (133). Psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik psikoeğitim programları psikososyal iyilik durumunu artırmak için grup eğitimi olarak uygulanması uygundur (20).

Özetle, depresyonda terapötik hasta eğitimi veya psikoeğitim etkilidir. Psikiyatri kliniğinde multidisipliner tedavi ekibi tarafından verilen psikoeğitim grupları relapsları azaltmak ve hastaların yaşam kalitelerini geliştirmek üzere global bakıma entegre edilmelidir (119).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Depresyon tanısı almış hastalarda psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitimin hastaların psikolojik dayanıklılık, depresyon, umutsuzluk ve stresle başetme düzeyleri üzerine etkinliğini saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Hastalar depresyon düzeyleri açısından değerlendirildiğinde;

- Tüm hastaların eğitim öncesinde depresif belirti düzeylerinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür.
- Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, depresyon düzeyi açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Eğitim sonrasında ise deney grubunun depresyon düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalar umutsuzluk düzeyleri açısından değerlendirildiğinde;

- Tüm hastaların eğitim öncesinde yoğun umutsuzluk yaşadıkları görülmüştür.
- Ön testte deney ve kontrol gruplarının Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmezken ($p>0.05$), son testte deney grubunun puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki farklılık anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hem deney hem de kontrol grubunun ön test ve son test grup içi karşılaştırılmasında; son testte ön teste göre anlamlı düzeyde umutsuzlukta azalmanın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastalar stresle başa çıkma tarzları açısından değerlendirildiğinde;

- Eğitim öncesinde hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların en fazla Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım başa çıkma tarzlarını yani pasif başa çıkma stratejilerini kullandıkları görülmüştür.
- Deney grubunun eğitim sonrasında öncesine göre Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Sosyal Destek Arama yaklaşımı alt boyutlarının puan ortalamalarının arttığı,

Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutlarının ise azaldığı belirlenmiştir. Boyun eğici yaklaşım alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlardaki bu farkların ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

-Kontrol grubunda ise Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Sosyal Destek Arama yaklaşımı alt boyutlarının puan ortalamalarının eğitim sonrasında öncesine göre anlamlı düzeyde artış görülürken ($p<0.05$), Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

- Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, ölçek alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

- Eğitim sonrasında ise deney grubunun Sosyal Destek Arama yaklaşımı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek, Çaresiz Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması ise daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

- Eğitim sonrasında hastaların aktif başa çıkma yöntemlerini daha çok, pasif başa çıkma yöntemlerini ise daha az kullandıkları belirlenmiştir.

Hastalar psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından değerlendirildiğinde;

- Ön testte deney grubundaki hastaların psikolojik dayanıklılığının orta düzeyde olduğu görülmüştür.
- Deney grubundaki hastaların YPDÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).
- Kontrol grubundaki hastaların YPDÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).
- Eğitim öncesinde deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırılmasında, psikolojik dayanıklılık toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Eğitim sonrasında gruplar arası karşılaştırmada ise, deney grubundakilerin yapısal stil, kendilik algısı ve sosyal kaynaklar alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile uyumu alt boyutu puan ortalaması ise kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksektir ($p<0.05$). Toplam psikolojik dayanıklılık ve diğer alt boyutlarda ise anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre:

- Depresyon hastalarının tedavisinde ilaç uygulamalarına ek olarak psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitim programlarının yapılması,

- Benzer çalışmaların multidisipliner (psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) yaklaşımla yürütülmesi,
- Depresyon hastalarında psikoğitimsel çalışmaların yapılması,
- Depresyon hastalarında psikolojik dayanıklılık odaklı psikoğitim programının değerlendirilmesine yönelik yapılacak çalışmaların daha büyük örneklem grubunda ve daha uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması,
- Psikiyatri hemşireliği lisansüstü programlarında bu eğitime yer verilmesi,
- Olumlu psikoloji kapsamında psikolojik dayanıklılık kavramının psikiyatri hemşireleri, psikolojik danışmanlar ve psikiyatristler tarafından daha iyi anlaşılması ve hem klinik hemde toplumsal uygulamalarda psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik girişimlere yer verilmesi,

nerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Duman RS. Depression: A case of neuronal life and death?. *Biol Psychiatry*. 2004; 56(3): 140-5.
2. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8: 46-51.
3. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Epidemiology of mood disorders. In *Textbook of Mood Disorders*. (Eds. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg). Arlington, American Psychiatric Publishing. 2006;33-54.
4. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;Dec 7;(12):CD003380.doi: 10.1002/14651858.CD003380.pub3.
5. Köroğlu E. *Psikiyatri El Kitabı, Duygudurum bozuklukları*. 4.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2011: s.61-77.
6. Köroğlu E. *Psikonozoloji. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara: HYB Yayıncılık, 2004.
7. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*, 3. Baskı. Ankara: MN Medikal&Nobel, 2006.
8. Odağ C. İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım, 2.baskı. İzmir: 2002; 9-20, 87-95,100-112.
9. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):601-8.
10. Ak M, Özmenler KN, Bozkurt A. Depresyon hastalarında belirti şiddeti ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. *Kriz Dergisi*. 2006;14(3):1-7.
11. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5(1):8-15.
12. Basut E. Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 2006; 13: 31-3.

13. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1999.
14. Öngen D. "Relationships Between Coping Strategies and Depression Among Turkish Adolescents". *Social Behavior and Personality*. 2006;34(2):181-19.
15. 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. doi:10.1080/10615800290028468.
16. Shepherd JG. Coping Style as Mediator of health-related quality of life and depression after an acquired brain injury. 2007, Fielding Graduate University, Doctoral dissertation. (Santa Barbara).
17. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatr Dergisi*. 2005; 6: 221-26.
18. Ramirez ER. Resilience: a concept analysis. *Nursing forum*. 2007; 42: 73-82.
19. Bourden O. Resilience: When hope becomes possible for everyone. *Mammoth magazine*. 2013; 13: 2-3.
20. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program, *Psychol Health Med*. 2010 May;15(3):266-77. doi: 10.1080/13548501003758710.
21. Öz F, Bahadır-Yılmaz E. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2009; 82-89.
22. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the READY program. *BMC Public Health*. 2009 Nov 23; 9: 427. doi: 10.1186/1471-2458-9-427.
23. Gizir CA. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2007; 3: 113-128.
24. Gürgen U. Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkisi. 2006, A.Ü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
25. Cox GR, Fisher CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB, Hetrick SE. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*., 2012 Nov 14;11: CD007504. doi: 10.1002/14651858.CD007504.pub2.

26. NICE. Depression: Treatment Management of Depression in Adults, including Adults with a Chronic Physical Health Problem. 2009. London, National Institute for Clinical Excellence.
27. APA. 2010. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Association. (<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>).
28. Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D. Adult Depression in Primary Care Guideline. Bloomington, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2013.
29. Schotte CK, Van Den Bossche B, De Doncker D, Claes S, Cosyns P. A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. 2006;23(5):312-24.
30. Sütçügil L, Özmenler N. Major depresyonda psikososyal müdahaleler. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. 2007; 3(47):46-50.
31. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry. 2015; 7(1):1-15Doi:10.5455/Cap.20140426072955.
32. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. Cochrane Database Syst Rev.2005; (4):CD005331.
33. Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam. 2001; 14(1): 33-40.
34. Donovan HS, Kwekkeboom KL, Rosenzweig MQ, Ward SE. Nonspecific effects in psychoeducational intervention research. Western Journal of Nursing. 2009; 31(8): 983-998.
35. Sabancıoğulları S. Ruhsal sorunu olan bireyin eğitimi: Psikoeğitimsel yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 10(1): 57-67.
36. Fawzy FI, Fawzy NW. Psikoeducational Interventions. J. C. Holland (Ed.). Psycho-oncology New York: Oxford University. 1998: pp 676-693.
37. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. Brief Treat Crisis Interv. 2004; 4:205–225.
38. Alataş G, Kurt E, Alataş E, Bilgiç V, Karatepe H. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. Düşünen adam dergisi. 2007; 20:196-205.

39. Tursi MF, Baes CV, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Nov;47(11):1019-31. doi: 10.1177/0004867413491154. Epub 2013 Jun 5.
40. Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Smit F, Riper H, Berking M, Cuijpers P. Effect of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Prevention of Major Depression in Adults With Subthreshold Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016 May 3;315(17):1854-63. doi: 10.1001/jama.2016.4326.
41. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003; 6-498.
42. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.Basım, Ankara: 2008; Cilt 1, 337-427.
43. Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, (Çev: Ertuğrul Köroğlu). HYB Yayıncılık, 2013.
44. Yalçın M. Birinci Basamakta Depresyona Yaklaşım Sorunları “Sted”. 2004; cilt 13 s.2:46-49.
45. WHO. 2012.World Mental Health Day: Depression: A Global Crisis. Geneva, World Health Organization.
46. Spinney L. European Brain Policy Forum: depression and the european society. *Eur Psychiatry*. 2009; 24:550-551.
47. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.2004.
48. Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel Gelişimi ve Kavramın Tanıtımı. In: Sadock B, Sadock V, eds. Aydın H, Bozkurt A, (çev. eds). Türkçe Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi. 2007; p.1559-75.
49. Doğan O. Depresyon ve epidemiyolojisi. *Duygudurum dizisi*. 2000;1:29-38.
50. Kaya B, Kaya M. 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik psikiyatri*. 2007;10(6):3-10.
51. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, 4.Baskı. Ankara: 2014.

52. Kozy M, Varcarolis M. Depressive Disorders. (edit. EM.Varcarolis, MJ.Halter) Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach (6th Edition) Saunders Elseiver. Canada, 2010; 246-278.
53. Viedebeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004.
54. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları,10. Basım. Ankara: 2004.
55. Köroğlu E. “Depresyon nedir? Nasıl baş edilir?”. 2. baskı. Ankara: Hekimler yayın birliği. 2006.
56. Çam O, Ergin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, 1. Baskı. İstanbul:2014.
57. Brambilla G., Mattioli F., Martelli A.. Genotoxic and carcinogenic effects of antipsychotics and antidepressants. Toxicology. 2009; 261: 77-88.
58. Hassanane M. S., Hafiz N, Radwan W., El- Ghor A.A. Genotoxic evaluation for the tricyclic antidepressant drug, amitriptyline. Drug and Chemical Toxicology. 2012; 35(4): 450-455.
59. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2000; 1(3):133-142.
60. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Loannovich E, Karydi V. Stefanis C.The effect of family intervention on chronic under individual treatment; A 3-year study psychosocial schizohrenics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000;35:487-493.
61. Mino Y, Shimodera S, Inoue S, Fujita H, Fukuza K. Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2007; 61: 20–24.
62. Joiner TE. An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: Hopelessness as a stress and depression generator. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005; 24 (5), 649-664.
63. Poch F. Vinas. Feelings of hopelessness in a Spanish University population. Soc Psychiatr Epidemiol. 2004; 39, 326-334.
64. Hankin BL, Abramson Lyn Y, Siler M. A prospective test of depression in adolescence. Cognitive Therapy and Research. 2001; 25 (5), 607-632.
65. Tuğrul CD. Stres ve depresyon. Psikiyatri Dünyası, 2000; 4(1), 12-17.
66. Memiş S, Eti FA, Aygin D. Denge Stres ve Adaptasyon, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Edit: A.Karadovan, FA Eti). Adana: Nobel Kitabevi,2010.

67. Werden EM. Religious Identity as a Coping Resource.2001, Miami University, Oxford. Doctoral dissertation, Ohio.
68. 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.
69. Baker JP, Berenbaum H. Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cogn Emot*, 2007; 21:95-118. doi;10.1080/02699930600562276.
70. Frydenberg E. Coping competencies: What to teach and when? *Theory Pract*. 2004; 43:14-22. doi:10.1353/tip.2004.0006.
71. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resillience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000; May/June, 71, 543-62.
72. Sharpley CF, Bitsika V, Wootten AC, Christie DRH. Does Resilience 'buffer' against depression in prostate cancer patients? A multi-site replication study. *European Journal of Cancer Care*. 2014; DOI:10.1111/ecc.12170. (Published online: 10.02.2014).
73. Eskin M. Sorun çözüme terapisi. Boylam Psikiyatri Enstitüsü, 2. Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık, 2011; 15-28.
74. Gladstone T. Prevention of childhood depression: Recent findings and future prospects. *Society of Biological Psychiatry*. 2001; 49: 1101-1110.
75. Kararımkak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2006; 3(26): 129-142.
76. Stout MD, Kipling G. Aboriginal people, resilience and the residential school legacy. Aboriginal Healing Foundation. 2003; URL: www.ahf.ca/pages/download/28_46. 2008.
77. Fraser M, Jenson JM. A risk and resilience framework for child, youth and family policy (Electronic Journal). http://www.sagepub.com/upm-data/5975_Chapter_1_Jenson_Fraser_I_Proof.Pdf., 2008.
78. Şahin M, Yetim A, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2012; 5(8): 373-380.
79. Stewart D. Research brief: Resilience and mental health outcomes. PreVAiL: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network. London, ON.

2010(<http://prevail.fims.uwo.ca/docs/Resilience%20Research%20Brief%20Mar10.pdf>) (Erişim Tarihi: 20.05.2014)

80. Khanlou N, Wray R. A whole community approach toward child and youth resilience promotion: A review of resilience literature. *Int J Ment Health Addiction*. 2014; DOI 10.1007/s11469-013-9470-1
81. Tanriverdi D, Cuhadar D, Ciftci S. “Does the impairment of functional life increase the probability of suicide in cancer patients?”. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 2014; 15(21): 9549.
82. [Scott M.S.](http://psychology.about.com/od/crisiscounseling/tp/become-more-resilient.htm) The Traits, Benefits and Development of Emotional Resilience. <http://psychology.about.com/od/crisiscounseling/tp/become-more-resilient.htm>. Updated June 09, 2014
83. Sağlam H. Lösemi tanısıyla izlenen 15-18 yaş grubu adölesanların psikolojik sağlıklılık düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ocuk Sağlığı ve Hemşireliği Programı, Yüksek lisans tezi, 92 sayfa, Ankara, 2012.
84. Vieta E. Improving Treatment Adherence In Bipolar Disorder Through Psychoeducation. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66:24-29.
85. Tambağ H, z F. Grup Psikoeğitiminin Yaşlıların Hemşirelik Bakımında Kullanılması Use Of Group Psychoeducation in Nursing Care of Elderly Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 47–53
86. Reichhart T, Pitschel-Walz G, Kissling W, Bauml J. Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia. *European Psychiatry*. 2010; 25: 39-46.
87. Michalak EE, Yatham In, Lam RW. The role of psychoeducation in the treatment of bipolar disorder: A clinical perspective. *Clin Approach Bipolar Disord*. 2004; 3:5-11.
88. Varcarolis EM. Schizophrenics Disorders. In: Varcarolis Em. Ed. *Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia, Third Edition, W.B. Saunders Company, 1998; 11-12, 625-658.
89. Chien WT, Lee IY. The Mindfulness-based Psychoeducation Program for Chinese Patient with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, Apr 2013;64(4):376-379.
90. Fallahi Khoshknap M, Sheikhona M, Rahqouy A, Rahgozar M, Sodagari MP. The Effects of Group Psychoeducation Programme on Family Burden in Caregivers

- of Iranian Patients With Schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nrs. 2014 Jun; 21(5):438-46.
91. Tanrıverdi D, Savaş E, Can G. Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012; 13(9): 4311-4314.
 92. Gezgin H, Çam M.O, Karademir M. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Hastalarına Verilen Psikoeğitimin Tedavideki Etkinliğinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2010; 13: 65-76.
 93. Oflaz F, Hatipoğlu S, Aydın H. Effectiveness of Psychoeducation İntervention on Post-Traumatic Stress Disorder and Coping Styles of Earthquake Survivors, J Clin Nurs. Mar 2008;17(5):677-687.
 94. Babacan Gümüş A. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. Haziran- Aralık 2006; 8(1):23.
 95. Savaşır I, Şahin N. H. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997. Yayın no:9.
 96. Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 10 (34): 56-73.
 97. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Martinussen R. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment?. Int J Methods Psychiatr Res. 2003; 12(2): 65-76.
 98. Basım N, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011; 22(2): 104-14.
 99. Friberg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge, JH, Hjemdal O. "Resilience in relation to personality and intelligence", International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2005; 14(1): 29-42
 100. Aydemir Ç, Temiz H.V, Göka E. Majör depresyon ve özkıyıda kognitif ve emosyonel faktörler. Türk psikiyatri dergisi.2002; 13(1): 33-39.
 101. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. American psychologist. 1998; 53:205-220.

102. Atkinson Sacqveline M, Denise A, Coia W. Harper gilmour and janice p harpes “The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life”. British journal of psychiatry. 1996; 168:199-204.
103. Özakkaş T. Bütüncül psikoterapi. PHD. Psikiyatris-Psikoterapist. Litera yayıncılık, İstanbul, 2011.
104. Morris GC. Psikolojiyi Anlamak. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ayvalık H. Ankara, 2002; 1-512.
105. Bilge A, Çam O. Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008; 9:16-21
106. Savrun BM. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul,2-3 Aralık 1999; s. 11-17.
107. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: Epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, s 447-59.
108. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalance of depressive disorders in the United Kingdom. Biol Psychiatr, 1999;45(3):300-7.
109. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study, Arch Gen Psychiatry, 1991;48(3):223-9.
110. Doğan O. Bölüm 19: Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas: Esform Ofset; 2011: s.267-831.
111. 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.
112. Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z. Depresyonun ekonomik maliyeti. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi.2012; 5(2):103-106.
113. Bond M. Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. Curr Opin Psychiatry. 2006; 19:40-43.
114. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2006; 2:15.

115. 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; 12:230.
116. Puskar K, Sereika S, Tusaie-Mumford K. Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2003; 16:71-80.
117. Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E. A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 45:386-395.
118. 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*. 2013; 26:23–31.
119. Carde S, Hatif S, Samama D, Charbonnel P, Jouvent R. Therapeutic education for recurrent depressive disorder. (Article in French) *Soins Psychiatr*. 2016 Jan-Feb; (302):41-3. doi: 10.1016/j.spsy.2015.11.010.
120. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Psychoeducation in Depression: Results of two Surveys five Years Apart in Germany, Austria and Switzerland.(Article in German) *Psychiatr Prax*. 2015 Sep; 42(6):309-12. doi: 10.1055/s-0035-1552662. Epub 2015 Aug 26.
121. Cheavens J.S, Feldman D.B, Woodward J.T, Snyder C. R. Hope In Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal Of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2006; 20 (2):135-145.
122. Kemer G, Atik K. Kırsal Ve İl Merkezinde Yaşayan Lise Öğrencilerinin Umut Düzeylerinin Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Karşılaştırılması. *M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2005; 21:161-168.
123. Bayam G, Okay T, Dilbaz N, Açıkgöz Ç. Sivil Savunma Birliği Çalışanlarında Kaygı, Umutsuzluk Ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri Ve Posttravmatik Stres Bozukluğu Sıklığı. *Kriz Dergisi*. 2002; 10 (1): 1-9.
124. O’connor R.C, Connery H, Cheyne W.M. Hopelessness: The Role Of Depression, Future Directed Thinking And Cognitive Vulnerability. *Psychology, Health And Medicine*. 2000; 5 (2):155-161.
125. Ravindran, A. V, Matheson, K, Griffiths, J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*. 2002; 71, 121- 130.

126. Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: A pilot randomized clinical trial, 2011 Aug; 26(8):858-61. doi: 10.1007/s11606-011-1640-x. Epub 2011 Jan 29.
127. Riebschleger J¹, Tableman B, Rudder D, Onaga E, Whalen P. Early outcomes of a pilot psychoeducation group intervention for children of a parent with a psychiatric illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2009 Fall;33(2):133-41. doi: 10.2975/33.2.2009.133.141.
128. Terzi Ş. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2008; 3(29):1-11.
129. Sezgin F. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2012; 20(2): 489-502.
130. Hunter AJ. A Cross-cultural Comparison of Resilience in Adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2001; 16:172-179.
131. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A Historical Review of the Construct. *Holist Nurs Pract*. 2004; 18:3-8.
132. Min J, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorder. *Qual Life Res*. 2013; 22: 231-241.
133. McCraty R, Atkinson M. Resilience Training Program Reduces Physiological and Psychological Stress in Police Officers. *Glob adv health med* 2012 Nov;1(5):44-66. doi: 10.7453/gahmj.2012.1.5.013. Epub 2012 Nov 1.
134. Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: A comprehensive systematic review. 2015 Jun 12;13(5):131-204. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1898.

8. EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi formu

1) Cinsiyetiniz?

- a) Kadın
- b) Erkek

2) Yaşınız/yaş aralığınız?

- a)18-25
- b)26-35
- c)36-45 ve üstü

3) Eğitim durumunuz?

- a) İlköğretim
- b) Lise
- c) Yüksek okul

4) Medeni durumunuz?

- a) Evli
- b) Dul
- c) Bekar

5) Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

6) Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Kötü
- b) Orta
- c) İyi

Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği

“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 olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4

- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden 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 olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi 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 sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan 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) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi Őikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Saęlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir Őey dűŐünemiyorum.

20

(0) Sekse karşı ilginde 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 yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi dűŐünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuŐum gibi geliyor.”

Ek 3: Beck Umutsuzluk Ölçeği

“Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ya da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

- ___1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum
- ___2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
- ___3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
- ___4- Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
- ___5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
- ___6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
- ___7- Geleceğimi karanlık görüyorum.
- ___8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
- ___9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.
- ___10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı
- ___11- Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor
- ___12- Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum
- ___13- Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
- ___14- İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
- ___15- Geleceğe büyük inancım var.
- ___16- Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
- ___17- Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
- ___18- Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
- ___19- Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.
- ___20- İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.”

Ek 4: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

“Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz: Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama yada size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0’ın altındaki parantezin içine (X) işreti koyun. Çok uygun ise %100’ün altını işaretleyin. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın.”

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;

Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun

	0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8- Olayın/olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünürüm				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19- Her şeyin isteğim gibi olamayacağına inanırım				
20- Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24- Olaylar karşısında ‘kaderim buymuş’ derim				
25- Keşke daha güçlü bir insan olsaydım’ diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27- ‘Benim suçum ne?’ diye düşünürüm				
28- ‘Hep benim yüzümden oldu’ diye düşünürüm				
29- Sorunumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır				

Ek 5: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler, sizin psikolojik dayanıklılığınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Size uygun olan cümleler 1. kutucuktan 5. kutucuğa göre sıralanmıştır. Size uygun olan kutucuğu karalayınız. Hiçbir soruyu boş bırakmamaya çalışınız.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çoğu kez ne yapacağımı
2. Gelecek için yaptığım planların... Başarılması zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı... Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üeleriyle
7. Kişisel problemlerimi... Çözemem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ... İlileriye dönük planlama yapmam,	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ...hissederim Çok mutlu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ...yakın arkadaşlarım/aile üeleri Cesaretlendirebilir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ...olduğunu hissediyorum Ümit verici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ...bir şeydir Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ... Zayıftır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Güclüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır

22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ... Geleceğe pozitif bakar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında... Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bana sövlenmesi bir hayli zaman
25. Diğerleriyle beraberken Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır: Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım Arkadaşımdan/aile üyelerinden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hic kimseden
28. Zor zamanlarda ...eğilimim vardır Her şeyi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek iyi bir
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ... Zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ... Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ... Basa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sürekli bir endise/kavgı
32. Ailemde şunu severiz ... İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ... Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

Ek 6: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazılar

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

Sayı : 99345423/302.99
Konu : Tez Çalışma İzni

24 Haziran 2014

000727

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsüne)
GAZİANTEP

İlgi: 30.05.2014 tarih ve 8302 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Tuba GÜNDOĞAN'ın tezi ile ilgili anket çalışmasını 01 Mayıs 2014-30 Nisan 2015 tarihleri arasında Kurumumuza Bağlı Psikiyatri Polikliniği'nde yapabilmesi için izin isteğiniz ilgi yazınız ile bildirilmiştir.

Adı geçen öğrencinizin yukarıdaki sözü edilen çalışmayı Birliğimize Bağlı Necip Fazıl Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr Abdulkadir GÖĞREMİŞ
Genel Sekreter V.



HİZMETE ÖZEL

BD448509321

T.C.



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

GÜNLÜ EVRAK

Sayı :47989649/300/26856

27/06/2014

Konu :Tez Çalışma İzni (Tuba Gündoğan)

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

İlgi :K.Maraş İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinin 24.06.2014 tarih ve 006727 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız, Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Tuba GÜNDOĞAN'a tez çalışma izni verilmesi ile ilgili yazı ekte gönderilmekte olup, bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

EK :

1 adet izin yazısı

HİZMETE ÖZEL

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Ek Ayrıntılı bilgi için irtibat: Eşref Şefik Ercan

Binası 4. Kat 27310 Şehitkamil / Gaziantep

Tel: (0342) 360 60 60

Faks: (0342) 360 39 26

E-Posta: : sagbilsek@gantep.edu.tr

Elektronik ağ:http://sagbe.gantep.edu.tr

Ek 7: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Odaklı Psikoeğitimin Etkinliği
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	180

KARAR BİLGİLERİ	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>
	Karar No: 26.05.2014/180	Tarih: 26.05.2014
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Elden teslim alındı

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

Ek 8: BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	
Depresyon hastalarında Psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitim etkinliği	
Araştırmacı Tuba Gündoğan Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	Hastanın Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

Sayın KATILIMCI,

Depresyon derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Psikolojik sağlamlılık oldukça zor koşullara rağmen, kişinin bu olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneğidir. Bir yetenek ve psikolojik bir nitelik olarak tanımlanmakla birlikte psikolojik sağlamlığın, sağlıklı gelişimin sürdürülmesine katkıda bulunma, olumsuz bir durumla karşılaşıldığında o durumla mücadele edebilme gibi birtakım özellikleri vardır. Psikoeğitim sözcüğü yapılandırılmış ve bazı özel içerik alanlarına yoğunlaştırılmış programları anlatmak için kullanılır olmuştur. Psikiyatrik literatürde bu sözcüğün tanımında fikir birliği yoktur ve genelde geniş kognitif, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını (aile ve hasta için) anlatmak için kullanılmaktadır. Yardım etmek, aileye bilgi vermenin yanında başa çıkma yeteneklerinin de kazandırılmasını içerir. Bu araştırmada depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin hastaların işlevsel iyileşme düzeylerine etkisinin belirlenmesini ve araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, hastalara uygun yaklaşımlar geliştirmeyi ve planlamayı hedefledik. Araştırma; yaklaşık olarak, istekli olan 80 katılımcı ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere bir anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Rızası:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Kahramanmaraş Afşin ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kahramanmaraş'ın Afşin ilçesinde tamamladı. 2004 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ni kazandı ve 2008 yılında eğitimini tamamladı. 2009 yılında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesine atandı. 2012 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı. Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde Kalp-Damar Cerrahisi ve Acil Servis çalıştı ve halen görevi burada devam etmektedir.

