



**DEPRESYON HASTALARINDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ
TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN İNTİHAR RİSKİ VE SOSYAL
İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

Ümmügölsüm GÖL

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

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

Doktora Tezi – 2022

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

**DEPRESYON HASTALARINDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ
PSİKOEĞİTİMİN İNTİHAR RİSKİ VE SOSYAL İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

Ümmüğülsüm GÜL

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği
Doktora Tezi**

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

MALATYA

2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Depresyon Belirtileri.....	4
2.3. Depresyon Tedavisi	5
2.4. Depresyon ve Sosyal İşlevsellik	6
2.5. Depresyon ve İntihar.....	7
2.6. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	8
2.6.1. Düşünce Hataları.....	9
2.6.2. Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri.....	10
2.6.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler	11
2.7. Depresyon Hastalarında BDT'nin Kullanımı	12
2.8. Bilişsel Davranışçı Terapide Psikiyatri Hemşireliği.....	13
2.9. Depresyon Hastalarında Psikiyatri Hemşireliği Bakımı	14
3. MATERYAL VE METOT	16
3.1. Araştırmanın Türü.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	17
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	17
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)	19
3.4.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK-3)	19
3.4.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (EK-4)	19

3.5. Verilerin Toplanması	20
3.6. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi	20
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	27
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	49
EK-1. Özgeçmiş.....	49
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	50
EK-3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	51
EK-4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)	54
EK-5. Etik Kurul Onayı	57
EK-6. Kurum İzni	58
EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu	60

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, gelişimime katkı sağlayan, önerileri, deneyimleri ve bilimsel birikimiyle yolumu aydınlatan, her daim hoşgörü ve güler yüzlü yaklaşımı ile hayranlık duyduğum değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Tez çalışmamın başından sonuna kadar bilgi ve ön görüşleri ile çalışmama yardımcı ve destek olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer ÜNVER'e ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Erman YILDIZ'a,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalarım ve çalışma süresince benden yardımlarını esirgemeyen tüm sağlık çalışanlarına,

Tez çalışmam sürecinde bana her türlü yardımda bulunan, güç ve motivasyonumu arttıran canım kardeşim Şeyma ERTEM ve canım annem Şerife ERTEM'e,

Hayatın her anında yanımda olan, bana ve başaracağıma olan inancı ile beni her zaman destekleyen, hayat arkadaşım, canım eşim Hanifi GÜL'e,

Eğitim ve tez dönemim boyunca büyük bir sabır gösteren, moral ve neşe kaynağım, en kıymetlim, canım kızım Özlem GÜL'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ümmügülsüm GÜL

ÖZET

Depresyon Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İntihar Riski ve Sosyal İşlevselliğe Etkisi

Amaç: Bu araştırma depresyon hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli psikoeğitimin intihar riski ve sosyal işlevselliğe etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Ön test-son test kontrol gruplu deneysel araştırma olarak İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde Mart 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma 100 depresyon hastasıyla (50 deney, 50 kontrol) tamamlandı. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplandı. Deney grubundaki depresyon hastalarına 8 oturumluk BDT temelli psikoeğitim verildi, kontrol grubundaki depresyon hastalarına herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Deney grubundaki depresyon hastalarının BDT temelli psikoeğitim sonrası intihar olasılığı (88.72 ± 18.50) düzeyinin kontrol grubundaki depresyon hastalarının intihar olasılığı (94.98 ± 18.92) düzeyine oranla azaldığı, sosyal işlevsellik (62.40 ± 8.86) düzeyinin ise kontrol grubundaki depresyon hastalarının sosyal işlevsellik (51.74 ± 8.18) düzeyine oranla arttığı belirlendi. Araştırmada, BDT temelli psikoeğitim uygulamasının deney grubundaki depresyon hastalarının intihar olasılığı ve sosyal işlevsellik düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğu ($p < 0.05$) saptandı.

Sonuç: Depresyon hastalarına uygulanan BDT temelli psikoeğitimin; bu hastalarda intihar riski düzeyini azaltmada ve sosyal işlevsellik düzeyini arttırmada etkili olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: BDT, depresyon, intihar olasılığı, sosyal işlevsellik, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim.

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based Psychoeducation on Suicide Possibility and Social Functionality of Depressive Persons

Aim: This study was conducted to determine the effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT)-based psychoeducation on suicide possibility and social functionality of depressive persons.

Material and Method: The research was conducted in İnönü University Turgut Özal Medical Center between March 2021 and February 2022 as a experimental model with a pre-test post-test control group. The research was completed with 100 depressed patients (50 control, 50 experimental). Data were collected using the Descriptive Characteristics Form, Suicide Probability Scale and Social Adaptation Self Assessment Scale. Eight sessions of CBT-based psychoeducation were given to depressed patients in the experimental group, and no intervention was applied to depressed patients in the control group. Percentage, mean, standard deviation, chi-square, t-test was used in the analysis of the data.

Results: The level of suicide possibility (88.72 ± 18.50) of depressed patients in the experimental group after CBT-based psychoeducation decreased compared to the level of suicide possibility (94.98 ± 18.92) of depressed patients in the control group. It was determined that the level of social functionality (62.40 ± 8.86) of depressed patients in the experimental group after CBT-based psychoeducation increased compared to the level of social functionality (51.74 ± 8.18) of depressed patients in the control group. CBT-based psychoeducation practice created a statistically significant difference ($p < 0.05$) on the levels of suicide possibility and social functionality in the experimental group of depressed patients.

Conclusion: CBT-based psychoeducation applied to depressed patients; It was determined that it was effective in reducing the level of suicide possibility and increasing the level of social functionality in these patients.

Keywords: CBT, depression, suicide possibility, social functionality, psychiatric nursing, psychoeducation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BDGT	: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İÖÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
SUKDÖ	: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA	: Trisiklik Antidepresanlar
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Şeması	18
Şekil 3.2. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı.....	25



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Boyutları	19
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması...	26
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	27
Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test intihar olasılığı ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test intihar olasılığı ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test intihar olasılığı ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	32

1. GİRİŞ

Depresyon toplum sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biridir. Depresyonun yeti yitimine neden olması, yüksek yaygınlık oranları göstermesi, intihar davranışı oranının artması, kronikleşme riski ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (1).

Dünya çapında yaygın bir hastalık olan depresyon, dünya nüfusunun ortalama %3.8'ini etkilemektedir. Dünya genelinde yaklaşık 280 milyon depresyon hastası bulunmaktadır (2). Türkiye'de depresyona sahip kişilerin sayısının 3.3 milyondan fazla olduğu belirtilmiştir (3). Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre, toplam nüfusun %9 unda depresyon görüldüğü belirtilmiştir (4).

Kronik ruhsal bozukluklar bilişsel ve sosyal işlevlerde bozulmalara neden olabilir. Sosyal işlevsellik, öz bakımını yapabilmek, iş yaşamına katılabilmek ve sosyal ilişkileri sürdürebilmek olarak tanımlanmaktadır (5). Duygudurum bozukluklarından biri olan depresif bozukluk da tekrarlayıcı dönemler halinde seyredebilen, mesleki ve sosyal işlevsellikte anlamlı bozulmalara sebep olabilen psikiyatrik bir bozukluktur (6). Yapılan çalışmalar depresyon hastalarında sosyal işlevselliğin daha düşük olduğunu, bireyin iş hayatına katılımını engelleyerek iş, aile ve sosyal yeti kaybı yaşamasına neden olduğunu göstermektedir (7, 8).

Depresyonun belirtilerinden olan suçluluk ve değersizlik düşünceleri, intihara yol açabilmektedir. Psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu ve intihar riskini 20-30 kat arttırdığı belirlenmiştir (9). Major depresif bozukluk tanısı alan hastalarda yaşam boyu intihar riski erkeklerde %7, kadınlarda %1 olarak belirlenmiştir. Tedaviye dirençli depresyon hastalarında ve yatarak tedavi gören hastalarda intihar girişimi oranlarının %17'ye kadar ulaştığı belirlenmiştir (7).

Depresyonun tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemlerinden biri "Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)"dir (10). BDT düşüncelerimizin, ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımızı belirlediğini vurgulayan yapılandırılmış bir terapi şeklidir". "BDT bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme becerilerine yönelik yaklaşımları içermektedir (11). BDT'nin depresyon tedavisindeki etkinliğini ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır" (12-15).

Artan ve Alsancak tarafından depresyonla baş etmede grupla terapi uygulaması isimli çalışmada; depresyon tanısı almış bireylere uygulanan BDT'ye dayalı grup terapisinin, bireylerin depresyon düzeylerinde ve bilişsel düşüncelerinde etkili olduğu belirlenmiştir (13). BDT'nin etkililiğinin incelendiği bir çalışmada, BDT'nin depresyon üzerinde etkin olduğu; “belirtilerdeki azalmanın yanı sıra benlik saygısında artma, sosyal ve mesleki uyumun ve sosyal destek hissinin artması, genel sağlıkta iyileşme gibi dolaylı etkilerde de bulunduğu belirtilmiştir”. “Ayrıca yapılandırılmış bir yöntem olması, yaygınlığı ve terapötik etkinliği de BDT'nin ne kadar etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir” (16).

Psikiyatri hemşiresi, depresyon dönemindeki bireyin tekrarlayan olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemede BDT tekniklerini uygulayabilmektedir (17). BDT tekniklerinin hemşirelik süreci ile benzer özelliklere sahip olması, her iki yaklaşımın da hasta merkezli ve işbirliğine dayalı olması psikiyatri hemşireliği açısından önemlidir. Uluslararası literatür incelendiğinde yapılan araştırma sonuçları BDT ile ilgili bilgi ve becerilerinin psikiyatri hemşirelerinde geliştirilebildiği ve kazanılan bu bilgi ve becerilerin hasta bakımına olumlu yansıdığını ortaya koymaktadır (18-20). Literatür incelendiğinde, ülkemizde depresyon hastalarına yönelik BDT uygulamalarında psikiyatri hemşireliğinin etkinliğini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada psikiyatri hemşireliği alanında yapılacak psikoterapötik uygulamalara katkı sağlaması hedeflenmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, depresyon hastalarında bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin intihar riski ve sosyal işlevselliğe etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Depresyon tanısı almış bireylerde BDT temelli psikoeğitim intihar riskini azaltır.

H₂: Depresyon tanısı almış bireylerde BDT temelli psikoeğitim sosyal işlevselliği artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi

Duygudurum bozuklukları, kişinin işlevselliğinin belirgin düzeyde değiştiği ve belirti gösteren, döngüsel olarak yinelemeye eğilimi olan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen sendromlardır. “Bu sendromlardan biri de depresyondur (8). Depresyon sözcüğü, çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları içeren bir duygu halidir”. Depresyon sözcüğünün kökeni, Latince “depressus” tan gelip; alçakta olmak, bastırmak, çökkünlük, bitkinlik anlamlarına gelmektedir (8, 21).

Depresyon; çökkün duygudurumu, hayattan zevk alamama ve ilgisilik hali, dikkat ve yoğunlaşmada azalma, düşünce hızında yavaşlama gibi belirtilerin yanında, iştah, uyku ve cinsel yaşamı etkileyen ruhsal bir bozukluktur (20, 22).

“Depresyon, derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı bir duygudurumla birlikte, düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve durgunlaşma ile beraber değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir durumdur”. Çökkün duygudurumdaki kişinin günlük yaşamında üzüntü, elem ve hüznün duygusu egemendir (23, 24).

Depresyonun risk faktörleri arasında; genetik yatkınlık, düşük eğitim seviyesi, olumsuz çevre koşulları, kadın cinsiyetine sahip olmak, sosyal ilişki azlığı, göç, fiziksel, akut ve kronik hastalıklar sayılmaktadır. Ayrıca 18-44 yaş aralığındaki bireylerin depresyon için yüksek risk grubu olduğu belirtilmiştir (21). Yapılan çalışmalar depresyonun 20’li yaşların sonunda (25) ya da 30’lu yaşlarda (26) başladığını göstermektedir.

“Depresyon hastalarında, hastalığın başlangıç yaşı düştükçe işlevsellikte bozulma artmakta, depresif dönem uzunluğu ve depresyonun diğer birçok bulgusunda artış görülmekte, yaşam kalitesi daha fazla düşmekte, beraberinde diğer fiziksel ve ruhsal hastalıkların görülme sıklığı ile intihar girişimi riski artmaktadır” (22).

Kadınlarda depresyon görülme yaygınlığı erkeklere oranla daha fazladır. Yaşam boyu depresyon görülme oranı erkeklerde %8-10, kadınlarda ise %17-25 ile yaklaşık iki katı olarak belirtilmektedir (27, 28).

1994-2014 yılları arasında yayınlanan çalışmaların dahil edildiği bir metaanaliz çalışmasında, depresyonun toplam yaygınlığı kadınlar için %14.4, erkekler için %11.5 olduğu ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (29).

2.2. Depresyon Belirtileri

“DSM-V’te yer alan Majör Depresyon Bozukluğu tanı kriterleri şu şekildedir;

A. “İki haftadan az olmamak kaydıyla aşağıdaki semptomlardan en az 5’i veya daha çoğu tespit edilmiş ve kişinin bireysel, sosyal, mesleki verimliliğinde veya ritüelinde değişimler olduğu gözlenmiştir. Bu semptomlardan en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgi yitirme veya zevk almamaktır”.

1. “Günün büyük bir bölümünde depresif duygudurumu
2. Etkinliklerden zevk alamama ve ilgi kaybı
3. Belirgin düzeyde kiloda artma veya azalma
4. Uykuda azalma veya artma
5. Hareketlerde yavaşlama veya ajitasyon
6. Enerji kaybı ve bitkinlik hali
7. Değersizlik ve suçluluk duygularının olması
8. Düşünmede veya odaklanmada güçlük
9. Yineleyen ölüm düşüncesi ve intihar girişiminin olması”

B. “Bireyde bu belirtilerin varlığı klinik anlamda önemli bir probleme, sosyal mesleki veya başka alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açar”.

C.” Bu süreç bireyin başka tıbbi bir sağlık sorununa veya madde kullanımına bağlanamaz” (30, 31).

“Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı en belirgin semptomlardır (32). Depresyonda görülen belirtiler arasında psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yorgunluk, bitkinlik, ağlama, iş yaşamında gerileme, sosyal izolasyon, cinsel isteksizlik ve beden imgesinde değişim de bulunmaktadır” (33).

“Depresyon tanıli bireyler tarafından belirtilen duygular anksiyete, değersizlik, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk ve kızgınlıktır. Konuşma yavaşlamıştır, depresif

stupordaki hastada mutizm olabilir". "Düşüncede bloklar, çevresel konuşma ve içerikte fakirleşme görülebilir". "Düşünce içeriğinde genellikle kayıp, suçluluk, kararsızlık, intihar ve ölüm düşünceleri vardır". "Depresif hastanın hissettiği umutsuzluğun derecesi depresyonun şiddetinin ve intihar riskinin bir ölçütüdür. Kişiler kendilerine olan güvenlerini yitirmiş ve yetersizlik duyguları artmıştır" (33). "Depresyon tanısı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir" (31). "Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirler" (32).

M'ajor depresyonu olan hastaların büyük çoğunluğunda huzursuzluk, tahammülsüzlük, öfke veya düşmancıl tutum görülmektedir. Bunlara ek olarak depresyonda psikomotor bozukluklar da görülebilir" (34). Belli bir amacı olmayan ve tekrarlayıcı artmış motor aktiviteye (ajitasyon) tedirginlik hissi de eşlik etmektedir. Elleri ovuşturma, yerinde duramama ve sürekli yürüme şeklinde kendini göstermektedir (35). "Bir depresif dönem, semptomların sayısı, şiddeti ve bireyin işlevselliği üzerindeki etkisine bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilebilir" (2).

2.3. Depresyon Tedavisi

Depresif atakların şiddetine ve türüne göre, davranışsal terapiler, bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapi gibi psikolojik tedaviler ve/veya seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve trisiklik antidepresanlar (TCA) gibi antidepresan ilaçlar kullanılabilir. Antidepresanlar, hafif depresyon için ilk tedavi yöntemi değildir (2).

"Ruhsal hastalıklar için çeşitli ruhsal toplumsal tedaviler de geliştirilmiştir". "Bunlardan bazıları; toplumsal beceri eğitimi, aile tedavisi, grup terapisi, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel davranışçı terapidir". "Antidepresan ilaç tedavisinin yanında bu psikososyal destek tedavilerin uygulanması tedaviye uyumu arttırmakta, hastalığın tekrarlama riskinin azalmasına, hastaların yaşam kalitesinin iyileşmesine ve sosyal bilişsel işlevselliklerinin artırılmasına yardımcı olmaktadır" (22). "Psikoterapi, depresyonun akut tedavisinde etkili olduğu gibi, tekrarlama olasılığı yüksek olan bu hastalıkta, yeni depresif atakların oluşumunu da azaltmaktadır" (36).

Depresyon tedavisinde amaç belirtilerin ortadan kaldırılması ve işlevselliğin düzeltilmesidir. Depresyon tedavisinde kombine tedavilerin, tek başına psikoterapi ya da farmakoterapi uygulamasından daha etkin olduğu belirlenmiştir. Ancak

antidepresanların psikoterapilere göre daha ulaşılabilir ve kullanışlı olması nedeniyle, antidepresanların tek başına kullanımı psikoterapi veya kombinasyon tedavisinden daha sık incelenmiş ve uygulanmıştır (35).

Depresif bozuklukların ilaçla tedavisindeki gelişmelere rağmen; hastanın önerilen ilaçları uygun dozda ve vaktinde kullanmaması, düzensiz kullanması, reçete edilmeyen ilaçları kullanması ve takiplere devam etmemesi, yetersiz bilgilenme, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu gibi nedenler tedavideki etkinliği azaltmaktadır (37, 38).

“Ruhsal bozukluklar için bilinen etkili tedaviler olmasına rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki insanların %75'inden fazlası tedavi görmemektedir”. “Etkili tedavinin önündeki engeller, kaynak eksikliği, eğitilmiş sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği ve zihinsel bozukluklarla ilişkili sosyal damgalamayı içerir” (2).

2.4. Depresyon ve Sosyal İşlevsellik

Depresyon, bireyin günlük sosyal aktivitelerini, sosyal işlevsellik düzeyini ve dolayısıyla yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen bir hastalıktır (39).

Sosyal işlevsellik, kişinin kendi bakımını sağlayabilmesi, iş hayatındaki sorumluluklarını sürdürebilmesi ve sosyal ilişkileri devam ettirebilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (40).

Başka bir deyişle, sosyal işlevsellik, bireyin temel ihtiyaçlarını giderebilmesi için gerekli olan faaliyetleri yerine getirebilme kabiliyeti ve bulunduğu toplum içerisindeki eş, ebeveyn ve arkadaşlık gibi rollerindeki yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (41, 42).

Depresyonda, çökkünlük belirtileri ile birlikte sosyal işlevsellik kaybı da görülmektedir. Yapılan çalışmalar depresif belirtilerin düzelmesine rağmen sıklıkla, sosyal işlevsellik kaybının devam ettiğini ortaya koymaktadır (43, 44). Bu durum depresif belirtilerle işlevsellik kaybının ayrı ayrı değerlendirilmesinin önemini göstermektedir (43).

Nezu'ya göre, depresyon gelişimindeki temel neden; olumsuz yaşam olayları veya yaşadığı sorunlar karşısında etkili başetme becerisinin olmamasıdır. Başetme, sorunlar karşısında etkili çözüm yolları bulmak için bireyin uyguladığı bilişsel-davranışsal süreç olarak tanımlanır (42).

“Kişilerin sosyal uyumunu, işlevselliğini, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen depresyon, işgücü kaybı ve tedavi giderleri nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak yüksek ekonomik kayıplara neden olmaktadır”. “Ekonomik kayıp oranını azaltmak için hastalıktan korunma, uygun tedavinin seçilip kişinin kısa sürede işlevselliğinin artırılması, hastanede yatış süresinin kısalması ve yıllık yatış sayısının azalması adına gerekli önlemlerin alınması çok önemli olduğu görülmektedir” (1).

2.5. Depresyon ve İntihar

“Depresyon, olağan ruh hali dalgalanmalarından ve günlük yaşamdaki zorluklara verilen kısa süreli duygusal tepkilerden farklıdır”. “Bilhassa tekrarlayan ve orta/şiddetli düzeyde depresyon ciddi bir sağlık sorunu olabilmektedir”. “Etkilenen kişinin şiddetli acı çekmesine ve evde, işte, okulda yetersiz kalmasına neden olabilir” (2). “Daha da kötüsü, suçluluk ve değersizlik düşünceleri sonucu depresyon intihara yol açabilmektedir” (2, 7). “Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her yıl 700 000'den fazla insan intihar nedeniyle ölmektedir”. “İntihar, 15-29 yaşındakiler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir” (2). “İntihar oranları ülke, yaş, cinsiyet, intihar girişiminin nasıl tamamlandığı gibi etkenlere bağlı olarak değişmektedir.” İntihar çok yönlü bir olgudur ve daha çok ruhsal hastalıklar ile ilişkilidir” (45). “Depresyonun toplumdaki intihar riskini 20-30 kat arttırdığı ve psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu tanımlanmaktadır” (46).

Yaşam boyu intihar riski ayaktan tedavi edilen poliklinik hastalarında duygudurum bozukluğu olmayanlarda %0.7 iken, duygudurum bozukluğu olanlarda %2.2'ye yükselmektedir. “Depresyon nedeni ile başvuran, daha önce intihar davranışı olmayan, hastanede yatmasını gerektirecek şiddette hastalığı olan hastalar için intihar riski %4 iken intihar davranışı olanlarda %8.6'dır” (45). “Depresyon hastalarında erkeklerin intihar riskinin kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir” (47, 48). “Depresyon hastalarındaki intihar riskinin belirlendiği bir çalışmada, intihar eden hastaların %7'sinin erkek, %4'ünün ise kadın olduğu belirlenmiştir” (48).

Depresyonun şiddeti arttıkça intihar riski de artmaktadır (45, 49). Depresyonda intihar çoğunlukla başlangıç ve iyileşme dönemlerinde gözlenmekle beraber anksiyete, anhedonia, umutsuzluk gibi belirtiler intihar riskini artırmaktadır. Ağır depresyon hastalarında intiharla yaşama son verme oranı %7-11'dir (49). Özkıyım düşünceleriyle

ilişkili literatür verilerine incelendiğinde, hastaların %58'inde özkıym düşüncelerinin depresif atak sırasında olduğu bildirilmiştir (7).

İntihar daha çok ekonomik sıkıntılar, ayrılık, kronik ağrı ve hastalık gibi yaşamın getirdiği sorunlarla başa çıkma yeteneğinin bozulduğu kriz anlarında dürtüsel olarak gerçekleşmektedir (2, 49).

2.6. Bilişsel Davranışçı Terapi

“Pennsylvania Üniversitesi profesörlerinden Aaron Temkin Beck psikanalitik enstitüde aday psikanalist olduğu 1950’li yılların sonunda depresif hastaların rüya içeriklerini inceleyerek bilişsel terapinin temellerini atmıştır. Bilişsel terapi için 1980’li yıllar kuramın gerek psikopatoloji anlayışında yetkinleşme, gerekse yaygınlık açısından hızla geliştiği yıllar olmuştur. 1970-1980 arası önemli ölçüde Aaron T. Beck ve Albert Ellis’in adlarıyla anılan kuramın etkisi 1980’lerde çığ gibi büyüyerek neredeyse psikoterapi alanında bilişsel devrim de denilen bir dönüşümü başlatmıştır (50). Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar arasındaki bütünleşme sonucunda 1980’lerde ortaya çıkan bilişsel davranışçı terapi hareketi, psikoterapi alanında en başarılı entegrasyon örneklerinden birisidir” (10).

“BDT ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımızı, düşüncelerimizin belirlediğini vurgulayan yapılandırmış bir terapi şeklidir. BDT bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme becerilerine yönelik yaklaşımları içinde barındırır” (11).

“BDT, bilimsel temellere dayalı ve defalarca etkinliği kanıtlanmış olan bir psikoterapi türüdür. BDT, psikoterapi alanına öncülük etmekte ve günümüzde depresyon tedavisinin yanısıra, anksiyete bozuklukları, panik bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve şizofreni gibi birçok psikiyatrik bozuklukların tedavisinde de etkili olduğu görülmüştür” (51, 52).

“BDT, günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlüklerle başedebilmeleri için bireylere, öğrenme kuramlarını uygulayan, ‘şimdi ve burada’ ilkesine dayanan, problem odaklı, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir” (17).

“BDT, duygu ve davranışlarımızı belirleyen düşüncelerimiz olduğunu vurgulayan yapılandırılmış bir terapidir. Buna göre, bireyin duygularını belirleyen şey

olayın kendisi değil, bireyin düşünce yapısına göre olaya yüklediği anlamdır (51). Buradan hareketle, psikopatolojinin temelinde düşüncelerdeki hatalar yatmaktadır. BDT’de temel hedef bu hatalı düşüncelerin doğru düşüncelerle, işlevsel olmayan tutum ve davranışların ise işlevsel olanlarla değiştirilmesi şeklindedir. Buna ilk olarak bireyin olumsuz otomatik düşüncelerini olumlu olanlarıyla değiştirmekle başlanmaktadır. Böylelikle kişinin işlevsel olmayan temel inançlarını daha işlevsel olanlarıyla değiştirerek kalıcı sonuçlar elde edilebilmektedir” (53).

“Bilişsel davranışçı terapiler; bireylerin yaşadıkları olayları ve durumları yorumlama biçimleri ve bu yorumlama noktasında bilişsel süreçte meydana gelen hataları tespit etme ve değiştirme ile ilgilenmektedir” (51).

“Beck bilişsel modeli şu şekilde açıklamaktadır; bireylerin yaşadığı herhangi bir olaya yönelik algılamaları, olay hakkında geliştirdiği spontane düşünceleri, kişileri duygusal ve davranışsal alanlarda etkilemektedir. Bu modele göre bireyleri sıkıntıya uğratan şey, algısında yer alan çarpıtılmış ve işlevsiz düşüncelerdir. Kişiler kendiliğinden oluşan sözel ya da imajinal otomatik düşüncelerini tanımlayıp değerlendirmeyi öğrenebilirler. Ancak olaylar gerçekçi bir şekilde ele alındığında bireyin sıkıntıları azaldıkça, birey daha işlevsel bir şekilde davranmakta ve kaygı gibi fizyolojik uyarılmaları dinmektedir. Bilişsel model bireylerin duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilerinin, inançlarının ve yaşadıkları deneyimlere yönelik algılamaların, dünyayla olan etkileşimi sağlayan bir araç olduğunu ifade etmektedir” (54).

2.6.1. Düşünce Hataları

“Felaketleştirme: “Olası diğer sonuçları görmeksizin en kötüyü düşünmek, felaket dolu sonuçlar beklemektir”. “Pireyi deve yapmak” tabiri de kullanılabilir. “Ağaçtan bir fındık başına düşer, gökten taş yağıyor zanneder.”

“Zihin Okuma: “Diğer insanların düşüncelerini bildiğimiz ve diğerlerinin de bizim ne düşündüğümüzü bildiği inancıdır”. “Bunu ona söylememe gerek yok, o biliyordur” düşüncesi çok yaygın bir düşüncedir. Bu nedenle en çok yapılan hatalardandır. Çok hayal kırıklığına yol açar”.

“Kişiselleştirme: “Bazı insanlar her şeyi üstüne alınır. Diğer insanların kendini kötü hissetmesine, hatta kötü havayı bile”. Bunun sonucunda kendilerini ya çok kızgın ya da çok suçlu hissederler”.

“Mükemmeliyetçilik: “Her şeyde mükemmel olma isteği. Standartlar yükseldikçe başarıma şansı düşer”. Yüzde 100 mükemmellik “0” iş bitirme demektir”.

“Ya Olursa: “Gerçek tehditlerle ilgili olarak gücü ve uğraşma kabiliyetini azaltacak şekilde olmayan veya olmayacak şeylerle ilgili kaygılanmak”. Her durumda o durumun içerdiği küçük olumsuz olasılıkları sorarak garanti aramak. “Ya uçak düşerse?” gibi”.

“Olmalı: “Emir kipi, dayatmacılık, reddedilemeyecek bir şeyi belirtir. “-meli, -malı” lar kişiye hapisane inşa eder”. Kişi ne yapacağını değil, geçmişte neyi yapmaması gerektiğini düşünür. “Başarılı olmalıyım”, “Hata yapmamalıyım” gibi”.

“Aşırı Genelleme: “Tek olaydan çıkarak genel sonuçlara ulaşma”. Sınavda kötü not alınca “Ben hep başarısızım” demek gibi”.

“Etiketleme: “Kendisini ve diğer insanları bir davranış veya tutumdan ötürü belli bir özelliklerle tanımlayıp diğer özelliklerini unutmama”. Ders çalışmayan çocuğa tembel demek, yukarıdaki örnekteki başarısız nitelmesi gibi” (55).

2.6.2. Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri

- “Bilişsel davranış terapisi her zaman ortaya çıkan hasta sorunları formülasyonuna ve her bir hastanın bilişsel terimlerle kavramsallaştırılmasına dayanmaktadır.
- Bilişsel davranış terapisi sağlam bir terapötik anlaşma gerektirir.
- Bilişsel davranış terapisi, iş birliğini ve aktif katılımı vurgular.
- Bilişsel davranış terapisi, amaca dönük ve sorun odaklıdır.
- Bilişsel davranış terapisi başlangıçta, şu anı vurgular.
- Bilişsel davranış terapisi eğitici, hastaya kendi terapisti olmasını öğretmeyi ve tekrarı önlemeyi amaçlar.
- Bilişsel davranış terapisinin amaçları zamanla sınırlı olur.
- Bilişsel davranış terapisi seansları yapılandırılır”.
- “Bilişsel davranış terapisi hastalara bozuk düşünce ve inançlarını belirlemeyi, değerlendirmeyi ve onlara yanıt vermeyi öğretir.

- Bilişsel davranış terapisi düşünceyi, duygu durumunu ve davranışı değiştirmek için çeşitli teknikler kullanır” (56).

2.6.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler

“Sokratik Sorgulama: Soru sorma; soruna değişik yaklaşımları araştırarak karar vermeyi sağlamak, başta otomatik düşünceler olmak üzere bilişleri açığa çıkarmak, çarpık ve realiteden uzak bilişlerin geçerliliğini incelemek ve hatalarını göstermek, gerçeğe daha uygun alternatifler oluşturmak gibi terapötik işlevlere sahiptir. Bilişsel terapide terapi içeriğini gerçekleştirirken kullanılan sorular Sokratik soru sorma dediğimiz bir tarzda gerçekleştirilir. Yerinde sorularla, hem kişinin merakı uyandırılır hem de kişi bildiklerinden yola çıkarak bilmediklerini öğrenir” (55).

“Düşünceyi Durdurma ve Yeniden Odaklama: Olumsuz düşünceler zihinde başladığı andan itibaren kartopu etkisi yapar ve bir çok olumsuz düşünce zihinde akmaya başlar ve bireyi oldukça zorlayan bir durumdur. Bireyin kendisinin seçeceği gerçek ya da imgesel bir uyarıcıya odaklanma ve olumsuz düşünce akışını durdurma öğretilir. Daha sonra bireyin zihnini hoş, olumlu uyaranlara odaklayarak olumsuz düşünce akışının belli bir süre olmamasını sağlar” (57).

“Çifte Standart Tekniği: Hastaya, bir arkadaşının başına aynı durum gelse ve kendisi gibi düşünse ona ne diyeceğini sormaktır. Bu teknik, kişinin duygusal yoğunluğu ve kendisiyle ilgili nesnel olamayışı nedeniyle tam olarak değerlendiremediği gerçekliği görmesi için bir yol açar. Böylece daha nesnel, gerçekçi ve işe yarar değerlendirmeler yapar” (55).

“Temel Üç Soru: “Terapi süresince bir çok farklı nitelikte sorular sorulmasının yanı sıra, inançları sorgulamada temel üç soru sorulur”: “İnancı destekleyen ya da ona karşıt deliller nelerdir?” “Olayın alternatif açıklamaları nelerdir?” “Şayet olay yaşansaydı, olayın gerçek sonuçları neler olurdu?” (57).

“Seçenekleri Sorgulama: Birey yaşadığı sorunlar karşısında, tüm seçeneklerini kaybettiğine ve hiç gücünün kalmadığına inandığı zaman kullanılan bir tekniktir. Bireyin başatme kaynakları ve güçlerine dayalı olarak ek seçenekleri üretmeyi, bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine yardım etmeyi içerir” (17).

“Gevşeme Teknikleri: Bilhassa kaygı ile başetmede kullanılan bir tekniktir. Derin nefes alıp verme, kademeli bedensel gevşeme ve imgesel gevşeme gibi çeşitleri bulunmaktadır” (57).

“Faaliyetlerin Planlanması: Bireyin yapmaktan kaçındığı etkinlikleri yapma olasılığını artırmak ve bir etkinliğe başlamadan önce olası karar verme sorununu ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan bir yöntemdir. Özellikle depresyonun tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Birayın geçmişte yapmaktan zevk aldığı ancak yaşadığı hastalık nedeniyle şu an yapmaktan kaçındığı etkinlikler hasta ile birlikte planlanır” (57).

“Maruz Bırakma (Exposure): Kişinin sıkıntısına çare olarak geliştirdiği kaçınma ve güvenlik önlemi alma stratejileri, aslında kişinin rahatsızlığını da oluşturmaktadır. İşte kişinin kaçındığı veya korktuğu durum veya nesnelere bir düzen dahilinde maruz bırakılması (exposure) ve ardından ortaya çıkan tepkinin önlenmesi (response prevention) bu kısırdöngüyü kırmada en güçlü tekniktir. Böylece çoğu kere kişinin kaçınmasının altında yatan neden olan, sıkıntısının sürekli artacağı ve hiç geçmeyeceği varsayımının geçerli olmadığını ve ardından gerçekleştirdiği kaçış ve rahatlatıcı davranışlar olmasa da rahatlayabileceğini kişi yaşayarak görmüş olur” (55).

2.7. Depresyon Hastalarında BDT’nin Kullanımı

A. Beck tarafından 1950’li yıllarda depresyonun tedavisi amacıyla temellerinin atıldığı bilişsel terapi ve bilişsel davranışçı terapi etkinlik açısından üzerinde en çok çalışılmış terapilerdendir (10).

“Depresyonun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kullanılırken; bilişsel üçlü, otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan inançlar olmak üzere dört temel unsur değerlendirilmektedir. Bilişsel üçlü; bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılamasıdır”. “Birey kendini değersiz, yetersiz, ahlaki ya da fiziksel olarak eksik algılaması sonucu, otomatik olarak olumsuz düşüncelere sahip olmaktadır. Bilgi işleme sürecinde gerçekleşen bazı hatalardan kaynaklanan bilişsel çarpıtmalar sonucu, depresyondaki birey kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılamaktadır”. “İşlevsel olmayan inançlar ise; başarı, kabul edilme ve kontrol olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Başarı grubunda olan bireyler kendilerine çok yüksek standartlar koymaktadır”. “Kabul edilme grubunda olan bireyler sürekli bir sevilme ihtiyacı içindedirler. Kontrol grubunda olanlar ise sürekli olarak

çevresini kontrol etme ve güçlü olma eğilimindedirler. Bu inançlar herhangi bir durumda etkinleşebilmekte ve bilişsel çarpıtmalarla desteklenmektedir” (13).

“Birçok çalışma ve meta-analiz ile bilişsel terapinin depresyondaki etkinliği gösterilmiştir. Depresif belirtilerin azaltılması yönünden psikodinamik terapi, KİT ve destekleyici terapi ile karşılaştırıldığında BDT’nin en etkili terapi olduğu belirtilmektedir” (12, 14, 58).

Fava ve arkadaşları’nın, yineleyen majör depresyon tanısı alan ve antidepresan ilaç tedavisi gören hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; hastalar klinik tedavi ve BDT olmak üzere rastgele iki gruba ayrılmış ve altı yıl takip edilmiştir. BDT alan gruptaki hastalarda depresyonun tekrarlama oranı %40, klinik tedavi alan gruptaki hastalarda depresyonun tekrarlama oranı ise %90 tespit edilmiştir (59).

Major depresif bozuklukta bilişsel davranışçı grup terapisinin (BDGT) etkililiğinin incelendiği bir çalışmada; terapi sonrasında zaten etkili olduğu bilinen BDGT’nin, aylar sonra da etkililiğini sürdürdüğü ve nüksü önlemede başarılı olduğu yönünde sonuca ulaşılmıştır (60-62).

2.8. Bilişsel Davranışçı Terapide Psikiyatri Hemşireliği

“Psikiyatri hemşiresinin yer alabileceği psikoterapötik alanlardan biri de bilişsel-davranışçı terapilerdir. Bilişsel-davranışçı terapiler hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, BDT tekniklerini kullanabilir. Bilişsel-davranışçı terapiler hemşirelik süreci ile benzer bazı özelliklere sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir, hemşire ve hasta arasında güçlü bir işbirliğini gerektirir. Bilişsel-davranışçı terapiler de hemşirelik sürecinde olduğu gibi araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarını kullanır” (1, 17).

BDT de öncelikli amaç gerçek dışı olan ya da birey açısından sorun teşkil eden duygu ve düşüncelerin saptanmasıdır. Psikiyatri hemşiresi fonksiyonel olmayan bu düşüncelerin bireyin hayatında nasıl olumsuz etki yarattığını fark etmesine yardımcı olur. İlk olarak bu düşünceler fark edildikten sonra ortaya çıkan zorluklarla düşünceler arasında ilişki kurulur. BDT uygulanırken hastanın duygu, düşünce ve davranışlarının ele alınmasının yanı sıra yaşadığı sorunlar da belirlenir. Bütün bu nedenlerden dolayı

bireyin tedavi uyumunu arttırmak ve uygun baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlamak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından bakım sürecinde BDT yöntemlerinden faydalanılması önemlidir (53).

2.9. Depresyon Hastalarında Psikiyatri Hemşireliği Bakımı

“Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu tarafından 2007 yılında yayınlanan mesleki uygulama standartlarına göre Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi depresyon tanısı almış hastasının sağlığı ve durumu ile ilgili kapsamlı veri toplar, risk derecesine göre tanı ve problemleri belirleyerek analiz eder. Duruma yönelik stratejileri ve alternatifleri belirten planlar geliştirir ve bu doğrultuda oluşmasını beklediği sonuçları belirler. Depresyonun altında yatan etkenleri ve etkileyen faktörleri bilerek bakımı planlar ve uygular. Depresyon nedeniyle oluşabilecek intihar düşüncesini önceden tanıyarak hastasına özgü bakım uygular” (21).

“Ruh sağlığını geliştirmek ve sürdürmek, araştırma, değerlendirme ve triaj yapmak, vaka yönetimi, terapötik ortam ve güvenli çevreyi sağlamak, ortam terapisi psikiyatri hemşiresinin sorumluluklarındandır “(21). “Depresyon tanılı hastanın bakımında, durumun tanımlanması aşamasında hastanın intihar potansiyeli olup olmadığı öncelikli olarak ele alınmalıdır. Depresyonda intihar olguları gençlerde ve yaşlılarda oldukça yüksek olduğundan bireyin kendine yönelik şiddet riskinin hem hastanede hem de toplumda iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler hasta ile sürekli bir arada olan sağlık personeli olduğundan hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın tedaviye uyumunda önemli bir role sahiptir” (33).

“Depresyon tanılı hastalar genellikle kendilerini değersiz gördükleri için fiziksel bakımlarını ihmal edebilmektedirler. Hastanın fiziksel olarak kendini iyi hissetmesini sağlamak ve kendine olan güveni arttırmak için uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır” (33).

“Psikiyatri hemşireliği, karşılıklı güven, insancıl bakım ve yargılayıcı olmayan bir tutumun olduğu terapötik bir ilişkinin varlığını gerektirir. Psikiyatri hemşireleri, hastaların kabul edildiğini hissettikleri bir yaklaşımı diyalogun merkezinde tutmalıdır. Psikiyatri hemşirelerinin destekleyici hemşire-hasta ilişkilerinde profesyonel bir role sahip olması ve mesafeyi dengelemesi de önemlidir. Hastalarla görüşme becerilerini kullanarak ve intihara yönelik ipuçlarını tespit ederek ilişki kurmak, terapötik iletişime katılımı ve güçlendirmeyi teşvik edicidir. Hastaların olumlu benlik saygısı

geliştirmelerine ve zor duyguları ifade etmelerine izin verilmelidir (63). Böylelikle intihar riski yüksek olan hastalarla etkileşimleri nedeniyle intihar yönetimi ve önlenmesini sağlanmalıdır” (64).

İntihar riski bulunan hastalarla çalışan hemşireler;

- Empatik, saygılı, dürüst ve sakin bir yaklaşım sergileyerek, hastayı düşüncelerinden ve davranışlarından dolayı asla yargılamamalı
- Hastayı kolay ulaşılabilir bir odaya yerleştirmeli ve gözlemlemeli
- Hastanın kendine zarar verme riskini ekiple paylaşmalı
- İntihar etmeyeceğine dair hastadan yazılı ve sözlü onay almalı
- Hastanın sosyal destek sistemlerini tanımalı ve onları kullanması için cesaretlendirmeli
- Hastanın dış stres kaynaklarını tanımalı ve onlarla daha etkin bir şekilde başa çıkması için yardım etmeli
- Gereken durumlarda kurumsal protokole uygun olarak hastanın tespit edilmesini sağlama ve tespit sürecindeki hastayı gözlemlemeli
- Tespit sırasında hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını takip etmeli ve gerekirse sağlamalıdır (64).

Ayrıca psikiyatri hemşiresi anketler yardımıyla hastaların sosyal işlevsellik düzeyini belirlemeli. “Psikiyatri hemşireleri kişisel gelişime olanak sağlayan sabah selamlamaları, spor gibi terapötik grup faaliyetlerini teşvik etmek ve özgüven, girişimcilik ve sosyal işleyişin yanı sıra hastaların katılımını teşvik ve gözlemlemenin artırılmasını sağlamalıdır”. “Sağlık ekibi üyeleri içinde, hastalarla en çok ilişki içinde olan psikiyatri hemşireleri, sistematik destek sağlama sürecinde de önemli bir konuma sahiptir”. “Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri, depresif bozukluğu olan hastaların bakım planlarına taburculuk sonrası rehabilitasyon hizmetlerini de dahil etmelidir”. “Hastalara, sosyal işlevsellik konusunda danışmanlık hizmeti vermelidir” (65).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu deneysel çalışma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde Mart 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniği 32 yatak kapasitesine sahiptir. Toplamda 12 hemşire ve 15 hekim görev yapmaktadır. Ancak pandemi süreci nedeniyle 16 yataklı olarak hizmete devam etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ndeki psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 226 depresyon hastası oluşturmaktadır. 226 depresyon hastasından araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 53, araştırmaya katılmayı reddeden 8, kısa yatış süresi nedeniyle ulaşılamayan 41 hasta olmak üzere toplamda 102 hasta araştırmaya dahil edilmedi.

Araştırmanın örneklemi yapılan power analizi ile; %80 güç, %95 güven aralığı, 0.05 hata payı ve 0.9 etki büyüklüğü ile 98 (deney grubu n=49, kontrol grubu n=49) depresyon hastası olarak belirlendi.

Örneklem seçim kriterlerine uygun olan depresyon hastaları random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator (random.org- Erişim Tarihi:04.02.2021) yöntemi kullanılarak 1-150 arasında tek gruplu sütunlar oluşturuldu. Sütunda 1 ve 3 rakamları gözetilerek (1 kontrol, 3 deney) bireyler gruplara randomize olarak atandı.

Araştırma sürecinde; deney grubuna 62, kontrol grubuna 62 birey dahil oldu. 10 birey farklı zamanlarda eğitim uygulamasına katılmadığı için, 2 birey eğitime devam etmek istemediği için araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubundan 4 birey araştırmadan çekilmeyi istediği için ve 8 bireye son test esnasında ulaşılamadığı için araştırmadan çıkarıldı. Araştırma toplam 100 (50 deney, 50 kontrol) hasta ile tamamlandı. Araştırma Konsort Akış Şeması Şekil 3.1'de verildi.

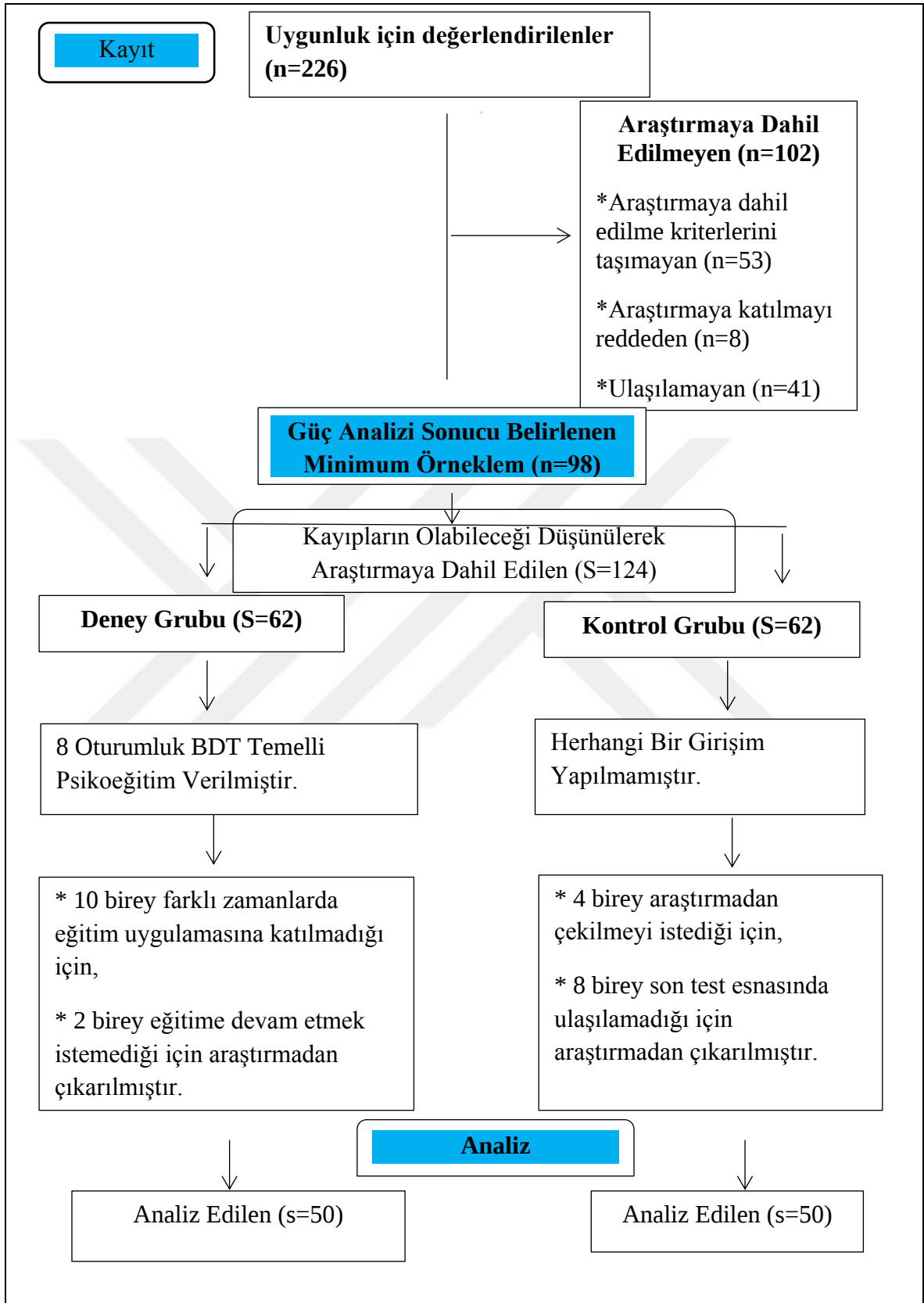
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 – 65 yaş arasında olma
- Okur-yazar olma
- DSM-5 tanı kriterlerine göre depresyon tanısı almış değildir.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Komorbid psikiyatrik tanı almış olma
- Son 6 ay içerisinde herhangi bir psikoterapi almış değildir.





Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Form, katılımcıların tanıtıcı (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşadığı yer, kiminle birlikte yaşadığı, sosyoekonomik düzeyi, çalışma durumu) ve hastalık ile ilgili (hastalığın başlangıç yaşı, tedavi süresi ve kullandığı ilaçlar) özelliklerini içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK-3)

“İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) Cull ve Gill (66) tarafından geliştirilen ölçeğin depresyon hastalarındaki Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Batıgün ve Şahin (67) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin puanlaması 4'lü likert şeklinde olup 36 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin bireyler tarafından yüzde ile değerlendirilmesi istenmektedir. Ölçeğin 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Her alt ölçek için ayrı puan toplamı elde edilirken tüm puanların toplamı da genel intihar olasılığı puanını vermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 36-144 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret etmektedir (67). Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışmasından elde edilen Cronbach's alfa katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısının 0.96 olduğu belirlendi”.

Tablo 3.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ve Alt Boyutları

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer
Olumsuz Benlik ve Tükenme	20	20-80
Hayata Bağlılıktan Kopma	8	8-32
Öfke	8	8-32
Toplam	36	36-144

3.4.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (EK-4)

“Bosc ve ark. tarafından geliştirilen Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), her yaştaki depresyon hastasında klinik araştırma amaçlı olarak,

sosyal işlevsellik düzeyini değerlendirmeyi hedeflemektedir (68). Ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Akkaya ve ark. tarafından yapılmıştır (40). 21 maddeden oluşan ölçek işlevselliğin dört ana alanını (İş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) değerlendirmektedir. Ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi toplam 0-3 puan aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-60 arasında değişmektedir. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir. Alınan puanlar arttıkça, sosyal işlevsellik düzeyi de artmış bulunmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı cronbach alfa değeri tüm grup için 0.90, yalnızca depresyon grubu için ise 0.87 olarak elde edilmiştir (68). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısının 0.91 olduğu belirlendi”.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Mart 2021- Eylül 2021 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğindeki toplantı odasında depresyon hastaları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Hastalara araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar formlara işaretlendi. Ortalama bir görüşme 20-25 dakika sürdü. Kontrol ve deney grubuna ön test olarak Tanıtıcı Özellikler Formu, İÖÖ ve SUKDÖ; son test olarak İÖÖ ve SUKDÖ uygulandı.

3.6. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi

Hemşirelik girişiminde deney grubuna, BDT Temelli Psikoeğitim interaktif eğitim şeklinde verildi.

BDT eğitimi uygulayan araştırmacı, araştırmaya başlamadan önce ‘BDT Kuramsal Eğitimi ve Sertifikası’ aldı (EK-4).

Deney grubundaki depresyon hastalarına ilk oturumda, araştırmacı tarafından BDT temelli psikoeğitim programı hakkında bilgi verildi ve eğitim günleri belirlendi. Literatür incelenerek hazırlanan grupların sayısı 4-5 hasta olarak belirlendi (69, 70). Eğitimler, TOTM psikiyatri kliniğindeki toplantı odasında pazartesi, salı ve cuma günleri, 4 hafta boyunca haftada 2 kez (70, 39) toplam 8 (71) oturumda grup eğitimi olacak şekilde araştırmacı tarafından verildi. Her bir oturum yaklaşık 45 dakika sürdü. Eğitim programı süresince hastalar klinikteki tedavilerine devam etti.

Kontrol grubundaki depresyon hastalarına herhangi bir girişim uygulanmadı. Kontrol grubuna uygulanan ön test ve son test arasındaki süreçte hastalar, klinikteki rutin tedavilerine devam etti.

BDT temelli psikoeğitim uygulama planı şekil 3.2 'de verildi.

BDT Temelli Psikoeğitim Oturum İçeriği

- 1. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve katılımcıları tanımadır. Bu amaçla eğitimci ve katılımcılar kendilerini tanıttı. Grup üyelerine ön test ölçümleri uygulandı. Araştırmacı tarafından BDT Temelli Psikoeğitim programının içeriğinden ve eğitime düzenli katılımın öneminden bahsedildi. Eğitime katılmak isteyen bireyler ile eğitim günleri ve saatleri belirlendi. Grup üyelerinin psikoterapiye dair duygu-düşünceleri ile tecrübe ve beklentileri paylaşıldı.
- 2. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç depresyona yönelik bilgilendirme yapmadır. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Bugünkü oturum gündemi belirlendi ve açıklandı. Bilişsel modele göre depresyonun tanımı, belirtileri ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgilendirme yapıldı. Depresyonda sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesi konusunun önemi hakkında bilgilendirme yapıldı. Bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesine yaklaşımı hakkında kendilerini ifade etmelerine imkan verildi. Eğitimci oturumu özetledi. Bir sonraki oturumda, özetlemeyi katılımcılardan isteyeceğini bildirdi.
- 3. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç bilişsel davranışçı yaklaşım ile A-B-C modelinin sunulması ve düşünce kayıt formunun tanıtılmasıdır. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Bugünkü oturum gündemi belirlendi ve açıklandı. A-B-C modeli hakkında bilgilendirme yapıldı. Bu modele göre yaşanan olay-duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişki açıklandı. Katılımcıların konuyu kavramsallaştırmaları adına örneklendirmeler yapıldı. Özellikle sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesine yönelik örnekler vurgulandı. Bu doğrultuda oluşturulan düşünce kayıt formu tanıtıldı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olayları A-B-

C modeline göre düşünce kaydı formu doldurma ev ödevi olarak verildi. Grup üyelerinden oturumu özetlemeleri istendi ve oturuma dair geri bildirim alındı.

4. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç negatif otomatik düşüncelerin, bilişsel hataların saptanmasıdır. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. Katılımcılara otomatik düşünceler hakkında bilgilendirme yapıldı. Bireyin negatif otomatik düşüncelerini tespit edebilmesini sağlamak amacıyla gerekli örneklendirmeler yapıldı ve seans içi yapılan pratiklerle konunun iyice kavranması sağlandı. Bilişsel hatalar nelerdir, tanımlandı, başetmeye yönelik ve konuyu pekiştirecek örneklendirmeler yapıldı. Özellikle sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesine yönelik örnekler vurgulandı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olaylar üzerinden, negatif otomatik düşüncelerini ve bilişsel hataları tespit etmeleri ev ödevi olarak verildi. Düşünce kaydının sunulduğu şekline uygun olarak tutulmasına devam edilmesi istendi. Düşünce kaydı ile bilişsel çarpıtmalarla başetmeye yönelik pratik yapmaları istendi. Grup üyelerinden oturumu özetlemeleri istendi ve oturuma dair geri bildirim alındı.

5. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç depresif belirtilerle baş etme biçimleri ve kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışları hakkında bilgilendirme yapmaktır. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. Grup üyelerinin depresif belirtilerle, bilhassa sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesiyle baş etme biçimleri ve kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışlarını paylaşımları sağlandı. Bilişsel yeniden yapılandırma doğrultusunda alternatif düşüncelerin oluşturulması sağlandı. Bireylerin sahip olduğu güçlü yönleri ve kaynakları hatırlatma çalışmaları yapıldı. Derin nefes egzersizi öğretildi, seans içi uygulama yapmaları sağlandı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olaylar üzerinden kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışlarının tespit edilmesi ve kaydedilmesi istendi. Bu konuda geliştirilebilecek alternatif düşüncelerin oluşturulması ve

kaydedilmesi istendi. Ayrıca düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi istendi. Grup üyelerinden oturumu özetlemeleri istendi ve oturuma dair geri bildirim alındı.

6. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç sosyal işlevsellik konusunun paylaşılmasıdır. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. Sosyal işlevsellik ne olduğu ve depresyonda sosyal işlevselliğin önemi hakkında bilgilendirme yapıldı. Sosyal işlevselliğe engel olan durumlar ve arttıracak faaliyetler tartışıldı. Bu konuda grup üyeleri cesaretlendirildi. Bilişsel yeniden yapılandırma örnekleri seans içi exposure ile uygulaması yapıldı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olaylar üzerinden, düşünce kaydı tutma yöntemi ile sosyal işlevselliğe engel olan durumların izlenmesi ve kaydedilmesi istendi. Sosyal işlevselliği arttıracak faaliyetlerin exposure çalışmalarının yapılması istendi. Grup üyelerinden oturumu özetlemeleri istendi ve oturuma dair geri bildirim alındı.

7. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç intihar konusu hakkında bilgilendirme yapmaktır. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. İntihar konusu hakkında bilgilendirme yapıldı. Depresyonda intihar düşüncesinin önemine vurgu yapıldı. İntihar düşüncesine neden olan şeyin depresif duygudurumu halinin olduğu vurgulandı. Grup üyelerinin ölüm ve intihar düşüncelerine neden olan durumlar ve başatma yöntemleri tartışıldı. Bilişsel yeniden yapılandırma örneklerinin seans içi exposure ile uygulaması yapıldı. Bu konuda grup üyeleri cesaretlendirildi. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olaylar üzerinden ölüm ve intihar düşüncesine neden durumlarla baş etme yöntemlerinin exposure çalışmalarının yapılması istendi. Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi istendi. Grup üyelerinden oturumu özetlemeleri istendi ve oturuma dair geri bildirim alındı.

8. Oturum: Sürecin, liderin ve grup üyelerinin değerlendirilmesi ve psikoeğitimi sonlandırma amaçlandı. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair

geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. Grup üyelerinden kazanımlarını ve edindikleri becerileri paylaşımları istendi. Bundan sonra neler yapabilecekleri konusundaki hedeflerini paylaşımları istendi. Eğitimci süreci değerlendirdi. Eğitim programı ile ilgili bireylerin kendilerini ve programın etkinliğini değerlendirmeleri istendi. Program ile ilgili öneriler ve eleştirilere dair geribildirimler alındı. Son test ölçümleri uygulandı.



1. Oturum: Hazırlık Oturumu
- Hastalarla tanışma, ön test ölçümlerin uygulanması - Psikoeğitimin içeriğini tanıtmak - Eğitilere düzenli ve zamanında katılımın önemini vurgulama - Eğitim günlerini ve saatlerini belirleme - Bireylerin tecrübelerini ve beklentilerini paylaşma
2. Oturum: Hastalığı Tanıma (Depresyonun Bilişsel Modeli)
- Depresyon nedir? - Depresyonun belirtileri nelerdir? - Depresyonun tedavi yöntemleri nelerdir? - Depresyonda sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesi konusunun paylaşılması. - Bireylerin sosyal işlevsellik ve intihar düşüncesine yaklaşımı nasıldır?
3. Oturum: A-B-C Modelinin Sunulması. Düşünce Kayıt Formunun Tanıtılması
- A-B-C modelinin sunulması - Olay-duygu-düşünce-davranışın ortaya konması ve birbirinden ayrılması. - Düşünce kaydı formunun tanıtılması - Ev ödevi: A-B-C modeline göre düşünce kayıt formu doldurma
4. Oturum: Negatif Otomatik Düşüncelerin, Bilişsel Hataların Saptanması
- Otomatik düşünceler hakkında bilgilendirme yapma - Bireyin negatif otomatik düşüncelerini tespit edebilmesini sağlama - Bilişsel hataları tanımlama ve örneklendirme - Ev ödevi: Negatif otomatik düşüncelerin tespit edilmesi ve düşünce kaydı ile bilişsel hatalarla başetmeye yönelik pratik yapma
5. Oturum: Baş Etme Biçimleri ve Kaçma-Kaçınma-Güvenlik Arama Davranışları
- Baş etme biçimlerinin ve kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışlarının gözden geçirilmesi - Alternatif düşüncelerin oluşturulması - Güçlü yönleri ve kaynakları hatırlatma - Derin nefes egzersizinin öğretilmesi - Ev ödevi: Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi. Kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışlarının tespit edilmesi ve kaydedilmesi. Alternatif düşüncelerin oluşturulması ve kaydedilmesi
6. Oturum: Sosyal İşlevsellik Konusunun Paylaşılması
- Sosyal işlevsellik nedir? - Depresyonda sosyal işlevselliğin önemi nedir? - Sosyal işlevselliğe engel olan durumların ve arttıracak faaliyetlerin tartışılması. - Bilişsel yeniden yapılandırma örneklerinin seans içi exposure ile uygulanması - Ev ödevi: Sosyal işlevselliğe engel olan durumların izlenmesi ve kaydedilmesi. Sosyal işlevselliği arttıracak faaliyetlerin exposure çalışmalarının yapılması
7. Oturum: İntihar Konusunun Paylaşılması
- Depresyonda intihar düşüncesinin önemi nedir? - Ölüm ve intihar düşüncelerine neden olan durumların ve başetme yöntemlerinin tartışılması. - Bilişsel yeniden yapılandırma örneklerinin seans içi exposure ile uygulanması - Ev ödevi: Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi. Ölüm ve intihar düşüncesine neden durumlarla başetme yöntemlerinin exposure çalışmalarının yapılması
8. Oturum: Süreç Değerlendirmesi ve Sonlandırma
- Kazanımların ve edindikleri becerilerin paylaşılması - Bundan sonra neler yapabileceklerinin paylaşılması - Programı değerlendirme. - Geribildirimlerin alınması. - Son test ölçümlerinin uygulanması

Şekil 3.2. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: İntihar olasılığı ve sosyal uyum kendini değerlendirme düzeyi

Bağımsız Değişken: BDT temelli psikoeğitim

Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve kullanılan ilaç türü.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş					
18-28	5	10.0	7	14.0	$X^2=2.791$ $p=0.587$
29-39	13	26.0	12	24.0	
40-50	13	26.0	10	20.0	
51 yaş ve üzeri	19	38.0	21	42.0	
Cinsiyet					
Kadın	24	48.0	23	46.0	$X^2=1.40$ $p=0.841$
Erkek	26	52.0	27	54.0	
Medeni durum					
Evli	36	72.0	36	72.0	$X^2=1.398$ $p=0.334$
Bekar	14	28.0	14	28.0	
Eğitim düzeyi					
İlköğretim	14	28.0	20	40.0	$X^2=2.514$ $p=0.111$
Ortaöğretim	12	24.0	11	22.0	
Yükseköğretim	24	48.0	19	38.0	
Çalışma durumu					
Evet	25	50.0	16	32.0	$X^2=3.348$ $p=0.067$
Hayır	25	50.0	34	68.0	
Yaşadığı yer					
İlçe	17	34.0	19	38.0	$X^2=1.101$ $p=0.577$
İl	33	66.0	31	62.0	
Birlikte Yaşadığı kişiler					
Yalnız	4	8.0	7	14.0	$X^2=2.672$ $p=0.323$
Ailesi ile	46	92.0	43	86.0	
Gelir düzeyi					
Kötü	18	36.0	14	28.0	$X^2=2.441$ $p=0.295$
Orta	32	64.0	36	72.0	
Hastalık başlama yaşı					
18-28	14	28.0	10	20.0	$X^2=3.297$ $p=0.178$
29-39	24	48.0	29	58.0	
40 ve üzeri	17	24.0	18	22.0	
Tedavi Süresi					
0-5 yıl	31	62.0	30	60.0	$X^2=7.782$ $p=0.267$
6-11 yıl	15	30.0	14	28.0	
12-17 yıl	4	8.0	6	12.0	
Şu anda kullanılan ilaçlar					
SSRI	19	38.0	24	48.0	$X^2=1.517$ $p=0.824$
SNRI	18	36.0	16	32.0	
Trisiklikler	7	14.0	4	8.0	
MAO inhibitörleri	6	12.0	6	12.0	

Tablo 3.3'te deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde, gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi ($p>0.05$, Tablo 3.3). Deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikler açısından homojen olduğu söylenebilir.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilecektir. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. Tablo 3.4 de araştırmada kullanılan istatistiksel tönemler verildi.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması	• Yüzdelik dağılım • Aritmetik ortalama • Ki-kare testi • Standart sapma • Min-max (minmum maximum değerleri)
İntihar ve sosyal işlevsellik ölçek puan ortalamalarının kontrol ve deney grubunda karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
Kontrol ve deney gruplarının intihar olasılığı ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda t testi

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yasal izin (EK-6) alındı. Gerekli izinler alındıktan sonra uygulama öncesi araştırmaya katılmayı kabul hastalara Bilgilendirilmiş Olur Formu imzalatılarak onayları alındı (Ek-7). Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklandı. Kontrol grubunun son test verileri alındıktan sonra isteyen hastalara BDT temelli psikoeğitim verildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın veri toplama sürecinin Covid-19 pandemi dönemine denk gelmesi nedeniyle tek bir klinikte yürütölmesi, yine pandemi nedeniyle klinik yatak sayılarında ve yatış sürelerindeki azalma nedeniyle örneklem sayısına ulaşmada ve BDT eğitim seanslarının tamamlanmasındaki güçlükler bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunuldu.

Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Dağılımı

SosyoÖzellikler	Kontrol Grubu (s=50)		Deney Grubu (s=50)	
	S	%	S	%
Yaş				
18-28	5	10.0	7	14.0
29-39	13	26.0	12	24.0
40-50	13	26.0	10	20.0
51 yaş ve üzeri	19	38.0	21	42.0
Cinsiyet				
Kadın	24	48.0	23	46.0
Erkek	26	52.0	27	54.0
Medeni durum				
Evli	36	72.0	36	72.0
Bekar	14	28.0	14	28.0
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	14	28.0	20	40.0
Ortaöğretim	12	24.0	11	22.0
Yükseköğretim	24	48.0	19	38.0
Çalışma durumu				
Evet	25	50.0	16	32.0
Hayır	25	50.0	34	68.0
Yaşadığı yer				
İlçe	17	34.0	19	38.0
İl	33	66.0	31	62.0
Birlikte Yaşadığı kişiler				
Yalnız	4	8.0	7	14.0
Ailesi ile	46	92.0	43	86.0
Gelir düzeyi				
Kötü	18	36.0	14	28.0
Orta	32	64.0	36	72.0
Hastalık başlama yaşı				
18-28	14	28.0	10	20.0
29-39	24	48.0	29	58.0
40 ve üzeri	17	34.0	18	36.0
Tedavi Süresi				
0-5 yıl	31	62.0	30	60.0
6-11 yıl	15	30.0	14	28.0
12-17 yıl	4	8.0	6	12.0
Şu anda kullanılan ilaçlar				
SSRI	19	38.0	24	48.0
SNRI	18	36.0	16	32.0
Trisiklikler	7	14.0	4	8.0
MAO inhibitörleri	6	12.0	6	12.0

Tablo 4.1 de kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %42'sinin 51 yaş ve üzeri, %54'ünün erkek, %72'sinin evli, %40'ının ilköğretim mezunu olduğu, %68'inin çalışmadığı, %62'sinin şehirde yaşadığı, %86'sının ailesi ile birlikte yaşadığı, %72'sinin gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği, %58'inin hastalık başlangıç yaşının 29-39 yaş grubu arasında olduğu, %60'ının tedavi süresinin 0-5 yıl arasında olduğu, %48'inin ise SSRI grubu ilaç kullandığı belirlendi.

Kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında ise; %38'inin 51 yaş ve üzeri, %52'sinin erkek, %72'sinin evli, %48'inin yükseköğretim mezunu olduğu, %50'sinin çalışmadığı, %66'sının şehirde yaşadığı, %92'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı, %64'ünün gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği, %48'inin hastalık başlangıç yaşının 29-39 yaş grubu arasında olduğu, %62'sinin tedavi süresinin 0-5 yıl arasında olduğu, %38'inin ise SSRI grubu ilaç kullandığı belirlendi.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test intihar olasılığı ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=100)

ÖN TEST			
İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Boyutları	Deney Grubu (s=50) (X±S.S)	Kontrol Grubu (s=50) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Olumsuz Benlik ve Tükenme	57.74±10.87	60.10±11.82	t=-1.039 p=0.301
Hayata Bağlılıktan Kopma	20.22±5.94	19.56±5.66	t=-0.207 p=0.837
Öfke	18.85±4.08	18.82±4.20	t=0.386 p=0.712
İntihar Olasılığı Ölçek Toplam Puan	96.62±19.06	98.48±18.73	t=0.646 p=0.520
Sosyal İşlevsellik Ölçek Toplam Puan	50.62±9.97	49.36±9.42	t=-0.649 p=0.518

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.2 de deney ve kontrol grubundaki bireylerin BDT öncesinde İÖÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki depresyon hastalarının Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu puan ortalaması 57.74±10.87, Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutu puan ortalaması 20.22±5.94, Öfke alt boyutu puan

ortalaması 18.85 ± 4.08 ve İÖÖ toplam puan ortalaması 96.62 ± 19.06 olduğu, kontrol grubundaki depresyon hastalarının ise Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu puan ortalaması 60.10 ± 11.82 , Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutu puan ortalaması 19.56 ± 5.66 , Öfke alt boyutu puan ortalaması 18.82 ± 4.20 ve İÖÖ toplam puan ortalaması 98.48 ± 18.73 olduğu belirlendi. Her iki gruptaki bireylerin ön test İÖÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin BDT öncesinde SUKDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; depresyon hastalarının SUKDÖ toplam puan ortalaması deney grubunda 50.62 ± 9.97 , kontrol grubunda ise 49.36 ± 9.42 'dir. Her iki gruptaki bireylerin ön test SUKDÖ puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test intihar olasılığı ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=100)

İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Boyutları	SON TEST		*Test ve Önemlilik
	Deney Grubu (s=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	
Olumsuz Benlik ve Tükenme	53.52 ± 11.09	58.38 ± 12.22	$t=2.081$ $p=0.049$
Hayata Bağlılıktan Kopma	17.62 ± 5.23	18.30 ± 5.06	$t=0.660$ $p=0.511$
Öfke	17.26 ± 3.74	18.30 ± 4.19	$t=1.307$ $p=0.194$
İntihar Olasılığı Ölçek Toplam Puan	88.72 ± 18.50	94.98 ± 18.92	$t=1.758$ $p=0.001$
Sosyal İşlevsellik Ölçek Toplam Puan	56.40 ± 8.86	46.74 ± 8.18	$t=0.785$ $p=0.032$

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.3 de BDT sonrası değerlendirmede, İÖÖ toplam puan ortalaması deney grubunda (88.72 ± 18.50), kontrol grubundan (94.98 ± 18.92) düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak önemlidir ($p=0.001$).

BDT sonrası değerlendirmede, SUKDÖ toplam puan ortalaması deney grubunda (62.40±8.86), kontrol grubundan (51.74±8.18) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak önemlidir (p=0.032).

Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test intihar olasılığı ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=100)

Gruplar		Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		(X±S.S)	(X±S.S)	
Deney Grubu (s=50)	Olumsuz Benlik ve Tükenme	57.74±10.87	53.52±11.09	t=1.495 p=0.001
	Hayata Bağlılıktan Kopma	20.22±5.94	17.62±5.23	t=1.993 p=0.001
	Öfke	18.85±4.08	17.26±3.74	t=0.524 p=0.001
	İntihar Olasılığı Ölçek Toplam Puan	96.62±19.06	88.72±18.50	t=0.524 p=0.001
	Sosyal İşlevsellik Ölçek Toplam Puan	50.62±9.97	56.40±8.86	t=0.524 p=0.001
	Olumsuz Benlik ve Tükenme	60.10±11.82	58.38±12.22	t=1.826 p=0.001
Kontrol Grubu (s=50)	Hayata Bağlılıktan Kopma	19.56±5.66	18.30±5.06	t=-1.820 p=0.001
	Öfke	18.82±4.20	18.30±4.19	t=3.623 p=0.123
	İntihar Olasılığı Ölçek Toplam Puan	98.48±18.73	94.98±18.92	t=1.817 p=0.001
	Sosyal İşlevsellik Ölçek Toplam Puan	49.36±9.42	46.74±8.18	t=2.846 p=0.001
	Olumsuz Benlik ve Tükenme	60.10±11.82	58.38±12.22	t=1.826 p=0.001
	Hayata Bağlılıktan Kopma	19.56±5.66	18.30±5.06	t=-1.820 p=0.001

*Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.4 de deney grubundaki hastalara uygulanan BDT öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında; deney grubundaki bireylerin BDT sonrası İÖÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması ile SUKDÖ toplam puan ortalaması BDT öncesine göre istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir (p=0.001). Deney grubunda intihar olasılığı ölçek toplam puan ortalamasında son testte ön teste oranla azalma olduğu belirlendi. Deney grubunda sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamasında son testte ön teste oranla artma olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki hastalara uygulanan ön test ve son test karşılaştırılmasında ise; kontrol grubundaki bireylerin son test İÖÖ alt boyutlarından Öfke hariç olmak üzere diğer alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile SUKDÖ toplam puan ortalaması, ön teste göre istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir ($p=0.001$). Kontrol grubundaki bireylerin İÖÖ alt boyutlarından Öfke hariç olmak üzere diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamasında son testte ön teste oranla azalma olduğu belirlendi. Kontrol grubunda sosyal işlevsellik ölçek toplam puan ortalamasında son testte ön teste oranla azalma olduğu belirlendi.



5. TARTIŞMA

Depresyon hastalarında bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin intihar riski ve sosyal işlevselliğe etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bilişsel davranışçı terapide (BDT) amaç, bireylerin işlevsiz düşüncelerini fark etmesini sağlayarak, duygusal ve davranışsal değişimi sağlamaktır. Bunun için öncelikle bireyin yaşadığı sorunla ilişkili olan otomatik düşüncelerin keşfedilmesi ve çeşitli tekniklerle, işlevsiz olan bu düşüncelerin yeniden düzenlenerek gerçeğe uygun hale dönüştürülmesi hedeflenir (72). Yapılan bir çok çalışma ile BDT'nin depresyondaki etkinliği gösterilmekte ve depresif belirtilerin azaltılması açısından BDT'nin oldukça etkili bir terapi yöntemi olduğu belirtilmektedir (12, 15, 73).

Yapılan literatür taramasında depresyon hastalarına yönelik birçok çalışma mevcut olduğu halde, BDT temelli psikoeğitimin depresyon hastalarında intihara etkisini inceleyen çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Yalnızca Wittouck C ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları, intihardan kurtulanlar için BDT temelli psikoeğitimsel bir müdahale çalışmasına ulaşılmıştır (74). Bu çalışmada BDT temelli psikoeğitimsel müdahalenin, intihardan kurtulanlar arasında karmaşık yas tepkileri, depresyon ve intihar risk faktörlerinin gelişimi üzerinde önemli bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, yas belirtilerinin yoğunluğu, depresif belirtiler ve pasif başa çıkma tarzlarının müdahale grubunda önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir (74). Depresyon hastalarında BDT'nin etkinliğini (58), depresif belirtilere etkisini (62) ve işlevselliğe etkisini (61) inceleyen çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışmalarda BDT uygulanan depresyon hastalarında depresif belirtilerin azaldığı ve işlevselliğin arttığı yönünde bulgular ortaya konmuştur. Grupla yapılan BDT'nin depresyon üzerindeki uzun dönem etkililiğinin gözden geçirildiği bir çalışmada, BDGT'sinin depresyon hastalarının tedavisinde etkili olduğu ve bu etkinin uzun yıllar devam ettiği ortaya konmuştur (60). Araştırma bulgularının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sonuçlar en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki depresyon hastalarının gruplar arası İntihar Olasılığı Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Bu bulgu grupların intihar olasılığı düzeyleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Hem deney hem de kontrol grubundaki depresyon hastalarının eğitim öncesi almış oldukları intihar olasılığı toplam puan ortalamalarına bakıldığında, İÖÖ'den alınabilecek puanlar dikkate alındığında, intihar olasılığı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. İntihar girişimi olan hastaların çoğunluğunda depresyon tanısının bulunduğu ve ölümle sonuçlanan intiharların %50- 70'inin depresyon hastası olduğu bildirilmiştir (75). Hastalarda depresyon düzeyinin artması durumunda, intihar düşüncesinin de artış gösterdiği belirlenmiştir (21).

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki depresyon hastalarının gruplar arası İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.3). İstatistiksel açıdan ortaya çıkan bu önemli fark; uygulanan BDT temelli psikoeğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki depresyon hastalarının son test intihar olasılığı toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Miklowitz ve arkadaşlarının bipolar bozukluk tanısı alan hastalara uyguladığı bilişsel terapi temelinde farkındalık odaklı terapi sonrasında, katılımcıların intihar düşüncelerinde iyileşme görüldüğü bildirilmektedir (76). Wittouck C ve arkadaşlarının intihardan kurtulanlar için uyguladığı BDT temelli psikoeğitimin, intihardan kurtulanlar arasında karmaşık yas tepkileri, depresyon ve intihar risk faktörlerinin gelişimi üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı ancak intihardan kurtulanlar için destekleyici danışmanlık görevi görebileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, yas belirtilerinin yoğunluğu, depresif belirtiler ve pasif başa çıkma tarzlarının müdahale grubunda önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir (74).

Kontrol ve deney grubundaki depresyon hastalarının grup içi ön test ve son test intihar olasılığı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.4). Her iki grupta da depresyon hastalarının ön teste göre son test intihar olasılığı toplam puan ortalamasında azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak deney grubundaki depresyon hastalarının BDT temelli psikoeğitim sonrası intihar olasılığı toplam puan ortalamasındaki azalma düzeyinin, kontrol grubundaki depresyon hastalarına oranla çok daha fazla olduğu ve farkın yaklaşık iki katı oranında olduğu belirlenmiştir. BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunda meydana gelen intihar olasılığı düzeyindeki bu azalma, araştırma

hipotezlerinden olan '**H₁: Depresyon tanısı almış bireylerde BDT temelli psikoeğitim intihar riskini azaltır**' hipotezini doğrulamaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda BDT temelli psikoeğitim uygulamasının depresyon hastalarında intihar olasılığını azaltmada etkili bir psikososyal müdahale olduğu söylenebilir. Bu bağlamda BDT temelli psikoeğitim uygulamalarının depresyon hastalarının tedavisinde rutin uygulamalar arasında olmasının önemli olduğu sonucuna varılabilir.

Kontrol grubundaki depresyon hastalarının intihar olasılığının son test ölçümlerde azalmasında aldıkları ilaç tedavisi ve sosyal destek etkili olmuş olabilir. Ancak deney grubundaki depresyon hastalarının intihar olasılığının son test ölçümlerde azalmasının, kontrol grubuna göre çok daha fazla (iki katı) oranda gerçekleştiği görülmektedir. Aradaki bu farkın BDT temelli psikoeğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Deney grubundaki depresyon hastalarının intihar olasılığının son test ölçümlerde azalmasının nedeninin ilaç tedavisine ek olarak almış olduğu BDT temelli psikoeğitim olduğu düşünülmektedir.

Deney grubundaki hastalara uygulanan BDT temelli psikoeğitim sürecinde; olumsuz otomatik düşüncelerin tespiti, olay-duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkinin önemi, düşünce hatalarının sorgulanması ve güçlü yönlerin ortaya çıkarılması, intihar düşüncesine depresyonun neden olabileceğinin belirtilmesi gibi faktörlerin ele alınmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerle depresyon hastalarının intihar olasılığının azalmış olabileceği düşünülmektedir.

BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki depresyon hastalarının gruplar arası sosyal işlevsellik toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Hem deney hem de kontrol grubundaki depresyon hastalarının eğitim öncesi almış oldukları sosyal işlevsellik toplam puan ortalamalarına bakıldığında, SUKDÖ'den alınabilecek puanlar dikkate alındığında, sosyal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda sosyal işlev bozukluğu depresyonun en belirgin özelliklerinden biri olarak gösterilmekte (77) ve depresyon hastalarında sosyal işlevsellikte azalma olduğu belirtilmektedir (77, 78). Depresyondaki hastanın intihar riski ve işlevsellik açısından değerlendirilmesinin önemine, hatta depresif belirtilerin azalmasından ziyade işlevsellikteki iyileşmenin daha önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır (32). Duygudurum bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin iyileşmeye etkisinin incelendiği bir çalışmada; bireylerin iyilik dönemlerinde dahi, kalıntı depresif

belirtileri nedeniyle, mesleki ve sosyal işlevselliklerini yerine getiremedikleri belirtilmiştir (20).

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki depresyon hastalarının gruplar arası sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubundaki depresyon hastalarının son test sosyal işlevsellik puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki sosyal işlevsellik puan ortalamalarının daha yüksek olmasındaki etki BDT'den kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda BDT'nin depresyon hastalarında sosyal işlevsellik düzeyini arttırdığı söylenebilir. Perry ve arkadaşlarının ile Colom ve arkadaşları, bipolar bozukluk tanısı alan hastalara uyguladığı BDT sonrasında, sosyal işlevsellikte önemli düzeyde bir artış gerçekleştiğini belirtmişlerdir (79). Bununla birlikte duygudurum bozukluğu olan hastalara uygulanan BDT' nin depresif belirtileri azalttığı ve mesleki ve sosyal işlevselliği arttırdığını bildiren birçok çalışma bulunmaktadır (20, 80-84). Bu doğrultuda çalışma sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Kontrol ve deney grubundaki depresyon hastalarının grup içi ön test ve son test sosyal işlevsellik toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.4). Deney grubundaki depresyon hastalarının ön teste göre son test sosyal işlevsellik toplam puan ortalamasında artma, kontrol grubundaki depresyon hastalarının ise ön teste göre son test sosyal işlevsellik toplam puan ortalamasında azalma olduğu belirlenmiştir. BDT temelli psikoeğitim sonucunda, deney grubundaki depresyon hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan '**H₂: Depresyon tanısı almış bireylerde BDT temelli psikoeğitim sosyal işlevselliği artırır**' hipotezini doğrulamaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda BDT temelli psikoeğitim uygulamasının depresyon hastalarının sosyal işlevselliği arttırmada etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve BDT temelli psikoeğitim uygulamalarının depresyon hastalarının tedavisinde rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

Verilen BDT eğitiminin bireylerin, şu an içinde bulundukları depresyon hastalığı nedeniyle işlevsellikte azalma yaşadıklarını bilmelerine, yapmaktan mutlu oldukları/olacakları alanlar ve yetenekleri doğrultusunda planlanan faaliyetleri yapmakta gayret göstermelerine, böylece daha aktif işlevsellik sergilemelerine neden olmuş olabilir. Bu nedenlerle BDT temelli psikoeğitimin depresyon hastalarının sosyal

işlevselliğinin artmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Kontrol grubundaki depresyon hastalarının sosyal işlevsellik düzeyinin son test ölçümlerde azalmasında yeterli sosyal destek alamama, antidepresan ilaçların yan etkileri ve herhangi bir psikoterapi almamaları nedeniyle umutsuzluk düzeyinde artış etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan literatür taramasında BDT'nin depresyon hastalarındaki sosyal işlevsellik düzeyine ve intihar olasılığına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın, BDT'nin depresyon hastalarında sosyal işlevselliği arttırdığını ve intihar olasılığını azalttığını gösteren sonuçlarla literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon hastalarında bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin intihar riski ve sosyal işlevselliğe etkisini belirlemek amacıyla yapılan ve ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki depresyon hastalarının intihar olasılığı düzeylerinin yüksek ve sosyal işlevsellik düzeylerinin düşük seviyede olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubundaki depresyon hastalarının kontrol grubundaki depresyon hastalarına oranla, intihar olasılığı düzeylerinde düşme ve sosyal işlevsellik düzeylerinde yükselme olduğu,
- BDT temelli psikoeğitimin depresyon hastalarında intihar olasılığı düzeyini azaltmada ve sosyal işlevsellik düzeyini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.
- BDT temelli psikoeğitim alan depresyon hastalarında intihar olasılığı düzeyinde oluşan bu azalmadan dolayı bireyin yaşama tutunma oranının arttığı ve bu artışın bireydeki sosyal işlevsellik düzeyini artırarak bireyin işlevselliğine katkıda bulunduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Depresyon hastalarında intihar riskini azaltma ve sosyal işlevselliği artırma amacıyla tedavi süresince psikoeğitim programlarının uygulanması,
- ✓ BDT temelli psikoeğitim tekniklerinin temel alındığı psikoeğitim programlarının uygulanması,
- ✓ Psikiyatri hemşirelerine BDT eğitimi verilerek, hemşirelik bakımında aktif olarak kullanılmasının sağlanması,
- ✓ Depresyon hastalarının sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla daha büyük örneklem gruplarında ve farklı coğrafi bölgelerde benzer çalışmaların yapılması

- ✓ Depresyon hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunun daha etkin ve hızlı olabilmesi amacıyla farklı psikoterapi yöntemlerinin etkinliğini gözlemek amacıyla çalışmalar yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

1. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Current Approach Psychiatry* 2015, 7(1): 1-15.
2. World Health Organization, 2021 Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Son erişim tarihi 20 Eylül 2021.
3. World Health Organization, 2017 Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO/MSD/MER/ 2017, 2: 1-21.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>. Son erişim tarihi 23 Ekim 2021.
5. Bozan M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alanların İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Sosyal İşlevsellik Durumlarının İncelenmesi: Eskişehir Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
6. Demir ŞS. Major Depresyon ile Bipolar Depresyonun Ayrımında Nörotransmitter ve Yıkım Ürünleri Düzeylerinin İncelenmesi. Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2021.
7. Kale H. Özkıyım Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Olan Major Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların İntihar Düşüncesi, Kaygı, Umutsuzluk ve İşlevsellik Düzeyleri Açılarından Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2018.
8. Çelik FH, Hocaoglu Ç. ‘Major depresif bozukluk’ tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *J Contemp Med* 2016, 6(1): 51-66.
9. Ak M, Yazıhan NT, Sütçigil L, Hacıömeroğlu B. İntihar girişimi olan majör depresyon hastalarında üstbilis süreçleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013, 50: 95-9.
10. Türkçapar H, Sargın E. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012, 7-14.

11. Özcan Ö, Çelik GG. Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2017, 3(2): 115-20.
12. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *The British J Psychiatr* 2010, 196: 173-8.
13. Artan T, Alsancak F. Depresyonla başetmede grupla terapi uygulaması: Deneysel bir çalışma. *J Soc Humanit Sciences Res (JSHSR)* 2018, 5(24): 1822-8.
14. Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord* 2008, 107: 5-21.
15. Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, Wessely S. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment* 2001, 5(35):1-5.
16. Güven E, Gökçe G. Etkililik çalışmaları ne kadar etkili?: Bilişsel davranışçı terapiler bağlamında bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2018, 29(1): 54-66.
17. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007, 8: 132-9.
18. Choi YS, Lee EJ, Cho Y. The effect of korean-group cognitive behavioural therapy among patients with panic disorder in clinic settings. *J Psychiatric Mental Health Nursing* 2016, 24(1): 28-40.
19. Kunikata H, Yoshinaga N, Shiraishi Y, Okada Y. Nurse-led cognitive behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Jpn J Nurs Sci* 2016, 13(3): 355-64.
20. Durmuş HA. Duygudurum Bozukluğu Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin İyileşmeye Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2020.
21. Üzel T. Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Başa Çıkma Tutumları, İntihar Düşüncesinin Düzeyi ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2020.

22. Anber T, Akar T, Altun MF. Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi* 2021, 2(2): 99-103.
23. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 15. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2018.
24. Temel M. Depresyonla Baş Etmede Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2015.
25. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2010, 17(1): 33-43
26. Sadock B, Sadock V, Levin Z. Comprehensive Text book of Psychiatry. Çeviri: Aydın H, Bozkurt, A. *Psikiyatri Çalışma ve Kendini Sınama Rehberi*. Ankara, Öncü Basımevi, 2007: 1575-82.
27. González HM, Tarraf W, Whitfield KE, Vega WA. The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *J Psychiatr Res* 2010, 44(15): 1043–51.
28. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* 2017, 143(8): 783–822.
29. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep* 2018, 12(8): 2861- 2.
30. Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-5*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
31. APA. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Ankara: HYB Yayınları, 2014: 91.
32. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011, 45(2): 65-74.
33. Pınar ŞE, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *J Psychiatric Nursing* 2012, 3(2): 86-91.

34. Turgut MN. İntihar Girişiminde Bulunmuş Hastalarda Sorun Çözme Terapisinin İntihar Riskini Azaltmada Etkililiği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Doktora tezi, Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, 2021
35. Aliyev V. Major Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Farmakoterapinin Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi: Bir İzlem Çalışması. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2020.
36. Varma GS, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O. Depresyon tedavisinde grup psikoterapisi ve psikodramanın yeri. *Klinik Psikiyatri* 2017, 20: 308-17.
37. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2003, 6: 5-11.
38. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *J Psychiatric Nursing* 2011, 2(3): 105-10.
39. McKenna MT, Michaud CM, Murray CJL ve Marks JS. Assessing the burden of disease in the United States using disability-adjusted life years. *Am J Prev Med* 2005, 28(5): 415-23.
40. Akkaya C, Sarandöl A, Danacı AE, Sivrioğlu Y, Kaya E, Kırılı S. Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği (SUKDÖ) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008, 19(3): 292-9.
41. Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2020, 31(3): 1053-79.
42. Bingöl F, Karakoç A, Karaca S, Ocakçı AF. 17-19 yaş üniversite öğrencisi ergenlerde depresyon düzeyi, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011, 10(2): 35-45.
43. Akkaya C, Sivrioğlu EY, Sarandöl A, Eker SS, Kırılı S. Majör depresif bozuklukta sertralin ve reboksetinin sosyal işlev kaybı üzerine etkilerinin karşılaştırılması: randomize açık etiketli bir çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2006, 19 (1): 5-13.
44. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33(9): 1111-5.

45. Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2016, 9(3): 21-5.
46. Ak M, Yazıhan NT, Sütçigil L, Hacıömeroğlu B. İntihar girişimi olan majör depresyon hastalarında üstbilgi süreçleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013, 50: 95-9.
47. Hawton K, Saunders KE. Psychiatric service development and suicide. *The Lancet* 2009, 373(9658):99-100.
48. Nordentoft M, Mortensen PB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 2011, 68(10):1058-64.
49. Puşuroğlu M. Depresyon Hastalarında Obsesif İnanışların, İntihar Düşüncesi ve Biyolojik Ritimle İlişkisi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Rize: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, 2016.
50. Türkçapar H. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. 3. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2008.
51. Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S ve İskifoğlu TÇ. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2019, 9(54): 745-93.
52. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006, 26: 17-31.
53. Kürümlüoğlu R. Depresyon Hastalarına Verilen Psikoeğitimin Bilişsel Çarpıtmalar Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2017.
54. Gürsoy R. Depresyon ve Kaygı Bozukluğu Tanısı Almış Olan Hasta Grupları Arasında Bilişsel Çarpıtma Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.
55. Türkçapar MH. *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. 17. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2018.
56. Beck JS. *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*, Şahin M (çeviri editörü). Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2020.

57. Duy B. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Yalnızlık ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Üzerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2003.
58. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: A metaanalytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30: 293–302.
59. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S ve Grand S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004, 161:1872–6.
60. Gökdağ C, Sütçü ST. Major depresif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiği: Sistemik bir gözden geçirme *Current Approach Psychiatry* 2016, 8(1): 23-38.
61. Matsunaga M, Okamoto Y, Suzuki SI, Kinoshita A, Yoshimura S, Yoshino A, Kunisato Y, Yamawaki S. Psychosocial functioning in patients with treatment-resistant depression after group cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry* 2010, 10(22): 1-10.
62. Thimm JC, Antonsen L. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry* 2014, 14: 292.
63. Bahar A. Yüksek İntihar Riskli Depresyon Hastalarına Yapılan Transteoretik Model Aşamalarına Temelli Motivasyonel Görüşmenin İntihar Davranışı ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2021.
64. Boz E. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde Çalışan Hemşirelerin İntihar ve İntihar Eden Bireye Karşı Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Kars: Kafkas Üniversitesi, 2020.
65. Koç Z. Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Üstbiliş Özelliklerinin ve Sosyal İşlevselliklerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2019.
66. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale (SPS). *Los Angeles: Western Psychological Services* 1990.

67. Batıgün AD, Şahin NH. Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi? *Türk Psikoloji Dergisi* 2003, 18(51): 37-52.
68. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *European Neuropsychopharmacology* 1997, 7(1): 57-70.
69. Alvarez J, McLean C, Harris AH, Rosen CS, Ruzek JI, Kimerling R. The comparative effectiveness of cognitive processing therapy for male veterans treated in a VHA posttraumatic stress disorder residential rehabilitation program. *J Consult Clin Psychol* 2011, 79: 590-9.
70. Beidel DC, Frueh BC, Uhde TW, Wong N, Mentrakoski JM. Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2011, 25: 224-31.
71. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I. Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *J Interpers Violence* 2013, 29:1783-1801.
72. Yapan S. Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitim Programlarının Sınav Kaygısına Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2021.
73. Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J. Cognitive-behavioural therapy v. usual care in recurrent depression. *The British J Psychiatry* 2008, 193: 505-6.
74. Wittouck C, Autreve SV, Portzky G, Heeringen KV. A CBT-Based Psychoeducational Intervention for Suicide Survivors. *Crisis* 2014, 35(3): 193-201.
75. Özer Ü, Yıldırım EA, Erkoç ŞN. Major depresyon olgularında intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatr* 2015, 52: 283-8.
76. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008, 165: 1408-19.

77. Gelirgün Ö. Unipolar Depresyon ve Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Duygu ve Yüz Tanımanın Sosyal İşlevsellik, Mizaç Özellikleri ve Dürtüsellik ile İlişkisi. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2019.
78. Dalğış YA. İki Uçlu Bozukluk ve Tek Uçlu Depresyon Tanısıyla İzlenen Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemaların İşlevsellğe Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2015.
79. Maçkalı Z, Tosun A. Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Current Approach Psychiatr* 2011, 3(4): 571-94.
80. Özer D, Dikeç G, Ata EE. Duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan rehabilitasyon programları: Sistemik derleme. *University Health Sciences J Nursing* 2020, 2(1): 27-36.
81. Gomes BC, Rocca CC, Belizario GO, de BF Fernandes F, Valois I, Olmo GC, Fachin RVP, Farhat LC, Lafer B. Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders* 2019, 21(7): 621-33.
82. Arman S, Golmohammadi F, Maracy M, Molaeinezhad M. Efficacy of group cognitive-behavioral therapy in maintenance treatment and relapse prevention for bipolar adolescents. *Advanced Biomedical Research* 2018, 7(41): 1-9.
83. Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavit LM, Daley DC, Doreau HR, Hennen JA. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *The American J Psychiatry* 2007, 164(1): 100–7.
84. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, Abbott R, Hayhurst H. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *The British J Psychiatry* 2006, 188(4): 313-20.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1- Yaşınız ?

2- Cinsiyetiniz nedir ?

☐ Kadın ☐ Erkek

3- Eğitim düzeyiniz nedir ?

☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

4- Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli ☐ Bekar

5- Nerede yaşıyorsunuz?

☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl

6- Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız yaşıyorum

☐ Ailemle yaşıyorum

☐ Akrabamla yaşıyorum

☐ Arkadaşımla yaşıyorum

☐ Diğer(Yazınız).....

7-Sosyoekonomik düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi

8- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

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

10-Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?.....

11-Şu anda hastalığınız için kullandığınız ilaçları yazınız.....

EK-3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

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

Size Uygunluk

Derecesi

%0 %30 %70 %100

1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.	()	()	()	()
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
5. Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
11. Ölürssem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()

14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()
17. Ölürsen hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	()	()	()	()
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum	()	()	()	()
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/ hissediyordum.	()	()	()	()
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()

33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
34. Kızınca bir şeyler kırarım.	()	()	()	()
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum.	()	()	()	()
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()



EK-4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

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

Bir işiniz var mı? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise:

1. İşinize ilginiz nasıl?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:

2. Ev işlerine ilginiz nasıl?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

() Çok zevk alıyorum () Orta düzeyde zevk alıyorum

() Az zevk alıyorum () Hiç zevk almıyorum

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

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl? () Çok iyi () İyi

() Fena değil () Tatmin edici değil

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

() Çok sık () Sık

() Nadiren () Hiç

7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

☐ Çok iyi ☐ İyi

☐ Fena değil ☐ Tatmin edici değil

8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

☐ Birçok insanla var ☐ Birkaç insanla var

☐ Pek az insanla var ☐ Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?

☐ Çok gayret ederim ☐ Gayret ederim

☐ Orta derecede gayret ederim ☐ Gayret etmem

10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Çok iyi ☐ İyi

☐ Fena değil ☐ Tatmin edici değil

11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?

☐ Çok değer veririm ☐ Değer veririm

☐ Çok az değer veririm ☐ Hiç değer vermem

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

☐ Çok sık ☐ Sık

☐ Nadiren ☐ Hiç

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

☐ Her zaman ☐ Sıklıkla

☐ Nadiren ☐ Hiç

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

☐ Tamamen ☐ Orta derecede

☐ Az ☐ Hiç

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

☐ çok ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç

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

☐ çok ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç

17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?

☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?

☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

19. Fiziksel grnmnz ne kadar nemzersiniz?

☐ çok ☐ Orta ☐ Pek değil ☐ Hiç

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

☐ Her zaman ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre dzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?

☐ Fazlasıyla ☐ Orta ☐ Pek değil ☐ Hiç

EK-5. Etik Kurul Onayı



EK-6. Kurum İzni





EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde doktora çalışmasına veri sağlamak amacıyla yürütülen “Depresyon Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İntihar Riski ve Sosyal İşlevselliğe Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya aklınızı herhangi bir soru kurcaladığında aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmanız yeterli olacaktır.

Araştırmacı

Ümmügülsüm GÜL