



T. C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANISI ALMIŞ BİREYLERE UYGULANAN
YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEME DESTEKLİ PSİKOEĞİTİMİN
DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

Çiğdem ÖZDEMİR

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Gaziantep

2025



T. C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANISI ALMIŞ BİREYLERE UYGULANAN
YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEME DESTEKLİ PSİKOEĞİTİMİN
DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

Çiğdem ÖZDEMİR

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Gaziantep

2025

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

**DEPRESYON TANISI ALMIŞ BİREYLERE UYGULANAN
YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEME DESTEKLİ PSİKOEĞİTİMİN
DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ**

Çiğdem ÖZDEMİR

Tez Savunma Tarihi: 17.11.2025

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

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

Prof. Dr. Özlem OVAYOLU
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN
Tez Danışmanı

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

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Prof. Dr. Mualla YILMAZ

Prof. Dr. Funda KAVAK BUDAK

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Dr. Öğr. Üyesi Sema İÇEL

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

17.11.2025

Çiğdem ÖZDEMİR

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın hazırlanma sürecinde bilgi, deneyim ve rehberliği ile bana yol gösteren, her aşamada desteğini esirgemeyen çok kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN'a; psikiyatri hemşireliğine bakış açımı değiştiren, bilgisini ve tecrübelerini benden hiç esirgemeyen, alana duyduğu sevgiyle bana da bu sevgiyi aşılayan çok kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye; araştırmanın her aşamasında beni yönlendiren ve destekleyen, engin bilgisi ile yolumu aydınlatan çok kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Mualla YILMAZ'a; değerli bilgi ve önerileriyle araştırmaya katkı sağlayan çok kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Funda KAVAK BUDAK ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sema İÇEL'e içten teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Araştırma süreci boyunca sabır, anlayış ve sevgileriyle yanımda olan aileme; desteğini ve inancını daima hissettiren sevgili eşime; varlığıyla her zaman motivasyon kaynağım olan ve gülümsemesiyle en zor anlarımı kolaylaştıran canım oğluma; sürecin getirdiği tüm zorluklara ve yorgunluğa rağmen, vazgeçmeden ilerleme azmini koruduğum ve her defasında yeniden başlayacak gücü kendimde bulduğum için kendime gönülden teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR VE SEMBOLLER	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1. GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Depresyonun Tanımı	6
2.2. Depresyonun Etiyolojisi	6
2.3. Depresyonun Belirtileri	7
2.4. Depresyonun Sıklığı ve Yaygınlığı	8
2.5. Depresyon Türleri	9
2.6. Depresyonun Birey Üzerindeki Etkileri	9
2.7. Depresyonun Gidiş ve Sonlanması	10
2.8. Depresyonun Tedavi Yöntemleri	10
2.8.1. Antidepresanlar	10
2.8.2. Elektro-konvülsif terapi (EKT)	11
2.8.3. Yineleyici transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS).....	11
2.8.4. Derin beyin uyarımı (DBU)	12
2.8.5. Psikoterapi.....	12
2.8.6. Egzersiz ve diğer yaşam tarzı müdahaleleri.....	12
2.8.7. Psikoeğitim.....	13
2.9. Benlik ve Benlik Saygısının Tanımı	13
2.10. Benlik Saygısının Gelişimi	14
2.11. Benlik Saygısı Türleri	15
2.12. Benlik Saygısı ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki.....	15

2.13.	Stresin Tanımı.....	16
2.14.	Stresin Psikolojik ve Biyolojik Boyutu	16
2.15.	Stresin Nedenleri.....	17
2.16.	Stresin Belirtileri	18
2.17.	Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	18
2.18.	Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki	19
2.19.	Yönlendirilmiş İmgelemenin Tanımı	19
2.20.	Yönlendirilmiş İmgelemenin Temelleri	20
2.21.	Yönlendirilmiş İmgeleme Teknikleri ve Etki Mekanizması.....	21
2.22.	Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniğinin Uygulama Süreci.....	22
2.23.	Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniğinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Alanında Kullanımı.....	24
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1.	Araştırmanın Türü	26
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4.	Randomizasyon.....	27
3.5.	Veri Toplama Araçları.....	28
3.5.1.	Tanıtıcı Bilgi Formu	28
3.5.2.	Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	28
3.5.3.	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	28
3.5.4.	Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ).....	29
3.6.	Verilerin Toplanması.....	29
3.7.	Araştırma Süreci	29
3.8.	Yönlendirilmiş İmgeleme Temelli Psikoeğitim	31
3.9.	Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.10.	Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.11.	Araştırmanın Etik İlkeleri.....	35
3.12.	Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	36
4.	BULGULAR	37
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	47
5.1.	Depresyonda Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin, Hastaların	

Algılanan Stres Düzeylerine Etkisinin Tartışılması	47
5.2. Depresyonda Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin, Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisinin Tartışılması	48
5.3. Depresyonda Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin, Hastaların Depresif Semptom Düzeylerine Etkisinin Tartışılması.....	50
5.4. Sonuç ve Öneriler.....	51
KAYNAKLAR.....	53
EKLER	63
EK 1: Randomizasyon	63
EK 2: Tanıtıcı Bilgi Formu	64
EK 3: Beck Depresyon Ölçeği	65
EK 4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	68
EK 5: Algılanan Stres Ölçeği.....	69
EK 6: Eğitim Katılım Belgesi	70
EK 7: Eğitim İçeriğinde Görüş Alınan Uzmanlar	71
EK 8: Etik Kurul İzni.....	72
EK 9: Kurum İzni	73
EK 10: Aydınlatılmış Onam Formu	74
EK 11: Ölçek İzinleri.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	76

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
	Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials (Araştırmaların
DBU	Derin Beyin Uyarımı
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
	İstatistik Paketi)
MDB	Majör Depresif Bozukluk
	Raporlanmasına İlişkin Birleştirilmiş Standartlar)
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
rTMS	Yineleyici Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler
YİT	Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Consort Akış Şeması.....	32
Şekil 4.1. Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Ön Test ve Son Test Puanlarının Değişim Grafiği.....	43
Şekil 4.2. Psiko eğitim Programına Katılan Bireylerin Deneyimleri	44



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin İçeriği	33
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Depresyon Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 4.2. Depresyon Tanılı Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının İki Yönlü Karma Desenli Varyans Analizi Sonuçları	39
Tablo 4.3. Depresyon Tanılı Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.4. Depresyon Tanılı Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Gruplar İçi Karşılaştırılması.....	42

ÖZET

DEPRESYON TANISI ALMIŞ BİREYLERE UYGULANAN YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEME DESTEKLİ PSİKOEĞİTİMİN DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE STRES DÜZEYİNE ETKİSİ

Çiğdem ÖZDEMİR

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Kasım 2025, 76 Sayfa

Bu araştırma, depresyon tanısı almış bireylerde uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programının bireylerin depresif belirti, benlik saygısı ve algılanan stres düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniklerine başvuran depresyon tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)” ve “Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)” kullanılmıştır. Deney grubuna uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı, 8 oturum yüz yüze ve 6 oturum ses kayıtlarının dinlenmesi şeklinde toplamda 14 oturum, bireysel olarak uygulanmıştır. Yüz yüze yapılan bu oturumlarla eş zamanlı olarak, deney grubu ikinci haftadan itibaren, üç hafta boyunca, haftada iki kere araştırmacı tarafından oluşturulan ses kayıtlarını dinlemiştir. Kontrol grubuna rutin tedavilerinin haricinde herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Psikoeğitim uygulaması sonrası deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre ASÖ ve BDÖ puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Psikoeğitim uygulanan deney grubunun RBSÖ puanının kontrol grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programının, depresyon tanılı hastaların algılanan stres ve depresif semptom düzeylerini azaltmada etkili olduğu; benlik saygısı üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin, psikiyatri hemşireleri tarafından, depresyon tanılı bireylerin tedavi süreçlerine dahil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yönlendirilmiş İmgeleme, Depresyon, Benlik Saygısı, Stres, Psikiyatri Hemşireliği, Psikoeğitim

ABSTRACT

The Effect of Guided Imagery-Supported Psychoeducation on Depression, Self-Esteem, and Stress Levels in Individuals Diagnosed with Depression

Çiğdem ÖZDEMİR

Doctoral Thesis, Nursing Department,

Doctoral Program of Psychiatric Nursing

Supervisor Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

November 2025, 76 Pages

This study is a randomized controlled experimental trial conducted to determine the effects of a guided imagery-supported psychoeducation program on depressive symptoms, self-esteem, and perceived stress levels in individuals diagnosed with depression. The population of the study consisted of patients diagnosed with depression who applied to the psychiatric outpatient clinics of a state hospital. The sample included a total of 60 patients, comprising 30 in the experimental group and 30 in the control group, all of whom met the inclusion criteria. Data were collected using the “Descriptive Information Form,” the “Beck Depression Inventory (BDI),” the “Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES),” and the “Perceived Stress Scale (PSS).” The guided imagery-supported psychoeducation program implemented with the experimental group consisted of 14 individual sessions in total, including 8 face-to-face sessions and 6 sessions through audio recordings. Concurrently with the face-to-face sessions, beginning in the second week, participants in the intervention group listened to the researcher-generated audio recordings twice weekly over a period of three consecutive weeks. No intervention beyond routine treatment was applied to the control group. Following the psychoeducation intervention, the mean scores of the experimental group on the PSS and BDI were found to be significantly lower compared to the control group ($p < 0.05$). However, there was no significant difference between the two groups in terms of RSES scores ($p > 0.05$). The findings suggest that the guided imagery-supported psychoeducation program is effective in reducing perceived stress and depressive symptoms in individuals diagnosed with depression, but has no significant effect on self-esteem. It is recommended that psychiatric nurses incorporate guided imagery-supported psychoeducation into the treatment processes of individuals diagnosed with depression.

Key words: Guided Imagery, Depression, Self-Esteem, Stress, Psychiatric Nursing, Psychoeducation

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olan major depresif bozukluğun, klasik semptomları arasında depresif ruh hali, anksiyete, anhedoni ve yaşam kalitesini derinden etkileyen bilişsel bozukluklar yer almaktadır (1-3). Ayrıca intihar kaynaklı ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir (4). Dünya genelinde toplam nüfusun yaklaşık %3,8'i depresyon yaşamaktadır; bu oran, yetişkin bireylerde %5 (erkeklerde %4, kadınlarda %6) iken, 60 yaş ve üzeri bireylerde %5,7'ye ulaşmaktadır. Dünyada yaklaşık 280 milyon kişinin depresyon hastası olduğu bilinmektedir (1).

Depresyon genellikle stresle ilişkili bir bozukluk olarak anılmaktadır ve yaşamın erken dönemleri de dahil olmak üzere olumsuz yaşam olaylarının neden olduğu stresin, bu bozukluğun ortaya çıkmasına, gelişimine ve ilerlemesine katkıda bulunduğu bilinmektedir (2). Yapılan çalışmalarda olumsuz stres etkenlerine yüksek düzeyde maruz kalmanın depresyon vakalarına önemli ölçüde katkıda bulunduğu ve bu bireylerde strese maruziyetlerin zamanında tanınmasının önemli olduğu ifade edilmektedir (2, 5).

Araştırmalar, benlik saygısının da depresyonda önemli bir rol oynadığını ortaya çıkarmıştır (6, 7). Benlik saygısı, kişinin kendisine ve başkalarına yönelik etkileşimlerini ve duygularını etkileyen “birinin kendine ilişkin belirli bir tutumu ve algısı” olarak tanımlanmaktadır (8). Düşük benlik saygısının depresyon ve intihar düşüncesi gelişimi için bir risk faktörü olduğu ampirik olarak gösterilmiştir (9, 10). Düşük benlik saygısı, depresif bozuklukların bir belirtisidir ve bazıları tarafından nüksetmenin habercisi olarak kabul edilirken; yüksek benlik saygısı depresyona karşı tampon görevi görüyor gibi görünmektedir (6).

Depresyon için ilaç tedavisine başvuru oranları giderek artmaktayken, etkinliği kanıtlanmış psikoterapiler, erişim zorluğu, yüksek maliyet algısı, motivasyon eksikliği gibi çeşitli engeller nedeniyle sınırlı sayıda hastaya ulaşabilmektedir. Depresyonun yarattığı sağlık yüküyle başa çıkmak için düşük maliyetli ve kolay erişilebilir yeni yöntemlerin giderek daha önemli olduğu düşünülmektedir (11). Depresyonu tedavi etmek için çok çeşitli psikolojik müdahaleler vardır ve depresyon tedavisinde etkili

olduğu gösterilenlerden biri psikoeğitimidir. Psikoeğitimler, ruhsal bozukluğu olan kişilerin hastalıklarını anlamalarına ve yönetmelerine yardımcı olmak amacıyla uygulanmaktadır. Durumlarıyla daha iyi başa çıkabilmeleri, nüksetmeyi önleyebilmeleri ve kendi sağlık ve refahlarına katkıda bulunabilmeleri için hastaların kaynaklarını ve becerilerini güçlendirerek yapılmaktadır (12). Yapılan çalışmalarda psikoeğitim programının depresyon üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir (12, 13).

Bir diğer yöntem olan Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniği (YİT), hemşirelik uygulamalarında rahatlıkla kullanılabilecek etkili, ekonomik ve terapötik bir tekniktir. YİT, bireylerin gevşeme egzersizleri sonrasında uygulayıcı tarafından verilen semboller görselleştirmesi yoluyla oluşturdukları hikayeler bütünüdür. Kişinin iç dünyasına ulaşmasını amaçlayan bu teknik, semboller aracılığıyla bireyin kendi özgün öyküsünün oluşturulmasına olanak sağlamaktadır (14). Bu tekniğin hayati belirtileri, elektroensefalografi düzenlerini, kan akışını, mide hareketliliğini ve salgılarını, cinsel uyarılmayı ve çeşitli hormon ve nörotransmitter düzeylerini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (15). Yönlendirilmiş imgelemenin; depresyon, anksiyete, stres, ağrı, kemoterapiye bağlı yan etkiler gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik belirtileri azalttığı; empati düzeyini artırdığı; travmaya bağlı ses bozukluğu semptomlarını hafiflettiği; yüksek kan basıncını düşürdüğü; yaşam kalitesini yükselttiği ve bağışıklık sistemini güçlendirdiği tespit edilmiştir (14). Ulusal ve uluslararası literatürde psikiyatri hastalarında yönlendirilmiş imgeleme tekniği uygulanmasının ve bu tekniğin depresyon tanılı bireylerde kullanımının sınırlı kaldığı gözlemlenmiştir (16-19). Bu bağlamda mevcut araştırma, yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin depresyon tanılı bireylerde yapılandırılmış bir psikoeğitim programıyla bütünleştirilerek uygulanması bakımından literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Alan yazında bu tekniğin depresif semptomlar üzerindeki etkisini çoklu ölçüm zamanları ve deney-kontrol grubu tasarımı ile inceleyen çalışmaların sınırlı olması, araştırmanın özgün değerini ortaya koymaktadır. Ayrıca bu çalışmada uygulanan yöntemin hemşirelik bakımına entegre edilebilir olması ve yönlendirilmiş imgelemenin klinik kullanımı için kanıt temelli veri sağlaması, literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

Bu araştırmanın, depresyon tanısı almış bireylerde uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin depresif semptom, benlik saygısı ve stres düzeyine etkisinin belirlenmesi sonucunda, depresyon hastalığı konusunda bireysel ve toplumsal anlamda

farkındalık yaratacağı, belirlenecek olan risk faktörlerinin müdahaleler için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın psikiyatri hemşireleri ve toplum ruh sağlığı hemşireleri için yönlendirilmiş imgeleme uygulamalarında rehber olacağı ve psikiyatrik hastalıklarda yönlendirilmiş imgeleme ile ilgili araştırmalar için yol gösterici olacağı da düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin depresyon tanılı hastaların benlik saygısı, algılanan stres ve depresif semptom düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0a: Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında depresif semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H1a: Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında depresif semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H0b: Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında benlik saygısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H1b: Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında benlik saygısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H0c: Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında stres düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H1c: Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında stres düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon" kelimesi, kökenini klasik Latince'deki deprimere fiilinden almaktadır. Deprimere tam anlamıyla "aşağı bastırılmış" olma hissini ifade etmektedir (20). "Depresyon" kavramı, yalnızca psikopatolojik bir durumu değil, aynı zamanda çökkün ruh halini tanımlamak için de kullanılmaktadır. Terim 17. yüzyılda duygudurumla ilişkilendirilmiş ve başlangıçta yalnızca moral ya da ruh halindeki düşüşü ifade etmek için kullanılmıştır (21). Günümüzde depresyon, negatif duygularla ilişkili olan, düşünce ve davranışları da etkileyen yaygın ve ciddi bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır (1, 22). Uzun süreli depresif ruh hali veya günlük aktivitelerden alınan zevki kaybetme, depresyonun temel belirtileri arasındadır (1). Majör depresif bozukluk (MDB) ise bir bireyde devamlı olarak üzüntülü ve bunalmış hissetme, anhedoni, daha önce zevk alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı, suçluluk ve değersizlik hissi, enerji ve odaklanmada zayıflık, iştahta değişimler, psikomotor gerileme veya ajitasyon, uykuda bozulma veya ölüm düşünceleri olduğunda teşhis edilen bir ruhsal bozukluktur (23).

2.2. Depresyonun Etiyolojisi

Majör depresif bozukluğun etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak hastalığın biyolojik, genetik, çevresel ve psikososyal faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (24, 25). Hastalığın etiyolojisinde nörotransmitter düzeyleri, reseptör düzenlenmesi ve duygusal belirtilere duyarlılık arasındaki karmaşık bir etkileşimin rol oynadığı öne sürülmektedir (26).

Klinik ve klinik öncesi bulgular, serotonin (5-HT) düzeylerindeki anormalliklerin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Ayrıca norepinefrin (NE), dopamin (DA), glutamat ve beyin kaynaklı nörotrofik faktörün (BDNF) de depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir (26). Ölüm düşünceleri olan kişilerin serotonin metabolit seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak, son teoriler bu durumun daha karmaşık nöroregülasyon sistemleri ve sinir devreleriyle alakalı olduğunu ve nörotransmitter sistemlerinin ikincil bozulmaya uğradığını ifade etmektedir (25).

Majör depresif bozukluğun etiyolojisinde genetik ve çevresel etkenlerin yanı sıra gen-çevre etkileşiminin de önemli bir role sahip olduğu; özellikle genetik faktörlerin MDB'nin ortaya çıkışında belirleyici bir unsur olduğu kabul edilmektedir (24). Majör depresyon tanılı bireylerin çocuklarında, erken yetişkinlik dönemine kadar, MDB gelişme olasılığı %35 ila %40 arasında değişmektedir. Bu oran hastalığı taşımayan ebeveynlerin çocuklarındaki riskin iki katına tekabül etmektedir (23). MDB'de gen-çevre etkileşimine bakıldığında, hastalık ile ilişkili olan genetik faktörlerin kişiye özel olan çevreden etkilenebildiği bilinmektedir. Çocukluk çağında deneyimlenmiş travmalar ve yaşam sıkıntıları buna örnek verilebilir (23). Stres gibi çevresel faktörlerin de hem genetikle bağlantılı hem de bağımsız olarak MDB gelişimine katkısı olduğu bilinmektedir (24). İşini kaybetme, boşanma gibi ciddi durumlarda yaşanan stresin, nöroendokrin ve davranışsal tepkilerde köklü değişimlere neden olduğu; bunun da serebral korteksin yapısında değişime yol açarak hastalığın başlangıcı için tetikleyici olduğu öne sürülmüştür (24, 25).

Bireylerde fizyolojik ya da ruhsal komorbid bozuklukların bulunması ile MDB arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Alzheimer, demans gibi nörodejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik, endokrin hastalıklar ve bazı otoimmün hastalıklar açısından MDB'nin risk faktörü olduğu bilinmektedir (24).

2.3. Depresyonun Belirtileri

Majör depresif bozukluk, en az iki hafta süreyle üzgün ruh halinin ve yaşam aktivitelerine karşı ilgisizliğin devam etmesiyle beraber anhedoni durumu, kilo, uyku alışkanlıkları, enerji durumu, konsantrasyon süresi, karar verme süreçleri, benlik saygısı düzeyi gibi alanlardan en az dört tanesinde değişim yaşanması ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (27). Depresyon tanılı bireylerde çok yorgun ya da enerjisiz hissetme, iştah ve kiloda değişiklikler, az ya da çok uyuma, anksiyete, kararsızlık, huzursuzluk, aşırı suçluluk duygusu veya değersiz hissetme, geleceğe dair umutsuzluk duyguları, ölüm veya intihar düşünceleri görülmektedir (1, 24, 27). Düşünmede, konuşmada ve hareketlerde zayıflık, yorgunluk hissi, dikkat ve konsantrasyon bozukluğu, duygusal hassasiyetin artışı, karar vermede zorlanma, cinsel isteğin azalması, benlik saygısında düşme gibi farklı alanlarda belirtiler ortaya çıkmaktadır (27, 28). Bu belirtiler sıkça bireyin iş, arkadaş ve aileyi ihmal etmesi ile sonuçlanmaktadır. Sonuçta genel bir

izolasyon ve sosyal geri çekilme ortaya çıkmakta ve kişide umutsuzluk duygusu hakim olabilmektedir (29).

Anksiyete sık olarak depresyona eşlik etmekte ve depresyon olgularını karmaşıktırarak tedaviyi zorlaştırmaktadır. İrritabilite de önemli bir depresyon belirtisidir. Bireyler küçük uyaranlara olması gerekenden daha büyük tepkiler verebilmektedir. Kendine ilişkin negatif değerlendirmeler yapma, değersizlik fikirleri, ölüm ve intihar düşünceleri, geçmiş basit hatalara takılıp kalma, sanrı ve varsanı gibi ciddi bilişsel bozulmalar ortaya çıkabilmektedir (29). Bu belirtilere ek olarak baş ağrısı, çarpıntı, halsizlik, mide yanması, bağırsak düzensizlikleri gibi çok çeşitli bedensel yakınmalar da ortaya çıkabilmekte ve bu belirtiler hastadan hastaya değişiklik göstermektedir (30).

DSM-5'e göre Majör depresyon tanısı, en az on dört gün süreyle, çökkün duygudurum veya ilgi kaybı ile birlikte, en az beş belirti (örneğin iştah ve uyku değişiklikleri, yorgunluk, değersizlik hissi, dikkat güçlüğü ve intihar düşünceleri) görülmesi ve bu belirtilerin işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açmasıyla konulmaktadır (31).

2.4. Depresyonun Sıklığı ve Yaygınlığı

Majör depresif bozukluk (MDB), Dünya çapında engelliliğin başlıca nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (24). Dünya genelinde yetişkinlerin yaklaşık %5'inin depresyonla karşı karşıya olduğu, bu oranın erkeklerde %4, kadınlarda ise %6 olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, 60 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %5,7'ye kadar çıkarken, genel nüfusta depresyon yaygınlığı %3,8 olarak belirlenmiştir. Dünyada yaklaşık 280 milyon kişinin depresyon hastası olduğu bilinmektedir (1). Türkiye'de 2019-2020 yılları arasında, 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ayda geçirdikleri sağlık sorunlarına bakıldığında; erkeklerin %5,7'sinin ve kadınların %12,2'sinin depresyon nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduğu raporlanmıştır (32).

Depresyon çoğunlukla yirmili yaşlarda görülmekle birlikte, ikinci zirve ellili yaşlarda gerçekleşmektedir (33). Depresyonun kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık %50 daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Dünya çapında hamile ve yeni doğum yapmış kadınların %10'dan daha fazlasının depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (34). Dünya genelinde her yıl yaklaşık 700.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu durum, intiharı 15-29 yaş arası bireyler için dördüncü en yaygın ölüm nedeni haline getirmektedir (1).

Yakın kişilerarası ilişkileri bulunmayan, boşanmış veya ayrılmış veya dul olan bireylerde MDB'nin daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (25). Irk ya da sosyoekonomik statünün MDB yaygınlığında bir fark yaratmadığı bulunmakla birlikte etkili tedaviler olmasına rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki insanların %75'inden fazlasının hiçbir tedavi almadığı bilinmektedir (25, 35).

2.5. Depresyon Türleri

Depresif bozukluklar daha önceleri duygudurum bozuklukları başlığı altında sınıflandırılırken DSM- 5'te bağımsız bir tanı kategorisi olarak yer almıştır (31, 36). Bu tanı kategorisi kapsamında, majör depresif bozukluk, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), yıkıcı duygudurum bozukluğu, premenstrüel disforik bozukluğu, başka tıbbi duruma bağlı depresyon bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu tanımlanmaktadır (31). Major depresif bozukluk, mani ya da hipomani epizodlarının bulunmadığı sıklıkla depresif epizotlarla karakterize bir bozukluk iken; süregiden depresyon bozukluğunun majör depresif bozukluktan daha uzun sürdüğü ve daha hafif seyrettiği bilinmektedir (36). Yıkıcı duygudurum bozukluğu çocuklarda şiddetli öfke patlamaları ile karakterize bir duygudurum bozukluğudur (36). Premenstrüel disforik bozukluk ise kadınlarda, çoğunlukla regl başlangıcından bir hafta önce ortaya çıkan ve işlevsellikte bozulma ile birlikte yoğun duygusal belirtilerin görülmesidir (37). Bireyin tıbbi ve nörolojik hastalıklara bağlı depresif semptomlar göstermesi başka tıbbi duruma bağlı depresyon bozukluğu olarak tanımlanırken; alkol ya da maddde entoksikasyonu veya yoksunluğu sonucunda oluşan depresif durumlar maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluk olarak tanımlanmıştır (31, 36).

2.6. Depresyonun Birey Üzerindeki Etkileri

Dünya çapında en yüksek hastalık yüküne sahip bozukluklar arasında dördüncü olan ve 2030 yılına kadar yüksek gelirli ülkelerde birinci sırada olacağı öngörülen majör depresyon, günlük iş ve işleyste ciddi bozulmalara yol açmaktadır (38, 39). Yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla etkisi olan MDB'de, sosyal hayat, fiziksel yetenek alanları, ruhsal sağlık işlevleri, rol performansı ve günlük aktivitelere katılım gibi yaşamın farklı alanları olumsuz etkilenmektedir (40-42). Depresyonun, düşünme biçiminde bozulmalara yol açtığı; hastaların sürekli tekrarlanan, zorlayıcı düşüncelere sahip olduğu, kararsızlık ve hafıza problemleri deneyimledikleri görülmüştür (43). Umutsuzluk hissi, kontrol kaybı, yardım alamayacağına inanma ve aile, iş, sosyal hayat

gibi alanlarda rolünü yerine getirememesi depresyonun birey üzerindeki diğer etkileri arasında sayılabilir (44). Depresyon bireyi yalnız zihinsel değil; yorgunluk, uyku bozuklukları, iştah ve kilo değişiklikleri, enerjide azalma gibi belirtilerle bedensel açıdan da etkilemektedir (1).

2.7. Depresyonun Gidiş ve Sonlanması

Majör Depresif Bozukluk'ta depresif ataklar tedavi edilmez ise 6 ay ile 12 ay arasında devam edebilmektedir ve tekrarlanma olasılığı oldukça yüksektir (23, 45). MDB olan bireylerin yaklaşık üçte ikisi intiharı düşünmekte ve yaklaşık %10- 15'i intihar eyleminde bulunmaktadır. Kronik ve tekrar eden bir hastalık olan MDB'nin tekrarlanma olasılığının, ilk ataktan sonra yaklaşık %50, ikinci ataktan sonra %70 ve üçüncü ataktan sonra ise %90 olduğu ifade edilmektedir. MDB'si olan hastaların yaklaşık %5 ile %10'u hastalık sonucunda bipolar bozukluk yaşamaktadır (45).

Hafif atakların olması, psikotik semptomların olmayışı, tedaviye uyumun iyi olması, destek sisteminin kuvvetli olması ve hastalık öncesi işlevselliğin yüksek olması MDB'de iyi prognoz işaretleridir. Eşlik eden ruhsal bozukluğun olması, kişilik bozukluğuna sahip olmak, bir kereden fazla hastaneye yatmak ve başlangıç yaşının geç olması kötü prognoz göstergeleri arasında sayılabilir (25, 33).

2.8. Depresyonun Tedavi Yöntemleri

Hafif düzeydeki depresyon için, ilk tercih yaşam tarzı müdahaleleri, psikoterapi ve semptom takibi olmakla birlikte, beklenen iyileşme görülmediğinde farmakoterapiye başvurulması önerilmektedir (23, 33). Orta şiddetteki depresyon hastaları için psikoterapi, farmakoterapi veya kombine tedavinin uygun olduğu bilinmektedir (33). Şiddetli depresyonu olanlar için ise yaşam tarzı müdahaleleri ve psikoterapi ile birlikte farmakoterapi veya EKT'nin birleştirilmesi gerekmektedir (23, 28, 33).

2.8.1. Antidepresanlar

Antidepresanların ana kategorileri arasında trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler), seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve atipik antidepresanlar yer almaktadır (27). Günümüzde kullanılan çoğu antidepresan serotonerjik ve/veya katekolamin dizgeleri üzerinden etki etmektedir. Farklı ilaçlar aynı dizgeler üzerinden geri alım engelleyici, yıkımı önleyici, reseptör agonist ya da

antagonist özellikleri ile etki göstermektedir (46). Uygun antidepresan seçimi; hastanın mevcut semptomları, yaşı, genel sağlık durumu, tıbbi gereksinimleri, daha önce etkili ya da etkisiz olduğu bilinen ilaçlar ve halihazırda kullanılan diğer ilaçlarla etkileşim durumu göz önüne alınarak yapılmaktadır (27).

Antidepresanların etkileri, kullanıma başlandıktan 1 ila 3 hafta sonra başlamakta ve tam etkinlik 4-6 hafta sonunda ortaya çıkmaktadır (23, 30). İlaç tedavisi 18-24 ay sürdürülmeli; ilaç bırakılacağına süreç birkaç aya yayılarak kesilmelidir (29).

2.8.2. Elektro-konvülsif terapi (EKT)

EKT, beyinden elektrik akımı geçirerek terapötik jeneralize nöbet başlatmayı içeren bir tedavi yöntemidir (47). Depresyon için oldukça etkili bir tedavi olan EKT'nin etki başlangıcı farmakolojik ajanlardan daha hızlı olabilmektedir ve faydası tedaviye başladıktan yaklaşık 1 hafta sonrasında görülmektedir (26). EKT'nin, N -metil-D-aspartat (NMDA) glutamat reseptörlerinde bir antagonist olan ketaminin, depresyondaki bilişsel etkileri önleyebileceği ve hızlı ancak geçici antidepresan etkilere sahip olduğu kanıtlanmıştır (26).

EKT kullanımının endikasyonları şunlardır:

- Antidepresan yanıtının hızlı olmasına ihtiyaç duyulması
- Farmakolojik tedavinin başarısız olması
- Hasta geçmişinde EKT'ye iyi yanıt alınması
- İntihar riskinin yüksek olması
- Tıbbi morbidite ve mortalite olasılığının yüksek olması (25, 26).

2.8.3. Yineleyici transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS)

Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS), bir cihaz veya kask şeklinde bir indüksiyon bobini ile beyin bazı bölgelerinde elektrik akımı oluşturmak için manyetik alan kullanan bir nörostimülasyon tekniğidir. Bu tekrarlı elektrik darbeleri, hedeflenen bölgelerdeki sinaptik bağlantılarda değişikliklere yol açma ve bu beyin bölgelerinin aktivasyonunu artırma veya azaltma yöntemi ile etki göstermektedir (48). rTMS uygulamalarının, antidepresanlarınkine benzer nörokimyasal ve davranışsal etkiler ve hedeflenen hücrelerde kanıtlanmış değişiklikler oluşturduğu bilinmektedir (49).

2.8.4. Derin beyin uyarımı (DBU)

Derin Beyin Uyarımı (DBU), hedeflenen nöromodülasyona izin veren bir nörocerrahi prosedürüdür (50). Başlangıçta Parkinson hastalığı gibi hareket bozukluklarını tedavi etmek amacıyla ortaya çıkan yaklaşımın, gün geçtikçe kronik ağrı ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), depresyon ve anoreksiya nevroza dahil olmak üzere psikiyatrik bozukluklarda kullanımı artmaktadır. DBU'nun, majör depresyonun etiyolojisinde etkisi olduğu bilinen limbik-kortikal bağlantılardaki hiperaktivitenin inhibasyonunu sağladığı veya işlevsiz hale getirdiği tespit edilmiştir (51).

2.8.5. Psikoterapi

Psikoterapinin, özellikle hafif ve orta şiddette MDB'si olan bireylerde, tek başına veya farmakolojik tedavi ile eş zamanlı olarak uygulandığında etkili olduğu tespit edilmiştir (23). Depresyonda etkin olduğu kanıtlanmış psikoterapi türleri arasında davranışsal aktivasyon terapisi, bilişsel-davranışçı terapi (BDT), kişilerarası psikoterapi, yaşam inceleme terapisi ve üçüncü dalga psikoterapileri sayılmakla birlikte birçok farklı psikoterapi türünün etkili olduğu bilinmektedir (23, 26). Psikoterapi türü seçilirken hastanın durumu göz önüne alınmalıdır. Örneğin kişilerarası sorunlar belirgin olduğunda kişilerarası psikoterapi; çarpık düşünceleri değiştirmek amacıyla bilişsel davranışçı terapi; motivasyonu ve girişimi arttırmak için davranışsal aktivasyon terapisi uygulanabilmektedir (33).

2.8.6. Egzersiz ve diğer yaşam tarzı müdahaleleri

Yapılan meta-analiz çalışmaları, depresif semptomları iyileştirmede egzersiz müdahalelerinin kullanımının etkin olduğunu ifade etmektedir (52, 53). Aerobik egzersizi, dans ve egzersiz cihazlarının kullanımı gibi yüksek yoğunluklu aktivitelerin yanında; yoga ve esneme gibi düşük yoğunluklu egzersizlerin de MDB'nin ortaya çıkışını azalttığı görülmüştür (54).

MDB tedavisinde en güçlü kanıt değerine sahip olan bireysel yaşam tarzı müdahaleleri arasında; egzersiz, rahatlama, işe dönme ya da iş değişimi gibi işe yönelik girişimler, uyku ve farkındalıkla ilişkili uygulamalar sayılmaktadır (23). Diyet düzenlemesi, yeşil alanlara maruz kalma, sosyal desteği arttırma gibi müdahalelerin de MDB üzerinde olumlu etkisinin olduğu ifade edilmektedir (23, 24).

2.8.7. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hasta ve/veya hasta yakınlarına hastalığa ilişkin bilgi vererek, bireylerin anlayışını arttırmayı, uyarı işaretlerini öğretmeyi, erken teşhisi sağlamayı ve tedaviye uyumu arttırmayı amaçlayan bir müdahaledir (55). Bu müdahaleler, broşür, e-posta veya bilgilendirici web siteleri gibi pasif materyallerin sunulmasının yanında egzersiz ve terapist rehberliği gibi çok seanslı aktif grup müdahaleleri şeklinde de uygulanabilmektedir. Geleneksel farmakolojik ve psikolojik müdahalelere kıyasla daha az masraflı olan psikoeğitimin, kolay uygulanabilirlik ve erişilebilirlik özellikleri de bulunmaktadır (56). Psikoeğitim müdahalesinin içeriğini; belirti ve bulgular, hastalığın seyri, nedenleri, tanı testleri gibi hastalıkla ilgili bilgilerin yanında terapötik stratejiler, iletişim, baş etme becerileri, stres yönetimi, sosyal destek edinme gibi birçok konu oluşturabilmektedir (57).

Farklı hastalık gruplarında, tek başına ya da diğer tedavi yaklaşımları ile kombine uygulanan psikoeğitimin depresyon tedavisinde de etkinliği kanıtlanmıştır (57, 58). Psikoeğitimin depresif semptomları ve hastalığın tekrarlanma riskini azalttığı, tedavi uyumunu arttırdığı bilinmektedir (58).

Hasta ve ailesini biyopsikososyal anlamda bir bütün olarak değerlendirmek ve optimal fonksiyon görececek duruma getirmek hemşireliğin felsefesini oluşturan anlayışlardan biridir. Bu anlayışı sağlamada psikoeğitim, hemşirelerin kullanabileceği bir müdahale yöntemidir. Aldıkları eğitim ile psikiyatri hemşireleri, hasta ve ailesinin psikososyal bakım ihtiyaçlarını saptama ve buna yönelik psikoeğitim müdahaleleri planlama, uygulama ve müdahalenin etkinliğini değerlendirme konusunda önemli bir yerdedir. Hemşireler bu önemli görevlerini ve bağımsız rollerini fark edebilmeli ve psikoeğitimsel müdahaleleri bakımlarına entegre edebilmelidir (57).

2.9. Benlik ve Benlik Saygısının Tanımı

Benlik kavramı, insanların kendileri hakkında sahip oldukları fikir, duygu ve tutumların birleşimini içermektedir (59). Kişinin kendine ilişkin fikirleri, sosyal kimlik algısını ve kişisel özelliklerinin temelini oluşturmaktadır (60). Benlik gelişiminin normal olması ve ruhsal durumun iyiliği için bireyin tasarladığı benlik ile gerçek hayatında sahip olduğu benliğin dengeli olması gerekmektedir (61). Benlik saygısı ise, bireyin kendisine ilişkin değer algısını temel alan öznel bir değerlendirmeyi ifade etmektedir (62). Bu kavramın

teorik temelleri, Rosenberg'in 1965'teki öncü çalışmasıyla belirginleşmiştir (63). Başlangıçta olumlu veya olumsuz bir tutum olarak ele alınan benlik saygısı, zamanla bilişsel, davranışsal ve duygusal boyutları bir araya getirerek öz anlam, kimlik, imaj ve öz kavramı gibi daha geniş değerlendirmeleri içerecek şekilde evrilmiştir (62). Kısaca, benlik saygısı, bir bireyin öz yeterlilik ve öz değere ilişkin değerlendirmesi ve duygusal deneyimi olarak ifade edilebilir (64).

2.10. Benlik Saygısının Gelişimi

Yaşamın erken yılları benlik saygısının gelişimi için önemlidir, bunun yanında yaşam deneyimleri ve özellikle sosyal etkileşimlerin de benlik saygısı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (65). Bebeklerin, etraflarındaki nesneler üzerinde söz sahibi olduklarını fark ettiklerinde, benlik duygusunun gelişmeye başladığı düşünülmektedir ancak olumlu ve olumsuz özellikler açısından kim olduğunu sorgulamaya başlama dönemi çocukluk dönemidir (66). Benlikle yakından ilişkili olan benlik saygısı da çocukluk döneminde çocuğun kendi değer, yetenek ve başarılarına bağlı olarak yine kendisi hakkında oluşan genel duygulanımların bir sonucudur (67). Benlik saygısı da dahil olmak üzere kişilik özelliklerindeki bireysel farklılıklar, bireyler yetişkin olduğunda daha istikrarlı hale gelmekte ve değiştirilmesi zorlaşmaktadır (68). Cinsiyet, fiziksel özellikler, aile yapısı ve sosyoekonomik durum, ebeveynlerin eğitim düzeyi, sosyal çevre, boşanma öyküsü, sağlık durumu, okul performansı, ideal ve gerçek benlik arasındaki uyum düzeyi ile kardeş sayısı, benlik saygısını şekillendiren başlıca etmenler arasında yer almaktadır (69). Etki büyüklüklerine göre, benlik saygısıyla en güçlü ilişkili risk faktörleri arasında yalnızlık, çocukluk travmaları, sosyal görünüm kaygısı, depresyon, stres, anksiyete ve güvensiz bağlanma örüntüleri yer almaktadır (70).

Benlik saygısının artırılmasına yönelik öneriler arasında; bireyin sağlığına önem vermesi, düzenli fiziksel aktivite yapması, dış görünümüne özen göstermesi, kendi olumlu özelliklerini değerlendirmesi, bedeninde beğendiği yönleri odaklanması, duygularını paylaşabileceği güvenilir kişilerle ilişki kurması, başarılarını fark edip kendini ödüllendirmesi, ulaşılabilir ve gerçekçi hedefler belirleyerek öz güven geliştirmesi ve kendisini dünyada değerli bir birey olarak görmesi yer almaktadır (71). Benlik saygısını arttırmada Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) etkinliği yüksek olan bir yöntem olarak öne çıkarken; anımsamaya dayalı çalışmalar, destek grupları, sanat terapisi ve pozitif psikoloji müdahaleleri gibi birçok yöntemin etkili olduğu

bilinmektedir (72). Yapılan çalışmalarda yönlendirilmiş imgelemenin de kişinin ruhsal olarak gelişmesi, kendinde yeni yönler keşfedebilmesi gibi temel kazanımlara katkı sağlamasının yanında benlik saygısı düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (73-76).

2.11. Benlik Saygısı Türleri

Benlik saygısı, yüksek ve düşük benlik saygısı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yüksek benlik saygısına sahip bireylerin kendilerinden memnun oldukları; yeni arkadaşlar edinme, kendilerini ifade etme, duygusal destek sunma ve kişilerarası çatışmaları çözümüleme konularında başarılı oldukları; yaşamlarında daha büyük hedefler belirleme eğiliminde oldukları bilinmektedir (77, 78). Bu bireyler, hedeflere ulaşmak için gösterdikleri çabaların olumlu sonuçlar doğuracağına dair olumlu bakış açısına sahiplerdir, buna bağlı olarak öz güven ve öz yeterlilik seviyeleri de daha fazladır (79). Diğer taraftan, düşük benlik saygısına sahip bireylerin ortak özellikleri arasında başarısızlık, yetersizlik ve değersizlik duyguları sayılabilir. Bu kişiler kendilerini negatif şekilde değerlendirmekte; bu durum, zayıf, çaresiz, umutsuz, korkmuş, savunmasız, kırılgan, eksik hissetme eğilimlerini arttırmaktadır (78).

2.12. Benlik Saygısı ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki

Benlik saygısının ruh sağlığı açısından önemli bir etken olduğu bilinmektedir (80). Bazı görüşlere göre düşük benlik saygısı, bireyleri ruhsal bozukluklara karşı daha savunmasız hale getirebilirken; bazı yaklaşımlar, ruhsal hastalıkların, bireyin benlik saygısını olumsuz etkilediğini öne sürmektedir (78). Ruhsal hastalığı olan bireyler ile ruhsal hastalığı olmayan bireylerin benlik saygılarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireylerin benlik saygısının anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (78). Öte yandan düşük benlik saygısı, DSM-5'te de, majör depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, distimik ve dissosiyatif bozukluklar ile borderline, narsistik, bağımlı ve çekingen kişilik bozukluklarında tanı ölçütü ya da bu bozukluklarla ilişkili bir özellik olarak kabul edilmektedir (31). Düşük benlik saygısının, depresyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olmasının yanında (81), çok sayıda çalışma, benlik saygısının depresyon üzerinde etkisi olduğunu da göstermiştir (82, 83). Depresyon sürecinde bireylerde benlik saygısında azalma; değersizlik, yetersizlik ve terk edilmişlik hisleriyle birlikte kendilik algısında bozulmalar gözlemlenmektedir. Bireyler, öz-değerlerini değerlendirme konusunda gerçekçi bir tutum geliştirmekte zorlanmakta; bu durum karar verme güçlükleri, umutsuzluk ve

çaresizlik duygularıyla birleşerek bireyin psikolojik bir boşluk deneyimlemesine neden olmaktadır. Bu boşluk hissi bireyi giderek daha pasif bir konuma sürüklemekte; artan pasiflik ise kişinin kendini işe yaramaz ve önemsiz hissetmesine yol açarak benlik saygısındaki düşüşü derinleştirmektedir. Dolayısıyla, depresif belirtilerin pekiştiği kısır bir döngü ortaya çıkmaktadır (27, 84).

2.13. Stresin Tanımı

Stres, hem içsel hem de dışsal faktörlere yanıt olarak ortaya çıkan biyolojik bir tepkidir. Bu tepkiler, uyarının türü, zamanlaması ve şiddeti gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Stres, vücudun homeostazını etkileyen hafif değişikliklerden, hayati tehlike arz eden durumlara kadar geniş bir etki yelpazesine sahiptir (85). İnsanlar, yaşamlarının başlangıcından itibaren uyum sağlamak ve kendilerini korumak amacıyla çeşitli şekillerde stresle karşılaşmışlardır (86). Stresin, bireyin yaşamında kontrol edilemezlik ve öngörülemezlik duygularını tetikleyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (87). Bu durum, kişinin karşılaştığı zorluklarla başa çıkma zorunluluğu hissetmesine neden olmakta; birey, yaşamında meydana gelen değişikliklerin ağırlığıyla başa çıkarken, aynı zamanda sorunlar karşısında kendi yeteneklerine olan güvenini sorgulamaktadır (87).

Algılanan stres ise, bireyin karşılaştığı taleplerin zorluk derecesini ve bu talepleri karşılama kapasitesini öznel olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. Bu kavram, kişinin mevcut başa çıkma kaynaklarına göre hissettiği baskının algısını yansıtmaktadır (88). Cohen ve arkadaşları (1994), algılanan stresi; kişinin yaşamında önemli olan alanlarda kontrol kaybı hissetmesi, beklenmedik olaylar karşısında üzüntü ve gerginlik yaşaması, başa çıkma becerilerine olan güvenini yitirmesi, kontrol edilemeyen durumlara karşı öfke duyması ve arka arkaya gelen zorluklar karşısında bunalmış hissetmesiyle ortaya çıkan bir psikolojik sıkıntı biçiminde tanımlamıştır (89). Özetle stres, bireyin yaşadığı bir tepkiyken, algılanan stres bu tepkinin kişisel özelliklere göre şekillenmesidir (86).

2.14. Stresin Psikolojik ve Biyolojik Boyutu

Vücudun olumsuz uyarılara verdiği tepki olan stres, fiziksel ve psikolojik olgudur (90). Jiang, stresin biyolojik, psikolojik ve sosyal bir bütünleşme sistemi ve çok faktörlü bir etkileşim, geri bildirim düzenleme ve kontrol sistemi olduğunu öne sürmüştür (91). Psikolojik boyutu ile stres, günlük yaşam olayları, ani travmatik deneyimler ve kronik

gerginlik gibi stres etkenlerine maruz kaldığında ve çevresel taleplere adapte olamadığında ortaya çıkan gerginlik durumudur (92). Stres kavramına yüklenen anlam, bireyler arasında farklılık göstermektedir. Başa çıkma yeteneği, duygu yeterliliği ve psikolojik dayanıklılık stresle baş etme konusunda belirleyici rol oynamaktadır (93).

Biyolojik açıdan bakıldığında stresin, organizmada ortaya çıkan, nöroendokrin sistemdeki karmaşık bir yanıt süreci olduğu bilinmektedir. Bu yanıt, organizmanın bir tehdidi algılamasıyla başlamakta ve sinir sistemi ve endokrin sistemin eşgüdümlü çalışması sonucunda anatomik yapılarda etki görülmektedir (94). Duyusal uyarılar önce talamusa, buradan serebral kortekse iletilmektedir. Uyarı burada bir stres faktörü olarak algılanırsa, limbik sistemde kodlanarak yeniden talamusa, oradan da hipotalamusa yönlendirilir. Böylece hipotalamus savaş ya da kaç tepkisini başlatmaktadır (94, 95). Bu süreçte, sempatik sinir sistemi aktive olmakta ve adrenalin salınımı sonucunda kardiyak aktivitede artış, bronkodilatasyon, pupillerde dilatasyon gibi pek çok fiziksel belirtiler ortaya çıkmaktadır (96). Stresin uzun sürmesi durumunda endokrin sistem devreye girmekte ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) başta olmak üzere tirotropik hormon (TTH) ve antidiüretik hormon (ADH) salgılanarak daha sistemik ve kalıcı etkiler oluşmaktadır. Özellikle ACTH, vücudun stresle başa çıkmasında merkezi bir rol oynamaktadır (94). ACTH, adrenal korteksi uyarak kortizol salınımında artışa sebep olmaktadır. Kortizol düzeylerindeki artış; glikojenolizin hızlanmasına, kandaki yağ asitlerinin yükselmesine, eritrosit sayısının artmasına ve kardiyak ile mental aktivitenin belirgin şekilde yükselmesine yol açmaktadır. Gastrointestinal sistemde hipersekresyon ve hiperasidite ortaya çıkarmaktadır (96).

2.15. Stresin Nedenleri

Kontrol edilebilirlik ve yordanabilirlik, bireyin stresli duruma verdiği tepkinin şiddeti üzerinde etkisi olan önemli değişkenler arasındadır. Durumun öncesinde tahmin edilebilmesi ya da kontrol edilebileceğine ilişkin inanç, stres yükünü azaltmaktadır. Baskı ise bazı olumlu veya olumsuz durumlar karşısında davranışı hızlandırma, yoğunlaştırma, yönünü değiştirme ya da daha yüksek standartta performans gösterme zorunluluğu hissedildiğinde ortaya çıkmaktadır. İçsel baskı yapıcı ya da yıkıcı özellik gösterebilmektedir (97). İçsel çatışmalar yaşandığında da birden fazla durum arasından seçim yapma zorunluluğu ile stres ortaya çıkmaktadır. Bireyin çok istediği bir amaca ulaşmasının içsel ya da dışsal sebeplerle engellenmesi ya da temel ihtiyaçların

karşılanamaması stres deneyimlenmesine katkıda bulunabilir (98). Stres, bireyin arzu etmediği şekilde fiziksel ya da psikolojik hasarın algılanmasıyla ortaya çıkmaktadır ve bu algı ne kadar yüksekse stres seviyesi de o kadar artmaktadır. Bireyin yaşamındaki olumlu ya da olumsuz herhangi bir değişim de stres yaratabilir. Bu değişimin hızı ve bireyin yeniliklere adaptasyon yeteneği stres seviyesini etkilemektedir (97, 98).

2.16. Stresin Belirtileri

Yaşanılan stresli olaylar karşısında birtakım belirtiler görülmekte ve bu belirtiler kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Fizyolojik, zihinsel, duygusal ve sosyal alanlarda belirtiler ortaya çıkmaktadır (99). Başlıca fizyolojik belirtiler; baş ağrısı, kalp çarpıntısı, düzensiz uyku, sırt ağrıları, kabızlık, ishal, döküntü, cinsel istekte azalma, aşırı terleme, yorgunluk ve enerji kabıdır (98). Endişe ve yoğun kaygı, ruhsal durumda tekrarlı ve ani değişim, güven veya özgüven azalması, öfke patlamaları, saldırganlık ve tükenmişlik hissi duygusal belirtiler arasında sayılmaktadır (99). Sosyal açıdan birey suçlayıcı davranabilmekte, randevuları iptal etme ya da gitmeme davranışları göstermekte ya da insanları sözle rencide edebilmektedir (98). Konsantrasyon kaybı, unutkanlık, hafıza zayıflığı, hatalarda artış ve öğrenmede zorlanma stresin zihinsel belirtileri arasında yer almaktadır (99, 100).

2.17. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stresle başa çıkma süreci, stresörlerin neden olduğu duygusal gerginliği azaltma veya ortadan kaldırma ya da bu gerginliğe direnme amacıyla verilen tüm davranışsal ve duygusal tepkileri kapsamaktadır (101, 102). Doğru başa çıkma yöntemleri, bireyi stresli yaşam olaylarından uzaklaştırarak ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynarken; bu stratejilerinin kullanılmaması, bireyde ruhsal bozukluklara yol açmaktadır (103).

Folkman ve Lazarus (1984) duygu ve problem odaklı başa çıkma olmak üzere iki tür başa çıkma stratejisi olduğunu belirtmiştir (104). Duygu odaklı başa çıkma, stres kaynağına verilen duygusal tepkileri düzenlemeyi amaçlayan başa çıkma stratejilerini ifade ederken, problem odaklı başa çıkma stratejileri stresörün kendisini etkileme veya değiştirme amacıyla kullanılmaktadır (104). Folkman (1997), daha sonraları diğer stratejilere ek olarak, anlam odaklı başa çıkma yaklaşımını dahil etmiştir (105). Problem ve duygu odaklı başa çıkmanın aktif olmasına rağmen stres devam ettiğinde, anlam odaklı başa çıkma stratejileri başlatılmaktadır (106). Anlam odaklı başa çıkma stratejisi,

strese karşı anlam bulmak ve başa çıkma çabalarını desteklemek amacıyla inançların, değerlerin ve varoluşsal hedeflerin kullanılmasını içermektedir (106).

2.18. Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki

Stresin ruhsal hastalıklar için önemli bir çevresel risk etmeni olduğu bilinmektedir (107). Strese uzun süreli maruziyet, anksiyete ve uykusuzluk gibi psikolojik sorunlara yol açmakta; kontrol altına alınmaz ise vücut üzerinde ciddi etkiler bırakmaktadır (108). Stres, psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışı ve ilerlemesinde en güçlü risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Kaul et al., 2021). Özellikle yaşamın erken dönemlerinde stresli olaylara maruz kalınmasının, majör depresif bozukluk başta olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklara duyarlılığı arttırdığı düşünülmektedir (107).

MDB'nin, zihinsel faktörlerin yanı sıra genetik etmenler, stres ve diğer yaygın kronik hastalıklarla da bağlantılı olduğu bilinmektedir (24). Depresyona genetik olarak yatkın oluş, sosyal stres faktörlerine maruz kalma ile bağlantılıdır. Bu gen-çevre korelasyonu, daha yüksek genetik yatkınlığa sahip bireylerin stres faktörlerine maruz kalma olasılığının da arttığını göstermektedir. Sonuç olarak, bu durum çift yönlü bir risk etkisi yaratmaktadır (109). Yapılan çalışmalarda da stresli yaşam olaylarının depresyon riskinin artmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (110, 111). Sosyal risk faktörleri arasında; kötü muameleye maruz kalma, erken yaş travmaları ve olumsuz bakım öyküsü, zorbalık, sosyal izolasyon, uyumsuz ilişkiler, sevilen birinin ölümü, romantik bir ilişkinin kaybı gibi stresli yaşam olayları yer almaktadır (112, 113). Ayrıca yapılmış olan meta analiz çalışmalarında yoksulluk veya şiddet içeren bölgelerde yaşama; evsizlik; mülteci veya yerinden edilmiş olma; savaşa veya terörizme maruz kalmanın da stres faktörleri arasında yer aldığı ve bu faktörlerin bazı ırksal veya etnik azınlık gruplarını orantısız bir şekilde etkileyerek depresyon riskini arttığı tespit edilmiştir (114, 115). Ayrıca, kronik stresin nöronların yapı ve işlevlerinde değişikliklere neden olabileceği ve bu durumun MDB gelişimine yol açabileceği de kanıtlanmıştır (116, 117).

2.19. Yönlendirilmiş İmgelemenin Tanımı

Zihnin ve bedenin birbirine bağlı olduğu ve birbirlerini güçlendirdiği anlayışına dayanan yönlendirilmiş imgeleme tekniği; bir uzman tarafından görüntü, ses, tat, koku

ve hareket gibi zihinsel imgelerin uyarılması ile imgelerin zihinde canlandırılmasıdır (57, 118, 119). Gevşeme egzersizleri sonrasında bireylerin uygulayıcı tarafından verilen sembolleri görselleştirmesi yöntemi ile kişinin kendi özgün öyküsünü oluşturduğu bu teknik, bireyin iç dünyasına açılan bir pencere olarak düşünülebilir (14). Sinir sistemi ve görsel korteks arasındaki bağlantıyı kullanarak çalışan yönlendirilmiş imgeleme tekniği, hipnoz yöntemi ile benzerlik göstermektedir (57). Bu teknik ile birey problemlerine ya da olumsuz inançlarına odaklanmakta ve imgeler yoluyla zihnindeki olumsuz durumları olumlu düşünceler ile değiştirebilmektedir (57). Yönlendirilmiş imgelemenin, yaşam bulgularını, elektroensefalografi düzenini, vücuttaki kan akışını, mide hareket ve salgısını, cinsel uyarılmayı, bazı hormon ve nörotransmitter seviyelerini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (15).

2.20. Yönlendirilmiş İmgelemenin Temelleri

Yüzyıllardan beri birçok uygarlık yaşam sürecini beden, zihin ve ruhun etkileşimi olarak tanımlamıştır. Neredeyse bütün Antik medeniyetlerde iyileşme ve dönüşümün bu üç kavram ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. İmgeleme dua, meditasyon, sağlık ritüelleri ve şaman müdahaleleri içinde de uygulanmış ve gün geçtikçe gelişmiştir (120). Antik Çin, Mısır ve Yunanistan'da imgelemenin iyileştirme için kullanıldığına ilişkin kayıtlar vardır. Mısırlılar ve Yunanlılar'ın uyku tapınaklarında imgeleme tekniğinden faydalandıkları düşünülmektedir. Karanlık çağlar olarak nitelenen 5. ve 15. yüzyıllardan, Rönesans ve Keşif Çağı'na kadar kilisenin engel olması sebebi ile imgeleme uygulamaları sekteye uğramıştır (120). Franz Mesmer'in 1700'lü yılların ortalarında, imgeleme müdahalelerini Batı kültürüne yeniden kazandırdığı bilinmektedir. Mesmer'in hastalara zihinlerinde sözel bir resim çizdirdiği; hastaların ağrılarının, işlev bozukluklarının azaldığını ve iyileştiklerini gözlemlediği ifade edilmiştir (121). Dr. James Braid'in 1800'lü yıllarda imgeleme uygulaması ile hastaların cerrahi işlem sırasında daha az kan kaybı yaşadığını ve daha hızlı iyileştiğini keşfettiği bilinmektedir (120). Jung (1916), terapilerinde bilinç ile bilinçaltı arasında ilişki kurmaya çalışarak aktif imgelemi kullanmıştır (121).

Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniği (YİT)'ni ilk kez (1938) bir teknik olarak kullananlar ise Desoille ve Caslant'tır. Desoille, danışanın hafif hipnotik durumda iken terapist tarafından yönlendirilen metaforları uygulaması ile yapılan imgeleme tekniğinin, bireylerin kendileri ve duygularını anlamalarına yardım ettiğini bildirmiştir (14).

Desoille ve Caslant'a benzer şekilde 1930'larda Happich, hastalarının gevşemesi için imgeleri kullanmış ve hastalarına çayır, dağ ve çeşme metaforlarını uygulayarak sözlü yönergeler vermiştir (122). Alman bir psikiyatrist olan Leuner, YİT tekniğini daha da sistematikleştirerek "Yönlendirilmiş Etkileyici İmgelem (Guided Affective Imagery)" olarak adlandırdığı bir yöntem (1969) ortaya koymuştur (14, 122). Psikodramanın yaratıcısı olarak bilinen Moreno, YİT'in terapileri zenginleştirdiğini ve psikodramanın temelinde de imgelemlerin kullanıldığını bildirmiştir (14). Yirminci yüzyılda ortaya çıkan pek çok psikoterapi türü, ruhsal hastalıkların imgeleme gibi müdahale türlerinden olumlu yönde etkileneceğini varsaymaktadır. Bağışıklık işlevlerini kuvvetlendirmek amacıyla imgeleme tekniğinin kullanımı 1960'ların sonlarında araştırılıp kanser hastalarında iyileşmenin arttığını gösteren vakalar olduğu bildirilmiştir (121). Günümüzde imgelemenin, sporcularda beceri geliştirme, öğrencilerin özgüven kazanımı, kaygı yönetimi, hastaların baş etme yeteneklerini arttırmanın yanı sıra birçok bedensel hastalığın iyileştirilmesi konularında geniş bir çerçevede kullanıldığı bilinmektedir (120).

2.21. Yönlendirilmiş İmgeleme Teknikleri ve Etki Mekanizması

YİT uygulamasının iki farklı biçimi bulunmaktadır. İlk biçimde, danışan ve terapist arasında daha özel bir süreç söz konusu olmakta; danışan, gevşedikten sonra gözlerini kapatarak gördüğü imgelemleri sesli bir şekilde ifade etmekte ve süreç bir diyalog halinde gerçekleşmektedir. İkincisi ise, danışana veya bir gruba öncesinde hazırlanmış olan yönergeleri terapistin okunmasıyla ilerlemekte; danışan ve terapist arasında doğrudan bir iletişimin gerçekleşmediği biçimdir. İlk biçimde danışan, uygulama sırasında deneyimlediği imgelemleri aktarırken, ikinci biçimde bu paylaşım uygulamanın sonunda yapılmaktadır. YİT'in bu formatı, oluşturulan senaryoların eğitim ortamlarında hem bireyler hem de gruplar tarafından yaygın biçimde kullanılmasını olanaklı hale getirmektedir (14).

YİT'in etki mekanizmasına bakıldığında, sağ beyin aktivitesini arttırdığı; bireyin olayları ve duyguları daha geniş bir bağlamda değerlendirmesini desteklediği düşünülmektedir (14, 122). Sağ beyin, sezgi, yaratıcılık ve duygulara ilişkin işlevler ile bağlantılıdır (123). Bu ilişki, bireylerin yaşamlarını bütüncül şekilde görmelerini ve sorunlarını yeni bakış açılarıyla değerlendirmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla ruhsal ve fiziksel hastalıkların kökenlerini anlamada ve içgörü gelişiminde belirleyici rol

oynamaktadır. Sonuç olarak YİT, içsel farkındalığı destekleyerek genel iyilik düzeyinin yükselmesinde etkili olmaktadır (14, 122, 123).

2.22. Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniğinin Uygulama Süreci

Yönlendirilmiş imgeleme, bireyin düşüncelerinin ve hayal gücünün bir rehber tarafından belirli bir hedefe odaklanarak yönlendirilmesi sürecidir (124). Görme, duyma, koklama, tat alma ve dokunma gibi duyuların yanı sıra hareket duyularını da aktive eden ve zihinsel bir süreç olan YİT uygulamasında etkili olan sembollerin kökeni, insanların ortak bilinçdışı ve yaşadığı kültür ve bireysel yapısıdır (14, 19).

Leuner, danışanlarında hipnozdan önceki bir gevşeme düzeyini teşvik etmektedir. Bilincin tamamen açık olduğu bu durumda, kişi kendi iç dünyasına dair bilinçli bilgiler edinerek mevcut an içinde yapması gereken değişiklikleri görme fırsatı bulmaktadır (14, 125). Tekniğin ilk kez uygulandığı ve yönleme henüz alışık olmayan bireylerde, yaklaşık 15–20 dakikalık bir gevşeme sürecinin uygulanması önerilmektedir. Bu süreç, hipnagogik (bilinç açıkken uyku) algıların gelişmesine olanak tanımakta; danışanın kas gevşemesi, baş-boyun bölgesinden başlayarak tüm vücuda yayılmakta ve ardından Leuner'in yapılandırılmış çayır metaforuyla imgeleme aşamasına başlanmaktadır (14).

Leuner'in geliştirdiği YİT beş ana metafor içermektedir. Bu metaforlar; "çayır, dağ, akarsu boyunca yürüyüş, ev ve yakın akraba" olarak sıralanmıştır. Bu metaforlar uygulanırken, öncelikle çayır ardından dağ metaforuna geçilmesi tavsiye edilmektedir (122, 125). Diğer metaforlar arasında gerektiğinde yer değişikliği yapılabilmektedir (14).

Oturumların her birinde başlangıç aşaması olarak çayır metaforu kullanılmaktadır. Çayır metaforu, sembolik olarak yeni bir başlangıcı temsil edebilirken, aynı zamanda danışanın ruh halini veya acil sorunlarını görmemizi sağlayan bir ekran işlevi de görebilir. Ayrıca, bu metafor, YİT'e alışmak için danışana iyi bir başlangıç zemini sunmaktadır. Uygulama sırasında, danışandan kendine özgü bir çayır hayal etmesi istenmektedir. Eğer danışan metaforun anlamını net bir şekilde algılayamıyorsa, terapist açıklamalar yaparak danışanın çayır fikrini kendi deneyimleriyle ilişkilendirmesine yardımcı olmalıdır. Terapist, danışandan gördüklerini ve hissettiklerini tanımlamasını ister. Bu aşamada, danışanın yaşadığı yarı gerçeklik deneyiminin terapötik bir işlevi olduğu vurgulanmaktadır (14, 122, 125). Dağ metaforu bir diğer metafordur ve

danışanın çayır metaforundan dağ metaforuna geçmesini desteklemek amacıyla, önce çayır ortamında bir patika imgelemesi sağlanabilir. Tedavi sağlayıcı kişi, patikanın danışanı dağın eteğinde bulunan bir ormana ulaştıracağını ifade edebilir. Ardından, danışanın ormanı keşfetmesi, dağa çıkması ve deneyimlerini belirtmesi talep edilir. Örneğin; “Yola çıktığınızda kıyafetleriniz nasıldı, hava nasıl, kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” gibi sorular yöneltebilir (14, 122, 125). Psikanalitik yoruma göre dağ, "fallik döneme" ait bir sembol olarak değerlendirilmektedir (122). Bu nedenle, uygulama sırasında babayla rekabete ilişkin duyguların ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra, bu sembolik durum, bireylerin yaşamda başarıya ulaşma duygularıyla da bağlantılı olabilmektedir (125). Akarsu metaforu kullanılırken danışandan çayıra bakarak bir akarsu düşlemesi istenmektedir. “Şimdi, çayırın yakınında bir akarsu hayal edin. İlerleyin ve akarsuyun kıyısında durun. Akarsu hakkında gözlemleriniz neler? Genişliği ne düzeyde? Akarsuyun akışı nasıl? Su bulanık renkte mi yoksa berrak mı? Karşı kıyının görünümü nasıl? Akarsu boyunca karşılaştığınız şeyler neler? Su akarken sabit mi, genişleyip daralıyor mu?” ifadeleri örnek verilebilir. Akarsu metaforu, sık kullanılan bir metafordur ve duygusal gelişimi yansıttığı kabul edilmektedir. Ek olarak, bu metafor, bireyin yaşam akışıyla ilgili derin bilgiler sağlamaktadır. Bu nedenle, akarsu metaforu, ölüm temasıyla ilişki çalışmaları için oldukça etkili bir içerik sağlamaktadır (122, 125). Ev metaforu üzerinde çalışırken, danışandan öncelikle evin dış görünümünü tanımlaması, ardından evin içine girmekle ilgili hissettiklerini, evin iç mekan özelliklerini, içindeki eşyaları, ortamdaki koku ve sesleri detaylandırması istenebilir (14, 122, 125). Freud evi, kişiliğin sembolü olarak ifade etmiştir. Danışan, ev metaforu aracılığıyla hem korkuları hem de kendisiyle ilgili hayalleri zihinsel olarak canlandırabilir. Örneğin, danışanın bir şato imgelemesi, yaşamdan yüksek beklentilere sahip olduğunu yansıtabilir; buna karşın, küçük ve bakımsız bir kulübe tasviri, düşük benlik saygısının işareti olabilir. Bu metaforu tecrübe eden bazı danışanlar ise evin çatı katı bölümünde unutulmuş çocukluk oyuncaklarıyla karşılaşabilmektedir. Bu tür imgelemler, çocukluk anılarına dair derinlemesine incelemeler yapmak için zengin ve anlamlı içerikler sunmaktadır (122, 125). Yakın akraba metaforu uygulanırken, danışandan yakın bir akrabasını imgelemesi talep edilmektedir. Danışandan, bu akrabasını ona yaklaşımdan gözlemlemesi, deneyimlerini betimlemesi ve özellikle kişi yaklaştığında ona tutumunun nasıl olduğuna odaklanması ve duygularını ifade etmesi söylenmektedir (125). Bu metaforlar üzerinde çalışılırken, genellikle bazı imgeler temel ve belirleyici öğeler olarak ön plana çıkmaktadır. Örneğin,

bir mağaradaki canavar, ağacın kırık dalları ya da bahçedeki güzel bitki gibi imgeler, imgeleme dizisinin merkezi unsurları olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu temel unsurların danışanda uyandırdığı his ve çağrışımlara odaklanan terapist danışanın farkındalığının artmasını desteklemektedir (122) .

Terapist, uygulama süresince danışanın hem sözlü hem de sözlü olmayan işaretlerine dikkat etmeli ve imgelemelere yönelik kişisel değerlendirmelerini açıklamamalıdır. Burada en önemli unsur, terapistin yorumları değil, danışanın ürettiği imgelemlerle ilgili kendi yorumlarıdır. Bu nedenle terapist, danışanın imgelemlerini değerlendirmesini desteklemeli, iyi bir dinleme becerisine sahip olmalı ve danışanın yorum yapması konusunda teşvik edici davranarak danışanı da sürece aktif şekilde dahil etmelidir (122).

2.23. Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniğinin Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Alanında Kullanımı

Hemşireliğin misyonu, tarihi boyunca hastaların rahatsızlıklarına odaklanmak ve bu rahatsızlıkları gidermeye yönelik müdahalelerde bulunmak olmuştur (19). Hemşireler; sabır, başkalarının sınırlarını kabul etme, güçlü gözlem yeteneği, yaratıcılık, hastalara bütüncül bakış, kriz yönetimi ve kapsamlı sağlık bilgisi gibi mesleki becerilere sahiptir. Aynı zamanda hemşirelerin, hastaların günlük hastane deneyimlerine aşina olması, bu niteliklerini daha da güçlendirmektedir. Tüm bu özellikler, hemşirelerin psikoterapist rolünü üstlenmeleri açısından güçlü bir zemin oluşturmaktadır (126). Psikoterapötik müdahalelerin yürütülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi psikiyatri hemşiresinin temel görevleri arasında sayılmaktadır (127). Psikiyatri hemşireleri ve toplum ruh sağlığı hemşirelerinden, gevşeme, postür esnekliği, doğru solunum, renkler ve bitkiler gibi tamamlayıcı terapi tekniklerine dair ortak bir bilgi birikimine sahip olmaları beklenmektedir. Bu bilgi birikiminin, tedavi ortamını oluşturma, araştırma verilerine dayanarak düzenlemeler yapma ve ilgili sertifikalı eğitim programlarına katılarak diğer meslektaşlarını eğitme konusunda faydalı olacağı düşünülmektedir (128). Terapi tekniklerinden biri olan YİT, hemşirelik uygulamalarında kolaylıkla uygulanabilecek, etkili ve ekonomik, terapötik bir tekniktir (14). Nefes egzersizlerini de içeren YİT, kas gerginliğini aşamalı olarak azaltarak gevşeme sağlamaktadır (129). YİT'in birden fazla duyuyu harekete geçirdiği; otonom sinir sisteminde, endokrin sistemde ve bağışıklık sisteminde iyileşmeyi hızlandırdığı bilinmektedir (129, 130). Bireylerin mutlu, sakin ve

güvende hissetmesini sağlayan YİT, ağrı, stres, yorgunluk, anksiyete gibi pek çok sorununun çözümünde hemşirelik bakımında kullanılabilecek bir tekniktir (131). Bu teknikle ilgili hemşirelik uygulamalarına dair yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Onkoloji Hemşireliği Topluluğu (Oncology Nursing Society)'nin geliştirdiği “Kanıtı Dayalı Uygulama Değişim Programı” (2010) kapsamında onkoloji servisinde görevli olan ve yedi kişiden oluşan bir hemşire grubunda uygulanan pilot çalışmada, hemşirelere YİT eğitimi verilmiş; hemşireler hasta ve ailelerine uygulama yapmıştır. Uygulama öncesinde, uygulamadan hemen sonra ve uygulamanın üzerinden bir saat geçtikten sonra, ölçümler yapılmış; hastaların ağrı düzeyinin azaldığı ve bir saat sonrasında da bu etkinin devam ettiği bildirilmiştir. Bu çalışma sonucu, yalnız hemşirelerin değil hastaların da YİT uygulamasına yönelik kolaylıkla eğitilebileceğini göstermiştir. Ayrıca hemşirenin bağımsız görevlerine YİT'in entegre edilmesinin meslekteki bağımsızlık ve doyumu artırabileceğini göstermesi açısından önemli bir çalışmadır (132). Adeola ve ark. (2015)'nin kanser hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin uyguladığı YİT'in ağrı düzeyini azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaların yanında YİT'in ağrı, stres, kaygı, uykusuzluk, yaşam kalitesi, işlevsellik ve baş etme gibi birçok alanda etkin olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (124, 133-135). YİT'in, hemşirelerin bakım verme görevi esnasında karşılaştıkları problemlerin çözüme ulaşması açısından önemli bir katkı sağladığı görülmektedir. Bunun yanı sıra bu tekniğin, hemşirelerin bakım verici, eğitici, araştırmacı ve tedavi edici rollerine entegrasyonunun kolay olması; yalın yapısı ve etkili olması özellikleri ile de büyük bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir (14).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, ClinicalTrials.gov veri tabanında NCT07081451 numarası ile kayıtlıdır.

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma yönlendirilmiş inceleme destekli psikoeğitimin depresyon tanılı hastaların benlik saygısı, stres ve depresif semptom düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan tek kör randomize kontrollü, deneysel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinde Nisan 2024 - Kasım 2025 tarihleri arasında yapılmıştır. Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi'nde yataklı psikiyatri servisi bulunmamaktadır. Bununla birlikte, hastane bünyesinde ayaktan ruh sağlığı hizmetleri sunulmakta olup bu hizmetler, 3 uzman psikiyatri hekimi, 5 psikolog ve 2 sekreterden oluşan bir ekiple yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

4. Araştırmanın evrenini, DSM-5 tanı kriterlerine göre Major Depresif Bozukluk tanısı almış olan ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan tedaviye başvuran bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan bireyler, araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power programı 3.1 versiyonu kullanılmıştır. Kaya ve Tanrıverdi'nin (2023) "Depresyon Tanısı Almış Hastalara Uygulanan Pozitif Psikoloji Programının Ruhsal İyilik Hali, Yaşam Tutumu ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" başlıklı çalışmada kullanılan Beck Depresyon Ölçeği verileri temel alınarak, $\alpha=0.05$ güven düzeyi, test gücü ($1-\beta$)=0.95 ve etki büyüklüğü (d)=1.03 üzerinden yapılan güç analizi sonucunda, en az 26 kişi deney ve 26 kişi kontrol grubunda olmak üzere toplam 52 katılımcının araştırma için yeterli olduğu belirlenmiştir (136). Çalışmaya devam edemeyecek veya sonrasında ulaşılamayan bireyler olacağı düşünülerek %15 oranında fazla birey ile çalışılmasına karar verilmiş ve 30 deney, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 bireyle çalışmanın yapılması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma yapılırken 40 kontrol ve 40 kişi deney grubuna alınmıştır. Deney grubundan 10 kişinin, kontrol

grubundan 10 kişinin çalışmaya devam etmemesi sonucunda 30 deney, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 katılımcı ile araştırma tamamlandı. Araştırmaya dahil edilen katılımcılar basit rastgele randomizasyon ile deney veya kontrol gruplarına atanmıştır (Ek 1).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Okuryazar olmak
- En az bir aydır DSM -5 tanı ölçütlerine göre depresyon tanısıyla izlenmek ve antidepresan ilaç tedavisi alıyor olmak
- Akıllı telefon kullanabiliyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Görüşmeyi sürdürmeye ve anketleri doldurmaya engel olacak bilişsel ve iletişim engeli olmamak

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Son 1 yıl içinde EKT almış olmak
- Komorbid ruhsal hastalığa sahip olmak
- Depresyon tablosuna ek olarak psikotik belirtileri olmak
- Son 6 ayda herhangi bir psikoeğitim programına katılmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemek

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma süreci içerisinde araştırmadan çıkmak isteyenler,
- Eğitim oturumlarından en az birine veya daha fazlasına katılım sağlamayan deney grubu hastaları

4.1. Randomizasyon

Randomizasyon deneysel çalışmalarda deneklerin deney ve kontrol gruplarına tarafsız şekilde atanmasıdır. Araştırmacı randomizasyon ile hakkında bilgi edinmek istediği, çalışma bulgularını genellemeyi amaçladığı hedef popülasyondan denekleri rastlantısal olarak seçmektedir (137). Araştırmaya dahil edilen katılımcıların bilgisayar ortamında

<http://biostatapps.inonu.edu.tr/RAY/> rasgele atama yazılımı programında basit rastgele randomizasyon ile deney ve kontrol gruplarına ataması yapılmıştır. Veri analiz sürecinde, istatistiksel analizleri gerçekleştiren kişi, hangi grubun deney ya da kontrol grubu olduğunu bilmeden analiz ve yorumlamalarını yapmıştır. İstatistiksel analizden sorumlu kişinin grup bilgisine erişiminin engellenmesi ile bu araştırmada tek körleme yöntemi uygulanmıştır (137).

4.2. Veri Toplama Araçları

4.2.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin bilgilerini içermektedir ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

4.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirti düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirmiştir (138). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1988 yılında yapılmıştır. Ölçekte dört yanıt seçeneği bulunmakta [a (0), b (1), c (2), d (3) puan] ve ölçek 21 maddeden oluşmaktadır (Ek 3). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek olması depresif semptom düzeyi ya da şiddetinin de yüksek olduğunu göstermektedir. BDÖ'den 17 ve üzerinde puan alınmasının normalin üzerindeki depresyonu %90'ın üzerindeki ihtimalle belirleyebileceği ifade edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.80 olarak belirlenmiştir (139, 140). Bu araştırmada Cronbach alfa kat sayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

4.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg tarafından 1965 yılında bireylerin benlik saygısını ölçmek üzere geliştirilmiştir (63). Yetişkin örnekleme geçerlik ve güvenilirliği ise Korkmaz tarafından, 1996 yılında yapılmıştır (141). Ölçekte yer alan 1, 2, 4, 6, 7. maddeler pozitif benlik saygısını sorgulamakta ve çok doğru=3, doğru=2, yanlış=1, çok yanlış=0 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçek toplamda 10 sorudan oluşmaktadır (Ek 4). Ölçekte yer alan 3, 5, 8, 9, 10. maddeler negatif benlik saygısını sorgulamakta ve çok doğru=0, doğru=1, yanlış=2, çok yanlış=3 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten

alınabilecek en düşük puan 0; en yüksek puan 30'dur ve yüksek puanlar benlik saygısının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin yetişkin örnekleminde yapılmış güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.70 olarak belirlenmiştir (141). Bu araştırmada Cronbach alfa kat sayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

4.2.4. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilen ASÖ, bireyin hayatındaki bir takım durumları ne ölçüde stresli algıladığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (142). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eskin ve ark. tarafından 2013 yılında yapılmıştır (143). Ölçekte yer alan maddeler “hiçbir zaman (0)” ile “çok sık (4)” şeklinde beşli likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Toplam 14 maddeden oluşmaktadır (Ek 5). Ölçekteki 7 madde (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13. maddeler) ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 56'dır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin stres algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.84 olarak belirlenmiştir (143). Bu araştırmada cronbach alfa kat sayısı 0.65 olarak bulunmuştur.

4.3. Verilerin Toplanması

Araştırma süreci Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde yapılan araştırmacı tarafından yapılan ilk görüşmenin ardından, araştırmacıya ayrılmış ve psikiyatri polikliniği içerisinde bulunan uygun bir odada yürütülmüştür. Eğitim tarih ve saatleri planlanmış ve yüz yüze yapılan oturumlarda veriler toplanmıştır. Araştırma verileri Temmuz 2024–Mayıs 2025 tarihleri arasında araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Anketlerin doldurulma süresi ise katılımcılara göre değişiklik göstererek yaklaşık 15–20 dakika arasında sürmüştür.

4.4. Araştırma Süreci

Araştırmanın örneklemini, psikiyatri polikliniklerinde görev yapan hekimler tarafından çalışmaya yönlendirilen bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve süreçleri hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmiş ve gönüllü katılımları doğrultusunda hem yazılı hem de sözlü onamları alınmıştır. Basit rastgele randomizasyon yöntemiyle deney ve kontrol gruplarına atamaları yapılmıştır. Her iki gruptaki katılımcıların, psikoeğitime başlamadan önce ön test uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Algılanan Stres

Ölçeği kullanılmıştır. Deney grubuna dahil edilen katılımcılarla yapılan ilk görüşmede, uygulanacak eğitim programının yapısı, süresi (toplam dört hafta, haftada iki gün ve ortalama 40 dakika) ve oturum kuralları hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Müdahale sürecinde, deney grubundaki katılımcılara haftada iki kez olmak üzere, toplam dört hafta boyunca yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı uygulanmıştır. Eğitimler, hastanede araştırmacıya ayrılan uygun bir odada yapılmış ve bireysel bir eğitim programı yürütülmüştür. Oturumların tarih ve saatleri katılımcılarla birlikte planlanmıştır. Eğitim sürecine başlanmadan bir gün önce ve eğitim saatinden yaklaşık bir saat önce, katılımcılar telefonla aranarak eğitim oturumlarının tarih ve saatleri hatırlatılmış ve katılımlarına ilişkin teyit alınmıştır. Düzenli katılımı sağlamak amacıyla, herhangi bir oturuma katılamayan bireyler için, alternatif gün ve saatlerde telafi oturumları organize edilmiştir.

Programın ikinci haftasından itibaren katılımcıların haftada iki kez araştırmacının oluşturduğu ses kayıtlarını dinlemeleri talep edilerek ilgili ses kayıtları, ikinci oturumun sonunda katılımcıların kişisel telefonlarına aktarılmıştır. Katılımcıların ses kayıtlarını düzenli bir şekilde dinlemelerini teşvik etmek için süreç boyunca telefon görüşmeleri ile dinleme hatırlatmaları gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında, katılımcılardan her dinleme sonrasında ses kaydını dinledikleri tarih ve saati kaydetmeleri istenmiştir. Deney grubundaki katılımcılar, planlanan tüm eğitim oturumlarını tamamladıktan hemen sonra, araştırmanın son değerlendirme aşaması gerçekleştirilmiş ve Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği tekrar uygulanarak son testler alınmıştır. Kontrol grubunda bulunan katılımcılara rutin tedavi haricinde ek bir girişimde bulunulmamış ve 4. haftada son testler uygulanmıştır. Deney grubundaki bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim müdahalesi, bireylerin mevcut klinik tedavilerine ek olarak gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubunda yer alanlar ise mevcut klinik tedavi süreçlerine devam etmiş, herhangi bir psikoeğitim desteği almamıştır. Deney grubundaki bireylere, uygulanan tüm oturum bilgilerini içeren yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim kitapçığı verilmiş, eğitim süreci tamamlandıktan sonra öğrendikleri teknikleri hatırlamaları ve günlük yaşamlarında uygulayabilmeleri amaçlanmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara ise veri toplama süreci tamamlandıktan sonra aynı kitapçık verilmiş ve böylece bu gruptaki bireylerin de yönlendirilmiş imgeleme temelli psikoeğitim içeriğinden faydalanmaları mümkün

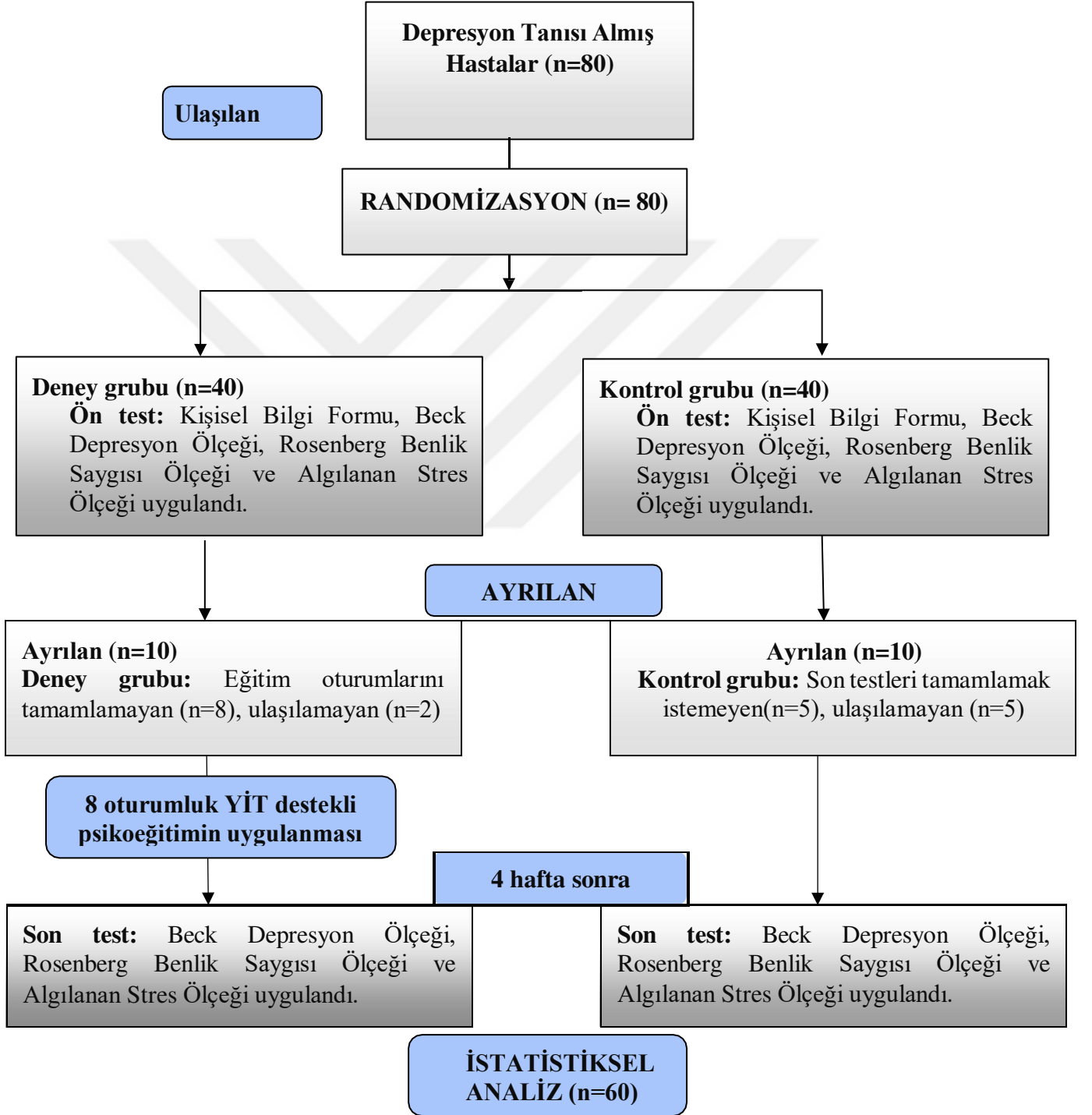
olmuştur. Böylece araştırmada etik ilkelere uygulanarak katılımcılara eşit bilgi edinme hakkı sağlanmıştır.

4.5. Yönlendirilmiş İmgeleme Temelli Psikoeğitim

Araştırmacı Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniği Eğitimi'ni almıştır (Ek 6). Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı araştırmacı tarafından hazırlanmış ve alanında uzman olan yedi kişinin görüşüne sunulurken son hali oluşturulmuştur (Ek 7). Eğitim uygulanmadan önce veri toplama sürecinde oluşabilecek engelleri azaltmak ve eğitimin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 3 katılımcı ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya katılan bireylerden geri bildirimler alınarak gerekli düzenlemeler sağlanmıştır. Pilot çalışmaya katılan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim, bireylerin depresif semptom düzeyinin azalmasını, benlik saygısının artmasını ve algılanan stres düzeyinin azalmasını sağlamak amacıyla deney grubuna toplamda dört hafta boyunca haftada iki kere yüz yüze ve bireysel olarak uygulanmıştır. Bunun yanında profesyonel stüdyo ortamında yapılmış olan ses kaydı bireylerin evde dinlemesi amacıyla kullanılmıştır. Bireylere araştırmacının imgeleme tekniğini uygulamaya başladığı hafta olan ikinci haftadan itibaren üç hafta boyunca haftada iki kere ses kaydını dinlemeleri söylenmiştir. Literatür incelendiğinde, depresyon tanılı bireylere uygulanan YİT süresinin toplamda 8 ile 12 oturum arasında değişkenlik gösterdiği görülmüştür (16-18). Bu nedenle araştırma 8 oturum yüz yüze ve 6 oturum ses kayıtlarının dinlenmesi ile toplamda 14 oturum olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Oturumlar tanışma ve ölçeklerin uygulanması ile başlatılmıştır. Uygulama kapsamında sırasıyla, gevşeme egzersizi, imgeleme süreci, gevşeme egzersizi adımları takip edilmiştir. İmgeleme sürecinde katılımcıların, gözlerinin kapalı olması istenmiş; çayır, akarsu ve ev metaforları kullanılmıştır. Yönlendirilmiş imgeleme uygulamalarında sıkça kullanılan çayır metaforu, bireyin kendini güvenli ve huzurlu bir ortamda hissetmesini sağladığından genelde imgeleme sürecinin başlangıcında tercih edilmektedir. Hayatın akışını temsil eden akarsu metaforu da çayır metaforunu takiben uygulanmaktadır. Bir sonraki adımda uygulanan ev metaforu ise bireyin kişiliğini simgelemektedir. Aynı zamanda ev metaforunun benlik saygısı ile ilişkili olduğu da bilinmektedir (14). Ev metaforunun ardından depresif semptom düzeyi ve stres seviyesini azaltmaya, benlik saygısını arttırmaya

yönelik olumlu imgelemeler yaptırılmıştır. Son olarak bireyin bedenine yönelmesi sağlanarak gevşeme ve An'a dönme ile sonlandırma işlemi gerçekleştirilmiştir. Deney grubuna eğitim tamamlandıktan sonra; kontrol grubuna da son testlerin uygulanmasının ardından eğitim kitapçığı verilmiştir.



Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

Tablo 3.1. Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin İçeriği

YÖNLENDİRİLMİŞ İMGELEME DESTEKLİ PSİKOEĞİTİMİN İÇERİĞİ	
OTURUMLAR VE AMAÇLARI	UYGULAMA
1. Oturum: Uygulanacak olan programı tanııtma, hastayı tanıma	• Hasta hakkında bilgi edinilmesi • Hastanın hastalık sürecine ilişkin bilgi edinme • Eğitimin amacı, konusu, çalışma planı konusunda hastayı bilgilendirme • Eğitimlere düzenli katılımın önemi konusunda hastayı bilgilendirme • Ön testlerin uygulanması
2. Oturum: Hastanın depresyon konusu ile ilgili bilgilendirilmesi	• Depresyon tanımı, belirtileri ve sebepleri, depresyonun görülme sıklığı ve risk faktörleri, hastalığın tanı ölçütleri gibi konularda bilgilendirme
3. Oturum: Hastanın depresyonun tedavisi hakkında bilgilendirilmesi, depresyona ilişkin imgeleme tekniğinin tanıtılması ve uygulanması	• Bir önceki oturumun değerlendirilmesi • Depresyondaki tedavi yöntemleri, kullanılan ilaçlar, yan etkileri ve bunlara ilişkin öneriler konusunda hastayı bilgilendirme • İlaç tedavisi konusunda dikkat edilmesi gerekenler konusunda hastayı bilgilendirme • Psikoeğitim ve yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin hastaya tanıtılması • Depresyona ilişkin imgeleme tekniğinin uygulaması • Ses kayıtlarının evde düzenli olarak dinlenmesi gerektiğine dair hatırlatma yapılması
4. Oturum: Hastanın stres kavramı ile ilgili bilgilendirilmesi ve strese ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması	• Stres kavramının hastaya tanıtılması • Stresin vücudumuzda oluşturduğu değişiklikler konusunda hastanın bilgilendirilmesi • Strese ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması • Ses kayıtlarının evde düzenli olarak dinlenmesi gerektiğine dair hatırlatma yapılması
5. Oturum: Hastanın stres ile baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ve strese ilişkin	• Bir önceki oturumun değerlendirilmesi • Stresle baş etme yöntemlerinin tanımlanması ve baş etme için öneriler konusunda hastanın bilgilendirilmesi • Strese ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması

imgeleme tekniğinin uygulanması	- Hastaya stres konusunda ev ödevi verilmesi - Ses kayıtlarının evde düzenli olarak dinlenmesi gerektiğine dair hatırlatma yapılması
6. Oturum: Hastanın benlik saygısı kavramı ile ilgili bilgilendirilmesi ve benlik saygısına ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması	- Bir önceki oturumun ve verilen ev ödevinin değerlendirilmesi - Benlik saygısı kavramının tanımlanması - Yüksek ve düşük benlik saygısına sahip birey özelliklerinin hastaya açıklanması - Depresyon ile benlik saygısı ilişkisi konusunda hastanın bilgilendirilmesi - Benlik saygısına ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması - Ses kayıtlarının evde düzenli olarak dinlenmesi gerektiğine dair hatırlatma yapılması
7. Oturum: Hastanın benlik saygısını etkileyen faktörler ve benlik saygısını geliştirme konularında bilgilendirilmesi ve benlik saygısına ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması	- Benlik saygısını etkileyen faktörleri hastaya tanıtmak - Benlik saygısını geliştirmek için öneriler konusunda hastanın bilgilendirilmesi - Benlik saygısına ilişkin imgeleme tekniğinin uygulanması - Hastaya benlik saygısı konusunda ev ödevi verilmesi - Ses kayıtlarının evde düzenli olarak dinlenmesi gerektiğine dair hatırlatma yapılması
8. Oturum: Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitim Programının değerlendirilmesi	- Bir önceki oturumun ve verilen ev ödevinin değerlendirilmesi - Uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programının genel değerlendirilmesinin yapılması ve sonlandırılması - Hastanın geri bildirimlerinin alınması - Son testlerin uygulanması

4.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği puanıdır.

Bağımsız Değişkenler: Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitim programıdır.

4.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri SPSS 25.0 Newyork paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerinin değerlendirilme sürecinde katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin saptanmasında sayı, yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ve çarpıklık-basıklık katsayıları (-1.5 ve +1.5 değerleri arasında) ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle istatistiksel analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher-Exact testleri kullanılmıştır. Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin etkisinin belirlenmesi amacıyla tekrarlı ölçümlerde “İki Yönlü Karma Desenli Varyans Analizi” (Two-Way Mixed ANOVA) yapılmıştır. Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizinde küresellik varsayımının (Mauchly's Test of Sphericity) sağlanması durumunda Sphericity Assumed; sağlanamaması durumunda ise Greenhouse-Geisser değerleri seçilmiştir. Varyans analizinde grup ve zaman ana etkisi ayrı ayrı incelenmiştir, ayrıca grup ile zaman etkileşimi (Grup*Zaman) değerlendirilmiştir. Grup*Zaman etkileşimin çoklu karşılaştırmasında “zamana göre gruplar arası karşılaştırmalar” ve “gruba göre ölçüm zamanlarının karşılaştırılması” yapılmış ve düzeltilmiş Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir. Kısmi Eta Kare değerlerini (η^2) yorumlamak açısından 0.01 (küçük ve önemsiz düzeyde etki), 0.059 (orta düzeyde etki), 0.138 (büyük düzeyde etki) olarak kabul edilmiştir (144-146). Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi temel alınarak yorumlanmıştır.

4.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma süreci öncesinde Kilis 7 Aralık Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (E-76062934-044-50484) (Ek 8) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan izin alınmıştır (Ek 9). Araştırmaya dahil edilen katılımcılara araştırma hakkında bilgi

verilmiş, sözlü ve yazılı olarak onam alınmıştır (Ek10). Katılımcılara araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ifade edilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanımı için gerekli izinler, ilgili yazarlardan alınarak bilimsel araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılıklarından biri tek bir merkezden psikiyatri polikliniklerine tedavi için başvuran katılımcılar ile yürütülmesidir. Psikiyatrik hizmetlere erişemeyen ya da bu hizmetlere başvurmayan bireyler dışlanmaktadır. Buna ek olarak örneklemdaki erkek katılımcı sayısının düşük olduğu görülmektedir. Bu sınırlılığın sebebi hastaneye başvuran erkek hasta sayısının sınırlı olmasıdır. Bu durumlar, araştırmanın bulgularının genellenebilirliğini sınırlandırmakta ve elde edilen sonuçların tüm majör depresyon tanılı bireyler için doğrudan uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Araştırmacının körülenememesi ve araştırmada psikoeğitimi ve ölçekleri uygulayan kişinin aynı olması da bir diğer sınırlılıktır. Bununla birlikte, depresyon tanısı almış bireylerin terapi sürecine katılımında motivasyon düşüklüğü, enerji azalması, umutsuzluk ve sosyal geri çekilme gibi belirtilerin sık görülmesi, bu grupta araştırma yürütmeyi güçleştiren önemli faktörlerdir. Bu zorluklara rağmen çalışmanın yüksek katılım oranıyla tamamlanmış olması, araştırmanın güçlü yönlerinden biri olarak değerlendirilebilir ve elde edilen bulguların güvenilirliğini artırmaktadır. Araştırma sonuçları araştırılmaya dahil edilme kriterleri ve araştırma değişkenleri açısından benzer özellikler gösteren gruplara genellenebilir.

5. BULGULAR

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Depresyon Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney		Kontrol		Test ve Anlamlılık Değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	27	90	28	93.3	$\chi^2=0.218$ $p=0.640$
Erkek	3	10	2	6.7	
Yaş					
18-29	12	40	7	23.3	$\chi^2=2.256$ $p=0.308$
30-44	12	40	13	43.3	
45 ve üstü	6	20	10	33.4	
Medeni-durum					
Evli	15	50	20	66.7	$\chi^2=1.714$ $p=0.190$
bekar	15	50	10	33.3	
Eğitim-durumu					
okur yazar	1	3.3	3	10	$\chi^2=6.008$ $p=0.112$
ilkokul	7	23.3	14	46.7	
Lise	9	30.4	7	23.3	
yükseköğretim	13	43	6	20	
Meslek					
ev hanımı	15	50	19	63	$\chi^2=6.773$ $p=0.081$
öğrenci	7	23.3	2	6.7	
memur	7	23.3	4	13.3	
Diğer (serbest meslek, işçi)	1	3.3	3	10	
Para Getiren Bir İşte Çalışma					
Evet	8	26.7	9	30	$\chi^2=0.082$ $p=0.774$
Hayır	22	73.3	21	70	
Gelir-durum					
gelir giderden az	10	33.3	19	63.4	$\chi^2=5.471$ $p=0.074$
gelir gidere denk	17	56.7	10	33.3	
gelir giderden fazla	3	10	1	3.3	
Aile tipi					
parçalanmış aile	1	3.3	2	6.7	$\chi^2=1.945$ $p=0.430$
çekirdek aile	27	90	23	77.6	
geniş aile	2	6.7	5	16.7	
Sigara Kullanımı					
Evet	10	33.3	16	53.3	$\chi^2=2.244$ $p=0.118$
Hayır	20	66.7	14	46.7	
Alkol Kullanımı					

Evet	2	6.7	1	3.3	$\chi^2=0.351$ $p=0.554$
Hayır	28	93.3	29	96.7	
Kronik Fiziksel Hastalık					
Evet	10	33.3	12	40	$\chi^2=0.287$ $p=0.592$
Hayır	20	66.7	18	60	
Ruhsal Hastalık Süresi					
0-5 yıl	20	80	24	66.7	$\chi^2=1.697$ $p=0.422$
6-10 yıl	4	13.3	8	26.6	
11 yıl ve üzeri	2	6.7	2	6.7	
Tedavi süresi					
0-5 yıl	26	80	24	66.7	$\chi^2=1.496$ $p=0.470$
6-10 yıl	2	13.3	5	26.6	
11 yıl ve üzeri	2	6.7	2	6.7	
İlaç Tedavi Süresi					
1-6 ay	14	46.7	17	56.6	$\chi^2=5.264$ $p=0.230$
7-12 ay	7	23.3	2	6.7	
13-18 ay	3	10	2	6.7	
19-24 ay	1	3.3	0	0	
25 ay ve üzeri	5	16.7	9	30	
Hastalığın aile ilişkilerini etkilemesi					
Evet	26	86.7	26	86.7	$\chi^2=0.00$ $p=1.00$
Hayır	4	13.3	4	13.3	
Hastalığın arkadaşlık ilişkilerini etkilemesi					
Evet	23	76.7	21	70.0	$\chi^2=0.341$ $p=0.554$
Hayır	7	23.3	9	30.0	
Sosyal aktivitelere katılım					
Evet	13	43.3	8	26.7	$\chi^2=1.832$ $p=0.176$
Hayır	17	56.7	22	73.3	
n=Sayı, %=Yüzde, X=Ortalama, SS=Standart sapma, p=Anlamlılık düzeyi, χ^2 =Ki-Kare ve Fisher Exact Test, * $p<0.05$.					

Deney grubunda yer alan katılımcıların %90'ının kadın, %50'sinin evli, %43'ünün yükseköğretim eğitim durumuna sahip, %50'sinin ev hanımı, %73.3'ünün para getiren bir işte çalıştığı, %56.7'sinin geliri giderine denk olduğu, %33.3'ünün sigara ve %6.7'sinin alkol kullandığı, %33.3'ünün kronik bir hastalığı olduğu, %80'inin ruhsal hastalık süresinin 0-5 yıl aralığında olduğu ve %80'inin tedavi süresinin 0-5 yıl arasında olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %86.7'si hastalığın aile ilişkilerini etkilediğini, %76.7'si arkadaşlık ilişkilerini etkilediğini, %56.7'si sosyal aktivitelere katılmadığını belirtmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların %93.3'ünün kadın, %66.7'sinin evli, %46.7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %63'ünün ev hanımı olduğu, %70'inin para getiren bir işte çalışmamakta olduğu, %63.4'ünün gelirinin giderinden az olduğu, %53.3'ünün sigara ve %3.3'ünün alkol kullandığı, %40'ının kronik bir hastalığı olduğu, %66.7'sinin ruhsal hastalık süresinin ve %66.7'sinin tedavi süresinin 0-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %86.7'sinin hastalığı aile ilişkilerini etkilemiş, %70'nin arkadaşlık ilişkilerini etkilemiştir. Katılımcıların %73.3'ü sosyal aktivitelere katılmadığını belirtmiştir.

Deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bu sonuç, her iki grubun tanıtıcı özellikler açısından homojen olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.2. Depresyon Tanılı Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının İki Yönlü Karma Desenli Varyans Analizi Sonuçları

	Ölçüm Zamanı	Deney Grubu X ± SS	Kontrol Grubu X ± SS	Test İstatistiği ve Anlamlılık Değeri	Etki Büyüklüğü (η^2)
ASÖ	Ön test	39.6±6.74	40.46±12.45	Grup F= 10.508 $p<0.01$ Zaman F=140.67 $p<0.01$ Grup*Zaman F=33.69 $p<0.01$	0.153 0.708 0.367
	Son test	22±6.35	34.43±8.42		
RBSÖ	Ön test	10.33±2.60	11.70±3.12	Grup F= 3.707 $p>0.05$ Zaman F=10.489 $p<0.01$ Grup*Zaman F=1.237 $p>0.05$	0.060 0.153 0.021
	Son test	11.83±1.34	12.43±2.11		
BDÖ	Ön test	29.3±8.5	30.73±10.82	Grup F= 2.469 $p<0.01$ Zaman F=239.53 $p<0.01$ Grup*Zaman F=2.03 $p<0.01$	0.41 0.835 0.342
	Son test	12.63±7.48	17.20±6.48		

$p<0.05$, İki Yönlü Karma Desenli Varyans Analizi (Two-way mixed ANOVA), η^2 =Etki Büyüklüğü, SS=Standart Sapma, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, RBSÖ= Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Deney grubu “ASÖ” ön test toplam puan ortalaması 39.6±6.74, son test toplam puan ortalaması 22±6.35’dir. Kontrol grubu “ASÖ” ön test toplam puan ortalaması 40.46±12.45, son test toplam puan ortalaması 34.43±8.42’dir. Uygulanan iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arasındaki farkların varyanslarının

homojenliği koşulu sağladığı saptanmıştır. Grup-zaman ortak etkisi, psikoeğitim uygulanan deney grubundaki “ASÖ” puan azalışının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğunu göstermiştir ($F=33.69$, $p<0.01$, $\eta^2=0.367$). Elde edilen bulgular, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin “algılanan stres düzeyi” üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde etkisinin olduğunu göstermiştir.

Deney grubu “RBSÖ” ön test toplam puan ortalaması 10.33 ± 2.60 , son test toplam puan ortalaması 11.70 ± 3.12 ’dir. Kontrol grubu “RBSÖ” ön test toplam puan ortalaması 11.83 ± 1.34 , son test toplam puan ortalaması $12.43.76\pm2.11$ ’dir. İki yönlü karma desenli varyans analizi sonuçlarına göre, puanlar arasındaki farklara ilişkin varyansların homojenliği koşulunun sağlandığı belirlenmiştir. Grup-zaman etkileşimine ilişkin analiz sonuçları, psikoeğitim uygulanan deney grubunun “RBSÖ” puanının kontrol grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur ($F=1.237$, $p>0.05$, $\eta^2=0.021$). Bu doğrultuda, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin “Benlik Saygısı” üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Deney grubu “BDÖ” ön test toplam puan ortalaması 29.3 ± 8.5 , son test toplam puan ortalaması 12.63 ± 7.48 ’dir. Kontrol grubu “BDÖ” ön test toplam puan ortalaması 30.73 ± 10.82 , son test toplam puan ortalaması 17.20 ± 6.48 ’dir. Uygulanan iki yönlü karma desenli varyans analizi sonucunda, puanlar arasındaki farkların varyanslarının homojenliği koşulunu (sphericity varsayımı) sağlamadığı için Greenhouse-Geisser düzeltmesini içeren varyans analizi uygulanmıştır. Bu düzeltmeye dayalı analiz sonuçları, grup-zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur. Psikoeğitim uygulanan deney grubunun “BDÖ” puan azalışının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğu görülmüştür ($F=2.03$, $p<0.01$, $\eta^2=0.342$). Bu bulgular doğrultusunda, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin “depresyon semptom düzeyi” üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3. Depresyon Tanılı Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Gruplar Arası Karşılaştırılması

İkili Karşılaştırma (Pairwise Comparisons)								
%95 Güven Aralığı								
Zaman	(I) Grup	(J) Grup	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p	Minimum Değer	Maksimum Değer	

ASÖ	Ön Test	Deney	Kontrol	-0.867	2.58 6	0.74	-6.043	4.31
	Son Test	Deney	Kontrol	-12.433*	1.92 7	<0.01	-16.291	-8.576
RBSÖ	Ön Test	Deney	Kontrol	-1.367	0.74 2	0.71	-2.852	0.119
	Son Test	Deney	Kontrol	-0.600*	0.45 7	0.19	-1.514	0.314
BDÖ	Ön Test	Deney	Kontrol	-1.762	2.51 3	0.50	-6.731	3.331
	Son Test	Deney	Kontrol	-4.467*	1.80 8	0.02	-8.086	-0.848

p<0.05, Çoklu Karşılaştırmalar İçin Bonferroni Düzeltme, S.H=Standart Hata, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, RBSÖ= Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.

Zamana göre gruplar arasındaki değişimleri ayrıntılı olarak incelemek amacıyla çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi uygulanmış ve zaman ile grup değişkenleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, deney ve kontrol gruplarının "ASÖ" ön test puan ortalamaları arasındaki fark -0.867 olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.74$). Deney ve kontrol grubu arasındaki ön test puan ortalamaları arasındaki negatif fark, kontrol grubunun "algılanan stres düzeyinin" deney grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Son test puanlarına bakıldığında, iki grup arasında -12.433 puanlık bir fark saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$). Son testte gözlenen bu negatif ortalama fark, kontrol grubunun "algılanan stres düzeyinin", psikoeğitim uygulanan deney grubuna göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Deney ve kontrol gruplarının "RBSÖ" ön test puan ortalamaları arasındaki farkın -1.3671 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir ($p=0.71$). Ön testlerde gözlenen negatif ortalama fark, kontrol grubunun "benlik saygısı düzeyinin" deney grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Son test puan ortalamaları incelendiğinde ise, iki grup arasında -0.600 puanlık bir fark saptanmış olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Deney ve kontrol gruplarının "BDÖ" ön test puan ortalamaları arasındaki farkın -1.762 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir. Ön testler arasındaki negatif ortalama fark, kontrol grubunun "depresyon semptom düzeyinin"

deney grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Son test puan ortalamaları arasındaki -4.467 puanlık farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Son testlerde gözlenen bu negatif ortalama fark, kontrol grubunun “depresyon semptom düzeyinin” deney grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Depresyon Tanılı Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Gruplar İçi Karşılaştırılması

İkili Karşılaştırma (Pairwise Comparisons)								
%95 Güven Aralığı								
	Grup	(I) zaman	(J) zaman	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p	Minimum Değer	Maksimum Değer
ASÖ	Deney	Ön Test	Son Test	17.600*	1.409	<0.01	14.78	20.42
	Kontrol	Ön Test	Son Test	6.033*	1.409	<0.01	3.213	8.854
RBSÖ	Deney	Ön Test	Son Test	-1.500*	0.487	<0.01	-2.476	-5.248
	Kontrol	Ön Test	Son Test	-0.733*	0.862	0.13	-1.709	0.242
BDÖ	Deney	Ön Test	Son Test	16.400*	1.372	<0.01	13.653	19.147
	Kontrol	Ön Test	Son Test	13.633*	1.372	<0.01	10.887	16.38
$p < 0.05$, Çoklu Karşılaştırmalar İçin Bonferroni Düzeltme, S.H=Standart Hata, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği. BDÖ= Beck Depresyon Ölçeği, RBSÖ= Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.								

Zamana göre gruplar arasındaki değişimleri ayrı olarak gözlemlemek için çoklu karşılaştırma (post-hoc test) uygulanarak zaman ve grup değişimleri kıyaslanmıştır. Yönlendirilmiş imgeleme eğitimi destekli psikoeğitim uygulanan deney grubunda yer alan katılımcıların, “ASÖ” ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Kontrol grubunda yer alan katılımcıların “ASÖ” ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.01$).

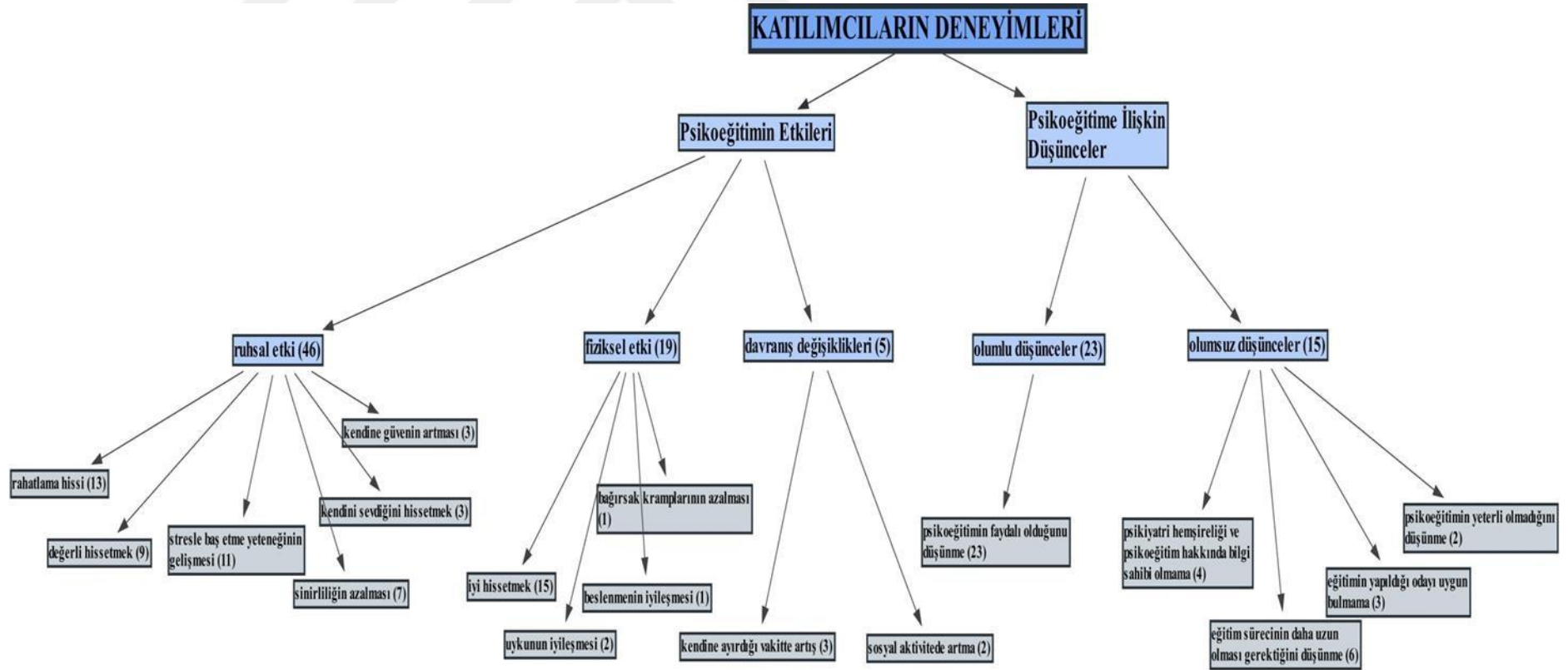
Yönlendirilmiş imgeleme eğitimi destekli psikoeğitim uygulanan deney grubunda yer alan katılımcıların “RBSÖ” ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.01$). Kontrol grubunda yer alan

katılımcıların “RBSÖ” ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yönlendirilmiş imgeleme eğitimi destekli psikoeğitim uygulanan deney grubunda yer alan katılımcıların “BDÖ” ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Kontrol grubunda yer alan katılımcıların “BDÖ” ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.01$).



Şekil 4.1. Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Ön Test ve Son Test Puanlarının Değişim Grafiği



Şekil

4.2.

Psikoeğitim

Programına

Katılan

Bireylerin

Deneyimleri

Bu araştırmada, psikoeğitim programına katılan deney grubundan uygulama sonrasında yazılı geri bildirim vermeleri istenmiştir. Katılımcılardan elde edilen bu geri bildirimler analiz edilerek şema 4.2’de sunulmuştur.

Deney grubundaki katılımcılar psikoeğitimin kendileri üzerinde ruhsal ve fiziksel yönden etkileri olduğunu ve kendilerinde davranış değişikliği sağladığını ifade etmiştir. Katılımcılar ruhsal açıdan rahatlama hissettiklerini, sinirlilik durumlarının azaldığını, stresle baş etme yeteneklerinin geliştiğini, değerli hissettiklerini, kendilerine olan sevgilerinin ve güvenlerinin arttığını belirtmişlerdir. Bazı katılımcı ifadeleri şu şekildedir: *“Bu terapi almak bana huzur verdi, iyi hissettirdi, rahatladım”*; *“Terapiye başladığımdan beri stresimi yönetmeyi öğrendim”*; *“Kendim için bir şeyler yapmayı öğrendim”*; *“Daha sakin ve huzurlu olduğumu hissetmek güzel gerçekten”*; *“Evde veya dışarı ortamda birkaç kere sinirlendiğimde nefes egzersizleri bana çok iyi geldi”*.

Katılımcılardan fiziksel yönden daha iyi hissettiğini, beslenme ve uyku süreçlerinde olumlu değişiklikler olduğunu ifade edenlerin yanında bağırsak kramplarının azaldığını belirten de olmuştur. Bu konudaki geri bildirimlerin bazıları şu şekildedir: *“Uykum ve yemem iyi hatta kilo bile almışım”*; *“Bağırsak kramplarımı azalttı”*; *“ Artık çok iyi uyuyorum”*.

Katılımcılar sosyal aktivitelere katılımlarının ve kendilerine ayırdıkları vaktin arttından söz ederek davranış değişikliği deneyimlediklerini de belirtmiştir. Bu konuda bazı katılımcı ifadeleri şu şekildedir: *“Eskiden dışarı çıkmak istemezdim. Misafir istemezdim. şimdi yani dışarı çıkıyorum, yürüyüş yapıyorum”*; *“Kendime daha çok vakit ayırıp öz saygı üzerine bol bol düşündüm”*.

Psikoeğitime ilişkin düşünceler değerlendirildiğinde faydalı olduğunu düşünenlerin yanı sıra psikiyatri hemşireliği ya da psikoeğitim konularında bilgi sahibi olmayanların, eğitimin daha uzun süreli olması gerektiğini düşünenlerin, eğitim ortamını uygun bulmayanların ve psikoeğitimi yeterli bulmayanların olduğu görölmüştür. Katılımcılar *“Ben böyle bir terapi aldığım için şanslı hissediyorum. Hastanede bu tür eğitimler çok iyi, parası olan özele gidip yapıyor ama fakir için çok iyi”*; *“Özellikle bu uygulamalar insanları rahatlatan uygulamalar, herkese tavsiye edebileceğim uygulamalar”* cümleleri ile psikoeğitime ilişkin olumlu düşüncelerini belirtmiştir. *“Daha önce psikiyatri hemşirelerin olduğunu, bu alanda bir hizmet verdiğini bilmiyordum”*; *“Böyle uygulamaları hemşirelerin yapabileceğini bilmiyordum”* cümleleri ile katılımcıların

psikoeğitim ve psikiyatri hemşireliği gibi konularda bilgi eksiklikleri olduğu tespit edilmiştir. “*Daha uzun süre devam etmesi daha faydalı olabilir*”; “*Seansları sayısını yetersiz hissettim*” ifadeleri ile sürecin daha uzun olmasını talep eden katılımcılar olmuştur. “*Oda koşulu çok iyi değildi*” gibi cümleler ile uygulama yapılan alanı yeterli bulmayanların yanında az da olsa “*Meditasyon yapmak iyi geldi ama kaygılarımı ve stresimi azaltmaya yeterli olmadı*”; “*Hastanede hocamla görüşmelerim neticesinde yapılan terapilerin üzerimde olumlu etkisinin olmadığı kanaatindeyim*” şeklinde cümleler ile yapılan psikoeğitime ilişkin olumsuz geri dönüşler de yapılmıştır.



6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin, depresyon tanısı almış bireylerin depresyon, benlik saygısı ve algılanan stres düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular, mevcut literatür doğrultusunda tartışıldı.

6.1. Depresyonda Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin, Hastaların Algılanan Stres Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların grup içi ölçümlerinin karşılaştırılmasında, algılanan stres düzeyi açısından, psikoeğitim öncesi ile sonrası süreçlerde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Algılanan stres düzeyinin psikoeğitim öncesinde her iki grupta da ortalamanın üstünde iken; psikoeğitim sonrasında deney grubunda ortalamanın altında, kontrol grubunda ortalamanın üstünde olduğu görülmüştür. Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırılmasında, kontrol grubundaki hastaların algılanan stres düzeyinin deney grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda psikoeğitim uygulanan deney grubundaki “ASÖ” puan azalışının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğunu saptanmıştır. Elde edilen bulgular, araştırmanın *“Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında stres düzeyi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır”* yönündeki H1c hipotezini desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda olumsuz stres etkenlerine yüksek düzeyde maruz kalmanın depresyon vakalarına önemli ölçüde katkıda bulunduğu ve bu bireylerde strese maruziyetlerin zamanında tanınmasının önemli olduğu ifade edilmektedir (2, 5). Ruhsal bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırıldığı çalışmalarda, ruhsal hastalığı olan bireylerin stres seviyelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (147, 148). Bu bağlamda depresyon gibi ruhsal bozukluklara sahip bireylerin maruz kaldığı stres düzeyini belirlemek ve bu strese yönelik uygun müdahaleler geliştirmek, hastalığın daha etkili ve bütüncül şekilde ele alınmasına zemin hazırlayabilir. Stres düzeyi üzerinde olumlu etkiler yarattığı literatürde gösterilmiş olan müdahalelerden birinin yönlendirilmiş imgeleme tekniği olduğu görülmektedir (149-151). Depresyon tanısı

almış bireylerde yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin kullanımına ilişkin çalışmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte (16-19); bu tekniğin stresle ilişkisini inceleyen araştırmalar ise çok daha sınırlıdır (19). Apóstolo ve Kolcaba (2009), depresif bozukluğu olan hastalara uygulanan imgeleme müdahalesinin, stresi azaltma ve konforu artırmada etkinliğini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, tedavi grubunun stres seviyesinin anlamlı derecede azaldığını tespit etmiştir (19). Bu çalışmanın bulguları, mevcut araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir. Ayrıca verilen psikoeğitim sonucunda deney ve kontrol grubunda mevcut algılanan stres düzeyleri azalmıştır; kontrol grubunda algılanan stres puan ortalamalarında daha düşük bir azalma yaşanmıştır. Her iki grubun da antidepresan tedaviye devam etmesi, ilaçların stres ve duygudurum üzerindeki düzenleyici etkisiyle, genel stres düzeylerinde bir miktar azalmaya yol açmış olabilir. Bununla birlikte, deney grubunda gözlenen daha yüksek düzeydeki stres azalması, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin stres yönetimine yönelik özgül katkısını ortaya koymaktadır. Yönlendirilmiş imgeleme tekniği uygulamasının bir bölümü gevşeme egzersizinden oluşmaktadır (14). Gevşemenin stresle baş etmede etkili olduğu ifade edilmektedir (119). Ayrıca, imgeleme tekniklerinin parasempatik sinir sistemi aktivitesini ve endorfin salınımını artırdığı, kortizol düzeylerini azalttığı; bu sayede stres düzeyini düşürdüğü, olumlu duygudurum üzerinde artışa, olumsuz duygudurumda ise azalmaya yol açtığı bilinmektedir (150, 152, 153).

6.2. Depresyonda Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin, Hastaların Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Bu araştırmada hastaların grup içi ölçümlerinin karşılaştırılmasında, benlik saygısı düzeyi açısından, deney grubunda psikoeğitim öncesi ile sonrası süreçlerde anlamlı farklılık olduğu; kontrol grubunda anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Benlik saygısı düzeyinin psikoeğitim öncesi ve sonrasında her iki grupta da ortalamanın altında olduğu görülmüştür. Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırılmasında, deney ve kontrol grubundaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Deney grubunda psikoeğitim öncesine kıyasla benlik saygısında anlamlı bir artış gözlenirse de, bu artış kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermemiştir. Bulgular, benlik saygısı üzerinde uygulananmış olan müdahalenin tek başına yeterli olmayabileceğini ve bu konuda yürütülecek ileri düzey araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, araştırma hipotezlerinden biri olan “*Depresyon tanısı*

almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında benlik saygısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur” yönündeki H0b hipotezini doğrulamaktadır.

Psikiyatri hastaları üzerinde yapılmış bir çalışmada hastaların %63.33'ünde düşük benlik saygısı, %28.33'ünde ortalama benlik saygısı ve yalnızca %8.34'ünde yüksek benlik saygısı olduğu ifade edilmiştir (154). Yapılan bir araştırmada majör ruhsal bozukluğu olan hastaların %17,3'ünün benlik saygısı seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (74). Benlik saygısının yüksek oluşu, yalnız ruh sağlığının temel bir özelliği olmamakla birlikte olumsuz zihinsel durumlara karşı koruyucu bir işlev üstlenerek bireyin ruhsal sağlığının ve sosyal işlevselliğinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır (155). Dolayısıyla uygun hemşirelik müdahaleleri ile benlik saygısının desteklenmesi önemlidir. Literatürde, benlik saygısı düzeyini artırmaya yönelik olarak gerçekleştirilen psikoeğitim çalışmalarının, hem ruhsal hastalığı olmayan (156-158) hem de ruhsal hastalığı olan bireylerde (154, 155, 159) benlik saygısını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulamasının depresyon tanılı hastaların benlik saygısı düzeyine etkisini doğrudan inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı örneklem gruplarında yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin kullanımı sonucunda anksiyete ve depresyon seviyelerinin azaldığı ve benlik saygısının yükseldiği ifade edilmiştir (74, 75). Hemşireler tarafından uygulanan yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin, psikiyatrik hastaların benlik saygısı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada ise, bu tekniğin benlik saygısı düzeyini iyileştirme ve kaygı seviyesini azaltma konusunda etkili bir müdahale olduğundan bahsedilmiştir (73). Bir çalışmada yönlendirilmiş imgeleme ve müzik terapisi alan danışanlardaki zaman içinde değişimi tespit etmek amacıyla, danışanlara uygulanan bir dizi anket sonucunda, danışanlar tarafından bildirilen temel kazanımların kişinin duygularıyla daha fazla temas kurması, içgörü kazanımı, ruhsal gelişim, rahatlamada artma ve kişinin kendisinde yeni yönler keşfetmesi olduğu ortaya konulmakla birlikte bu terapinin anksiyete ve/veya korku semptomları olan ve benlik saygısını arttırmak isteyenler için faydalı olacağı ifade edilmiştir (76). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin benlik saygısını artırmada etkili olduğu ortaya konulmuş olsa da, mevcut araştırmada yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin “benlik saygısı” üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik yaratmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda benlik

saygısının çok boyutlu bir yapıda olduğunu ve benlik saygısı gelişiminde bireysel özellikler, yeni rol deneyimleri, yaşam sürecinde karşılaşılan olaylar gibi çeşitli faktörlerin etkili olduğunu belirtilmektedir (160, 161). Mevcut araştırma bulgusunun, uygulama süresi ya da örneklem özellikleri gibi çeşitli durumlardan etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki sonuçlarla çelişen bu bulgu, depresyon hastalarında yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin, benlik saygısı üzerinde, tek başına yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir. Bu yönüyle mevcut araştırma, depresyon hastalarında uygulanan YİT'nin benlik saygısı üzerindeki etkilerini inceleyen sınırlı sayıdaki bulgulara katkı sunmaktadır.

6.3. Depresyonda Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin, Hastaların Depresif Semptom Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Bu çalışmada depresif semptom düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan Beck Depresyon Envanteri'nden elde edilen 17 ve üzeri puanların, %90'ın üzerinde bir olasılıkla klinik müdahale gerektirebilecek depresyonu ifade ettiği belirtilmiştir (139, 140). Söz konusu bilgi temel alınarak, psikoeğitim uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırılmasında, depresif semptom düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamış olup hastaların depresif semptom düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. Psikoeğitim uygulaması sonrasında deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırılmasında, psikoeğitim uygulanan deney grubunun depresif semptom düzeyinde, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüş olduğu görülmüştür. Aynı zamanda psikoeğitim uygulanan deney grubundaki "BDÖ" puan azalışının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğunu saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların depresyon puanlarının zamanla azalmasının, aldıkları rutin farmakolojik tedavi sonucunda semptomların gerilemesi veya iyileşmesi sonucunda ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Bu bulgular, araştırma hipotezlerinden biri olan "*Depresyon tanısı almış bireylere uygulanan yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında depresif semptom puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır*" yönündeki H1a hipotezini desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda imgeleme uygulamasının olumlu duygulanımda artış sağladığı ifade edilmiştir (18, 162, 163). Çinli üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada, imgeleme uygulamasının, depresif semptomları, ruh halini ve uyumsuz

düşünme stillerini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (164). Renner ve arkadaşları (2017), depresyon tanılı bireylere dört haftalık imgeleme uygulamış ve sonucunda, deney ve kontrol grubunu kıyasladıklarında, deney grubunda günlük aktivitelere yeniden katılımda daha hızlı ve daha büyük bir iyileşme olduğunu tespit etmişlerdir (17). Depresyon hastalarında yönlendirilmiş imgeleme uygulamasının bireylerin konfor, depresyon, kaygı ve stres düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, tedavi grubunun zaman içinde konforunun önemli ölçüde arttığı ve depresyon, anksiyete ve stres seviyesinin azaldığı tespit edilmiştir (19). Lin ve arkadaşları (2010), depresyon hastalarına imgeleme ve müziği birlikte uygulamış ve katılımcılarla yarı yapılandırılmış görüşmeler yürütmüştür. Sonuçta, bu müdahalenin, depresif bireylerde öz farkındalığı arttırdığı, hastaların duygusal düzenleme becerilerini geliştirdiği ve gözlemlenebilir davranış değişimi sağlayarak konfor ve refah düzeylerini olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir (16). Literatürdeki çalışma bulgularının, mevcut araştırma bulgularını desteklediği görülmektedir. Araştırmada elde edilen bu bulguların nasıl ortaya çıktığına bakıldığında; Beck depresyonun bireyin kendisine, dünyaya ve geleceğe yönelik negatif yorumlamaları ile ilişkili olduğunu; bu durumun depresif semptomların devamlılığına sebep olduğunu belirtmektedir (165, 166). Yönlendirilmiş imgeleme sırasında bilişsel ve duygusal devrelerin eş zamanlı olarak aktifleştirdiği bilinmektedir. Bu uyarım hem düşünme hem de yeniden değerlendirme basamaklarında düzenlemeler yapmaktadır (167). Aynı zamanda yönlendirilmiş imgelemenin, amigdala aktivasyonunu azaltarak duygusal tepkileri düzenlediği ve üst bilişlerden sorumlu olan prefrontal korteks bölgesini uyararak olumsuz düşünce döngüsünü kırabildiği bilinmektedir (168). Bu sebeplerle yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim ile pozitif zihinsel imgelemelerin oluşturulması ve olumsuz bilişsel yapıların yeniden yapılandırılması mümkün olabilir. Yönlendirilmiş imgeleme uygulaması ile bireyin durumuna özgü senaryolar üretilmesi ile bilişsel önyargıların değerlendirilmesi ve duygusal yapısının iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Dolayısıyla yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programının depresyon hastaları üzerinde kullanımının uygun olduğu ve psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilir olduğu söylenebilir.

6.4. Sonuç ve Öneriler

Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin depresif semptom, benlik saygısı ve stres düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda,

- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı öncesi deney ve kontrol grubundaki depresyon tanısı almış bireylerin depresyon, algılanan stres düzeylerinin ortalamanın üstünde; benlik saygısı düzeylerinin ortalamanın altında olduğu,
- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı sonrası deney grubunun depresyon ve algılanan stres düzeylerinin kontrol grubundan düşük olduğu,
- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı sonrası deney grubunun grup içi karşılaştırılmasında, katılımcıların depresif semptom ve algılanan stres düzeylerinin azaldığı, benlik saygısı düzeylerinin ise arttığı,
- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programı sonrası kontrol grup içi karşılaştırılmasında, ön teste göre son testte, depresif semptom ve algılanan stres düzeylerinin düştüğü; benlik saygısı düzeylerinin yükseldiği ancak bu değişimlerin deney grubuna kıyasla daha az olduğu,
- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin depresif semptom ve algılanan stres düzeylerini azaltmada etkili; benlik saygısını arttırmada etkisiz olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

Depresyon tanısı almış bireylere yönelik;

- İlaç tedavisinin yanında, yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim gibi psikososyal müdahalelerden yararlanmaları,
- Yönlendirilmiş imgeleme tekniklerini günlük yaşamlarına entegre ederek, düzenli biçimde uygulamalara katılmaları önerilmektedir.

Psikiyatri hemşirelerine yönelik;

- Yönlendirilmiş imgeleme tekniği konusunda bilgi ve becerilerini arttırmak amacıyla sertifika programlarına ve eğitimlere katılmaları,
- Depresyon tanılı bireylerde, stres ve depresif belirti düzeyini azaltmada etkili olan yönlendirilmiş imgeleme tekniğini kullanmaları,
- Yönlendirilmiş imgeleme tekniğini bakım süreçlerine uyarlamaları önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik;

- Depresyon hastalarında yönlendirilmiş imgeleme tekniği ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin daha derinlemesine incelenebilmesi amacıyla çalışmalar yapılması,
- Yönlendirilmiş imgelemenin, farklı klinik örneklerde de etkinliğini araştıran randomize kontrollü deneysel çalışmaların yapılması,
- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitimin, farklı psikoeğitim yaklaşımlarıyla yararlılık anlamında karşılaştırılması,
- Yönlendirilmiş imgeleme tekniklerinin yalnızca depresyon, stres ya da benlik saygısı değişkenleri ile ilişkisine değil, depresyon ile ilişkili farklı değişkenler üzerindeki etkisini de inceleyen çalışmalar yapılması,
- Karma araştırma desenlerinin kullanımı ile yönlendirilmiş imgeleme tekniğinin etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Yönlendirilmiş imgeleme destekli psikoeğitim programının sürdürülebilir olup olmadığının test edilmesi amacıyla izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) (2023), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim Tarihi: Ağustos 2025.
2. Cruz-Pereira JS, Rea K, Nolan YM, O'Leary OF, Dinan TG, Cryan JF. Depression's unholy trinity: dysregulated stress, immunity, and the microbiome. *Annual review of psychology*. 2020;71(1):49–78.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates (2017), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>, Erişim Tarihi: Ağustos 2025.
4. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, Page A, Carnahan E, Degenhardt L, Vos T. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*. 2014;9(4):e91936.
5. Gloger S, Vöhringer PA, Martínez P, Chacón MV, Cáceres C, Diez de Medina D, Cottin M, Behn A. The contribution of early adverse stress to complex and severe depression in depressed outpatients. *Depression and anxiety*. 2021;38(4):431–438.
6. Korrelboom K, Maarsingh M, Huijbrechts I. Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *Depression and anxiety*. 2012;29(2):102–110.
7. Lee T-H, Kim TH, Kim W, Park E-C. Effects of difference in self-esteem between spouses on depressive symptom: Result from a data nationally representative of South Korean. *Psychiatry Research*. 2016;246:623–628.
8. Choi Y, Choi S-H, Yun J-Y, Lim J-A, Kwon Y, Lee HY, Jang JH. The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine*. 2019;98(42):e17518.
9. Sherrington J, Hawton K, Fagg J, Andrew B, Smith D. Outcome of women admitted to hospital for depressive illness: factors in the prognosis of severe depression. *Psychological medicine*. 2001;31(1):115–125.
10. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of abnormal psychology*. 2009;118(3):472.
11. Simon GE, Ludman EJ. It's time for disruptive innovation in psychotherapy. *The Lancet*. 2009;374(9690):594–595.
12. Casañas R, Catalán R, Del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):230.
13. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(1):15.
14. Dönmez ÇF BH. Hemşirelik Bakımında Gölgede Kalmış Bir Uygulama: Yönlendirilmiş İmgeleme Tekniğı. In: M Y (Ed.). *Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Akademisyen Kitapevi, 2020: p.135–148.
15. Santos A. Nurse's guide to guided imagery. *Nursing*. 2016;46(1):55–58.
16. Lin MF, Hsu MC, Chang HJ, Hsu YY, Chou MH, Crawford P. Pivotal moments and changes in the Bonny Method of Guided Imagery and Music for patients with depression. *J Clin Nurs*. 2010;19(7-8):1139–1148.
17. Renner F, Ji JL, Pictet A, Holmes EA, Blackwell SE. Effects of Engaging in Repeated Mental Imagery of Future Positive Events on Behavioural Activation in Individuals with Major Depressive Disorder. *Cognit Ther Res*. 2017;41(3):369–380.

18. Brewin CR, Wheatley J, Patel T, Fearon P, Hackmann A, Wells A, Fisher P, Myers S. Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behav Res Ther.* 2009;47(7):569–576.
19. Apostolo JL, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2009;23(6):403–411.
20. Cary N. Oxford English dictionary. Simpson J WE (Ed.). Oxford University Press, 1989.
21. Kanter JW, Busch AM, Weeks CE, Landes SJ. The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and Behavior analysis. *Behavior Analyst.* 2008;31(1):1–21.
22. Agyapong-Opoku G, Agyapong B, Obuobi-Donkor G, Eboreime E. Depression and Anxiety among Undergraduate Health Science Students: A Scoping Review of the Literature. *Behav Sci (Basel).* 2023;13(12).
23. Marx W, Penninx B, Solmi M, Furukawa TA, Firth J, Carvalho AF, Berk M. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9(1):44.
24. Cui L, Li S, Wang S, Wu X, Liu Y, Yu W, Wang Y, Tang Y, Xia M, Li B. Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduct Target Ther.* 2024;9(1):30.
25. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>.
26. Chand SP, Arif, H. Depression. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>.
27. Videbeck SL. Mood Disorders and Suicide. In: Videbeck SL (Ed.). *Psychiatric-Mental Health Nursing.* Lippincott Williams & Wilkins, 2020: p.652–742.
28. Warnick SJ, Van Harrison R, Parikh SV, Soyster BC, Tremper AL, Bostwick JR, Proudlock AL, Rew KT. Unipolar Depression. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan, 2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34310087/>
29. Yüksel N. Depresif Bozukluklar. In: Yüksel N (Editör). *Ruhsal Hastalıklar,* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: p.267–298.
30. Engin E, Ergün G. Depresyon. In: Çam O, Engin E (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, İstanbul tıp kitapçıları,* 2021: p.333–366.
31. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tam Ölçütleri Başvuru El kitabından, çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
32. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Türkiye. Sağlık ve Sosyal Koruma (2021), Yayın no. 4663, Erişim Tarihi: Temmuz 2025.
33. Park LT, Zarate CA, Jr. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med.* 2019;380(6):559–568.
34. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86–92.
35. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, Chiu WT, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, He Y, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lund C, Kovess-Masfety V, Levinson D, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Sampson NA, Scott KM, Tachimori H, Ten Have M, Viana MC, Williams DR, Wojtyniak BJ, Zarkov Z, Kessler RC, Chatterji S, Thornicroft G. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* 2018;48(9):1560–1571.
36. Özbay A, Vardarlı Cİ. Duygu durum bozukluğu: Kısa bir gözden geçirme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 2024;11(1):157–163.
37. Takeda T. Premenstrual disorders: premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.* 2023;49(2):510–518.
38. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine.* 2006;3(11):e442.

39. Barger SD, Messerli-Bürgy N, Barth J. Social relationship correlates of major depressive disorder and depressive symptoms in Switzerland: nationally representative cross sectional study. *BMC public health*. 2014;14(1):273.
40. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry*. 2007;190(4):326–332.
41. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*. 2004;184(5):386–392.
42. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General hospital psychiatry*. 2004;26(1):13–17.
43. Amini K, Negarandeh R, Cheraghi MA, Eftekhar M. Major depressive disorder: a qualitative study on the experiences of Iranian patients. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(9):685–692.
44. Clarke DM, Cook KE, Coleman KJ, Smith GC. A qualitative examination of the experience of 'depression' in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology*. 2006;39(6):303–312.
45. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, Alvarez-Jimenez M, Voutier C, Bechdolf A, McGorry PD, Scott J, Berk M, Cotton SM. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(4):273–284.
46. Orhan Öztürk AU. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 2016.
47. Anderson IM, Blamire A, Branton T, Clark R, Downey D, Dunn G, Easton A, Elliott R, Elwell C, Hayden K, Holland F, Karim S, Loo C, Lowe J, Nair R, Oakley T, Prakash A, Sharma PK, Williams SR, McAllister-Williams RH, Ketamine ECTSt. Ketamine augmentation of electroconvulsive therapy to improve neuropsychological and clinical outcomes in depression (Ketamine-ECT): a multicentre, double-blind, randomised, parallel-group, superiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(5):365–377.
48. Pohar R, Farrah K. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Patients with Depression: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness and Guidelines - An Update. Ottawa (ON)2019.
49. Koutsomitros T, Evagorou O, Schuhmann T, Zamar A, Sack AT. Advances in transcranial magnetic stimulation (TMS) and its applications in resistant depression. *Psychiatriki*. 2021;32(Supplement I):90–98.
50. Krauss JK, Lipsman N, Aziz T, Boutet A, Brown P, Chang JW, Davidson B, Grill WM, Hariz MI, Horn A, Schulder M, Mammis A, Tass PA, Volkmann J, Lozano AM. Technology of deep brain stimulation: current status and future directions. *Nat Rev Neurol*. 2021;17(2):75–87.
51. Kisely S, Li A, Warren N, Siskind D. A systematic review and meta-analysis of deep brain stimulation for depression. *Depress Anxiety*. 2018;35(5):468–480.
52. Krogh J, Hjorthøj C, Speyer H, Gluud C, Nordentoft M. Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ open*. 2017;7(9):e014820.
53. Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Veronese N, Solmi M, Cadore EL, Stubbs B. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomised controlled trials adjusting for publication bias. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2016;38(3):247–254.
54. Choi KW, Zheutlin AB, Karlson RA, Wang MJ, Dunn EC, Stein MB, Karlson EW, Smoller JW. Physical activity offsets genetic risk for incident depression assessed via electronic health records in a biobank cohort study. *Depression and anxiety*. 2020;37(2):106–114.
55. Rabelo JL, Cruz BF, Ferreira JDR, Viana BM, Barbosa IG. Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World J Psychiatry*. 2021;11(12):1407–1424.

56. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009;7:79.
57. Tekkaş Kerman K BZ. Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları. In: Z B (Ed.). *Yaşam Döngüsünde Sağlığı Geliştirme: Hemşirelik Uygulamaları.* Ankara: Türkiye Klinikleri, 2019: p.78–83.
58. Casanas R, Martin Royo J, Fernandez-San-Martin MI, Raya Tena A, Mendioroz J, Sauch Valmana G, Masa-Font R, Casajuana-Closas M, Fernandez Linares EM, Cols-Sagarra C, Gonzalez Tejon S, Foguet-Boreu Q, Martin Lopez LM. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):427.
59. García-Martínez I, Augusto-Landa JM, Quijano-López R, León SP. Self-concept as a mediator of the relation between university students' resilience and academic achievement. *Frontiers in Psychology.* 2022;12:747168.
60. Eroğlu Y, Topkaya, N. Boşanma ile İlgili Uyum Güçlüğü Çeken Çocuklarda Kişilik Özellikleri ve Benlik Kavramı. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 2019;9 52:181–208.
61. Dalbudak İ, Yiğit, Ş. Spor yapan ve yapmayan işitme engelli bireylerin benlik saygılar düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Studies - Social Sciences.* 14 4:1387–1398.
62. Miezah D, Opoku MP, Fenu C, Quainoo R, Gyimah EM. Exploring the synergy between emotional intelligence and self-esteem among university students in Ghana. *BMC Psychol.* 2025;13(1):22.
63. Rosenberg M. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). APA PsycTests. 1965.
64. Tian Y, Yang S. The chain mediating effect of mindfulness and self-esteem in the relationship between leisure-time physical activity and academic burnout among college students. *Sci Rep.* 2024;14(1):32119.
65. Arsandaux J, Galera C, Salamon R. The association of self-esteem and psychosocial outcomes in young adults: a 10-year prospective study. *Child Adolesc Ment Health.* 2021;26(2):106–113.
66. Crone EA, van Drunen L. Development of Self-Concept in Childhood and Adolescence: How Neuroscience Can Inform Theory and Vice Versa. *Hum Dev.* 2024;68(5-6):255–271.
67. Yazgan İnanç B, Bilgin, M., Kılıç Atıcı M. *Gelişim Psikolojisi.* Ankara: Pegem Akademi, 2012.
68. Krauss S, Orth U, Robins RW. Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *J Pers Soc Psychol.* 2020;119(2):457–478.
69. Sevim K, Artan T. Yüksek ve düşük benlik saygısını etkileyen faktörler. *Toplumsal Politika Dergisi.* 2021;2(2):109–121.
70. Seki T, Dilmaç B. Benlik saygısı ve ilişkisel faktörler: Bir meta-analiz çalışması. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi.* 2020;18(2):853–873.
71. ÖZ F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar.* Ankara.: Mattek Matbacılık, 2010.
72. Niveau N, New B, Beaudoin M. Self-esteem interventions in adults—a systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Personality.* 2021;94:104131.
73. Lee JA, Lee KS. Effects of the Guided Imagery Therapy on the Self-esteem and Anxiety of the Home-based Psychiatric Patients. *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing.* 2001;10(4):656–663.
74. Rees BL. Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression, and self-esteem in primiparas. *Journal of holistic nursing.* 1995;13(3):255–267.
75. Omizo MM, Omizo SA, Kitaoka SK. Guided affective and cognitive imagery to enhance self-esteem among Hawaiian children. *Journal of Multicultural Counseling and Development.* 1998;26(1):52–62.
76. Maack C, Nolan P. The effects of guided imagery and music therapy on reported change in normal adults. *Journal of Music Therapy.* 1999;36(1):39–55.

77. Shipp AJ, Edwards JR, Lambert LS. Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present, and future. *Organizational behavior and human decision processes*. 2009;110(1):1–22.
78. Rizwan M, Ahmad R. Self-esteem deficits among psychiatric patients. *Sage Open*. 2015;5(2):2158244015581649.
79. Jiang S, Ren Q, Jiang C, Wang L. Academic stress and depression of Chinese adolescents in junior high schools: Moderated mediation model of school burnout and self-esteem. *Journal of affective disorders*. 2021;295:384–389.
80. Mazereel V, Vansteelandt K, Menne-Lothmann C, Decoster J, Derom C, Thiery E, Rutten BP, Jacobs N, van Os J, Wichers M. The complex and dynamic interplay between self-esteem, belongingness and physical activity in daily life: An experience sampling study in adolescence and young adulthood. *Mental health and physical activity*. 2021;21:100413.
81. Orth U, Robins RW. Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current directions in psychological science*. 2013;22(6):455–460.
82. Johnson MD, Galambos NL, Finn C, Neyer FJ, Horne RM. Pathways between self-esteem and depression in couples. *Developmental psychology*. 2017;53(4):787.
83. Wang X, Wang W, Xie X, Wang P, Wang Y, Nie J, Lei L. Self-esteem and depression among Chinese adults: A moderated mediation model of relationship satisfaction and positive affect. *Personality and Individual Differences*. 2018;135:121–127.
84. Markowitz FE. Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of health and social behavior*. 2001;64–79.
85. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J*. 2017;16:1057–1072.
86. Sarialioglu A, Oluc T. The Relationship Between Social Media Addiction and Perceived Stress in Adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2024;37(4):e70000.
87. Del Giudice M, Buck CL, Chaby LE, Gormally BM, Taff CC, Thawley CJ, Vitousek MN, Wada H. What Is Stress? A Systems Perspective. *Integr Comp Biol*. 2018;58(6):1019–1032.
88. Li Y. Structural modelling of student volleyball athletes' intimacy, social adjustment, perceived stress, and learning-related anxiety: mediating role of psychological safety. *BMC Psychol*. 2025;13(1):15.
89. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–396.
90. Wu W, Zhang Y, Wang P, Zhang L, Wang G, Lei G, Xiao Q, Cao X, Bian Y, Xie S. Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy. *Journal of medical virology*. 2020;92(10):1962–1970.
91. Jiang Q, Huang L, Lu H, Lou Z, Yang A, Chen H, Mao Z. Coping style: measurement and classification. *Chin Mental Health J*. 1993;7(04):145–147.
92. Wang F, Rong L, Luo L, Mu F, Qian L, Qian Y, Zhang X, Lang Y, Wang W, Liu Y. Associations between psychological stress and the risk of first onset of major depression disorder: results from a longitudinal study in 6,985 Chinese first-Year students. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024:3585–3593.
93. Dugué M, Garnarczyk C, Dosseville F. Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2018;66(6):347–354.
94. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev*. 2007;87(3):873–904.
95. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews endocrinology*. 2009;5(7):374–381.
96. Sharma DK. Physiology of stress and its management. *J Med Stud Res*. 2018;1(001):1–5.
97. Aydın KB. Stresle Başa Çıkma. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2010.

98. Özbaş Gençarslan D, Özbaş Yıldırım, D. Stres ve Başetme Yöntemleri. Tanrıverdi D (Editör). Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2021.
99. Sevindik E. Stresin günlük hayattaki avantajları: Stres üzerine genel bir bakış. *International Academic Social Resources Journal*. 2022;7(43):1420–1426.
100. Kaba İ. Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019(73):63–81.
101. Labrague L, McEnroe-Petitte D, Al Amri M, Fronda D, Obeidat A. An integrative review on coping skills in nursing students: implications for policymaking. *International nursing review*. 2018;65(2):279–291.
102. Yeşiloğlu C, Tamam L, Demirkol ME, Namli Z, Karaytuğ MO, Güzelbaba ŞŞ. The relationship of coping skills with psychache in patients with depressive disorder. *Medicine*. 2023;102(29):e34339.
103. Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):137.
104. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984.
105. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*. 1997;45(8):1207–1221.
106. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*. 2008;21(1):3–14.
107. Cattaneo A, Riva MA. Stress-induced mechanisms in mental illness: a role for glucocorticoid signalling. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2016;160:169–174.
108. Han X, Wang L, Seo SH, He J, Jung T. Measuring perceived psychological stress in urban built environments using google street view and deep learning. *Frontiers in public health*. 2022;10:891736.
109. Rutter M. Some of the complexities involved in gene-environment interplay. *Int J Epidemiol*. 2015;44(4):1128–1129.
110. Hudson G, Fung C, Sureshkumar DS, Gomez-Restrepo C, Uribe-Restrepo JM, Ariza-Salazar K, Diez-Canseco F, Hidalgo-Padilla L, Toyama M, Brusco LI, Olivar N, Lucchetti S, Priebe S, Kirkbride JB. Do coping mechanisms moderate the effect of stressful life events on depression and anxiety in young people? A case-control study from Latin America. *BMJ Ment Health*. 2025;28(1).
111. Li W, Huo, S., Yin, F., Wu, Z., Zhang, X., Wang, Z., Cao, J. . The differences in symptom networks of depression, anxiety, and sleep in college students with different stress levels. *BMC Public Health*. 2024;24(1).
112. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(7):842–855.
113. Thapar A, Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. Depression in young people. *The Lancet*. 2022;400(10352):617–631.
114. Stirling K, Toumbourou JW, Rowland B. Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(10):869–886.
115. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11):1142–1150.
116. McEwen BS, Nasca C, Gray JD. Stress Effects on Neuronal Structure: Hippocampus, Amygdala, and Prefrontal Cortex. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(1):3–23.
117. Fries GR, Saldana VA, Finnstein J, Rein T. Molecular pathways of major depressive disorder converge on the synapse. *Molecular Psychiatry*. 2023;28(1):284–297.

118. Smith K, Goodby E, Hales S, Johns L. Enhancing future-directed thinking in people with first-episode psychosis using a guided imagery intervention. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2022;76:101738.
119. Kordi M, Fasanghari, M., Asgharipour, N., & Esmaily, H. . Effect of guided imagery on maternal fetal attachment in nulliparous women with unplanned pregnancy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016;4(4):723–731. .
120. E M. *The Cultural Evolution of Guided Imagination*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers, 2016.
121. Öztürk G. İmgeleme: Bir Gözden Geçirme. *Current Approaches in Psychiatry*. 2023;15(3):488–497.
122. Hall E, Stradling P, Hall C. *Guided imagery: Creative interventions in counselling & psychotherapy*. 2006.
123. Kumar SP, Kumar A, Shenoy K, D'souza M, Kumar VK. Guided/graded motor imagery for cancer pain: Exploring the mind-brain inter-relationship. *Indian Journal of Palliative Care*. 2013;19(2):125.
124. Elgit Ö, Bilge, A., & Bayrakçı, A. . Toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni tanısı almış bireylerde uygulanan yönlendirilmiş imgeleme yönteminin bireylerin işlevselliğine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2020;11(3):165–172.
125. Leuner H. Guided affective imagery (GAI). *American Journal of Psychotherapy*. 1969;23(1):4–22.
126. García-Sastre MM, Castro-Molina FJ, Cabanillas RC, Corrales CS, Jardón Golmar L, Carretero Román J, Aguilera Serrano C, Nursing SAoMH. Psychotherapeutic nursing as Advanced Clinical Practice for the promotion of mental health in Spain. *International Nursing Review*. 2024;71(2):244–249.
127. Delaney KR. Inclusion of psychiatric–mental health advanced practice nurses in federal behavioral workforce planning. *Psychiatric Services*. 2024;75(6):594–596.
128. T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliği, 10 Mart 2010, Sayı: 27515.
129. Zengin Aydın L, Doğan A. The effect of guided imagery on postoperative pain management in patients undergoing lower extremity surgical operations: A randomized controlled trial. *Orthopaedic Nursing*. 2023;42(2):105–112.
130. Prabu PK, Subhash J. Guided imagery therapy. *Journal of Nursing and Health Science*. 2015;4(5):56–58.
131. Hidayat N, Kurniawan R, Sandi YDL, Andarini E, Firdaus FA, Ariyanto H, Khaerunnisa RN, Setiawan H. Combination of music and guided imagery on relaxation therapy to relief pain scale of post-operative patients. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*. 2022;8(2).
132. Burhenn PS. Guided imagery for pain control. Number 5/October 2014. 2014;18(5):501–503.
133. Patricolo GE, LaVoie A, Slavin B, Richards NL, Jagow D, Armstrong K. Beneficial effects of guided imagery or clinical massage on the status of patients in a progressive care unit. *Critical care nurse*. 2017;37(1):62–69.
134. Kubilay ŞD, Ergüney, S. . Kemoterapi tedavisi alan hastalarda progresif gevşeme egzersizleri ve yönlendirilmiş imgelem uygulamasının kemoterapi semptomları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(1):67–76.
135. Ukhawounam U, Limruangrong P, Pungbangkadee R, Vongsirimas N. Effects of Education and Guided Imagery Program on Stress Level and Coping Behaviors Among Pregnant Women at Risk of Preterm Birth. *Int J Womens Health*. 2023;15:1581–1591.
136. Kaya R, Tanriverdi D. The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. *Curr Psychol*. 2023:1–13.
137. Nahcivan N. Nicel Araştırma Tasarımları. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Editörler). *Hemşirelikte Araştırma*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2018.
138. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–571.

139. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):3–13.
140. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1998;6(22):118–126.
141. Korkmaz M. Yetişkin Örneklem İçin Bir Benlik Saygısı Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. 1996, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Prof.Dr. Şefik Uysal).
142. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385–396.
143. Eskin M, Harlak, H., Demirkıran, F., Dereboy, Ç. . Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal* 2013;51(3):132–140.
144. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge, 1988.
145. Mishra P, Singh U, Pandey CM, Mishra P, Pandey G. Application of student's t-test, analysis of variance, and covariance. *Annals of cardiac anaesthesia*. 2019;22(4):407–411.
146. Kim H-Y. Statistical notes for clinical researchers: A one-way repeated measures ANOVA for data with repeated observations. *Restorative dentistry & endodontics*. 2015;40(1):91–95.
147. Sorokin MY, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Khobeysh MA, Makarevich OV, Neznanov NG, Maximova TG, Verzilin DN, Lutova NB, Mazo GE. Determinants of stress levels and behavioral reactions in individuals with affective or anxiety disorders during the COVID-19 pandemic in Russia. *Frontiers in Sociology*. 2022;7:870421.
148. Seipp V, Hagelweide K, Stark R, Weigelt S, Christiansen H, Kieser M, Otto K, Reck C, Steinmayr R, Wirthwein L. Parenting stress in parents with and without a mental illness and its relationship to psychopathology in children: a multimodal examination. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1353088.
149. Campbell-Gillies L. Guided imagery as treatment for anxiety and depression in breast cancer patients: a pilot study. University of Johannesburg (South Africa), 2003.
150. Watanabe E, Fukuda S, Hara H, Maeda Y. Differences in relaxation by means of guided imagery in a healthy community sample. *Alternative therapies in health and medicine*. 2006;12(2):60.
151. Lee MH, Kim D-H, Yu HS. The effect of guided imagery on stress and fatigue in patients with thyroid cancer undergoing radioactive iodine therapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013(1):130324.
152. Gunes H, Saritas S, Ozdemir A, Bulbul AS. The effect of guided imagery applied on geriatric orthopaedic patients on preoperative anxiety and comfort. *ANZ journal of surgery*. 2023;93(12):2964–2968.
153. Cox C, Jolley S, Johns L. Understanding and treating amotivation in people with psychosis: An experimental study of the role of guided imagery. *Psychiatry research*. 2016;246:387–391.
154. Bhawana K, Chellappan XB, Rohilla J. Efficacy of family psychoeducation on drug compliance, self-esteem and caregivers' burden among selected psychiatric inpatients from a tertiary care centre, North India. *Industrial Psychiatry Journal*. 2022;31(1):89–97.
155. Erdoğan E, Demir S. The effect of solution focused group psychoeducation applied to schizophrenia patients on self-esteem, perception of subjective recovery and internalized stigmatization. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022;43(10):944–954.
156. Cathlin CA, Salim RMA. The effectiveness of a psychoeducation intervention program for enhancing self-esteem and empathy: A study of emerging adult college student. *Jurnal Paedagogy*. 2024;11(3):462–472.
157. Dat NT, Mitsui N, Asakura S, Kako Y, Takanobu K, Fujii Y, Kusumi I. Enhancing self-esteem and self-compassion to mitigate suicide risk: A feasibility and acceptability

- study among Japanese university students. *Asian Journal of Psychiatry*. 2024;101:104207.
158. Kaplan V, Kul Uçtu A. The effect of the communication skills psychoeducation program on the communication skills and self-esteem of the care personnel working in a rehabilitation center. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022;58(4):2489–2496.
 159. Nikam MDS. Effectiveness of activity therapy on Self-esteem of patients with Depression in selected areas. 2021.
 160. Reitz AK. Self-esteem development and life events: A review and integrative process framework. *Social and Personality Psychology Compass*. 2022;16(11).
 161. Wagner J, Lüdtke O, Trautwein U. Self-esteem Is Mostly Stable Across Young Adulthood: Evidence from Latent STARTS Models. *Journal of Personality*. 2016;84(4):523–535.
 162. Holmes EA, Mathews A, Dalgleish T, Mackintosh B. Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*. 2006;37(3):237–247.
 163. Ji JLL, Kavanagh DJ, Holmes EA, MacLeod C, Di Simplicio M. Mental imagery in psychiatry: conceptual & clinical implications. *Cns Spectrums*. 2019;24(1):114–126.
 164. Sit HF, Hall BJ, Wang YQ, Zhang YT, Ju QQ, Gan YQ. The effect of positive mental imagery training on Chinese University students with depression: A pilot study. *Current Psychology*. 2022;41(6):3716–3729.
 165. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. New York, 1976.
 166. Disner SG, Beevers CG, Haigh EA, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nat Rev Neurosci*. 2011;12(8):467–477.
 167. Holmes EA, Mathews A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(3):349–362.
 168. Pearson J, Naselaris T, Holmes EA, Kosslyn SM. Mental Imagery: Functional Mechanisms and Clinical Applications. *Trends Cogn Sci*. 2015;19(10):590–602.

EKLER

EK 1: Randomizasyon

Rasgele atama yöntemi: ?
Rasgele Tahsis Kuralı

Örneklem büyüklüğü: ?
80

Grup sayısı: ?
2

☐ Gruplara dağıtım oranlarını belirlemek istiyorum.

Çekirdek değeri (seed number): ?
809394335

Çalıştır

Tablo 2: Gruplara rasgele atanan örneklerin dağılımı

Atama	Sıklık
Grup 1	40
Grup 2	40

Tabloyu indir (Excel)

Tablo 1: Rasgele atama tablosu

Denek	Atama
1	Grup 1
2	Grup 2
3	Grup 1
4	Grup 2
5	Grup 2
6	Grup 2
7	Grup 2
8	Grup 1
9	Grup 2
10	Grup 2
11	Grup 1
12	Grup 2
13	Grup 2

Showing 1 to 80 of 80 entries

EK 2: Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz?

1-Kadın 2-Erkek

2) Kaç yaşındasınız? -----

3) Medeni durumunuz? 1)Evlili 2)Bekar

4) Eğitim durumunuz? 1) Okur-Yazar 2)İlköğretim 3)Lise 4)Yükseköğretim

5) Mesleğiniz:-----

6) Para getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

Çalışmıyorsanız sebebi nedir?-----

7) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

8) Aile tipiniz? 1)Parçalanmış aile 2)Çekirdek aile 3)Geniş aile

9) Şu an sigara içiyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

10) Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

11) Kronik fiziksel bir hastalığınız var mı? 1) Hayır 2) Evet-----

12) Ruhsal hastalığınız kaç yıldır var?

1) 0-5 yıl 2) 6-10 yıl 3) 11-16 yıl 4) 17 ve üzeri

13) Kaç yıldır hastalığınıza yönelik tedavi alıyorsunuz?

1) 0-5 yıl 2) 6-10 yıl 3) 11-16 yıl 4) 17 ve üzeri

14) Ne kadar süredir ilaç tedavisi alıyorsunuz?

1) 1-6 ay 2) 7 ay-12 ay 3) 13 ay-18 ay 4) 19 ay-24 ay 5) 25 ay ve üstü

15) Son 1 yılda EKT aldınız mı?

1-Evet 2-Hayır

16) Hastalığınız aile ilişkilerinizi etkiledi mi? 1)Evet 2)Hayır

17) Hastalığınız arkadaşlık ilişkilerinizi etkiledi mi? 1)Evet 2)Hayır

18) Sosyal aktivitelere katılırmısınız? 1)Evet 2)Hayır

Cevabınız hayır ise sebebi nedir?-----

19) Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?

1-Evet 2-Hayır

EK 3: Beck Depresyon Ölçeği

BDE

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

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

EK 3: Beck Depresyon Ölçeği (Devamı)

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışamıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

EK 3: Beck Depresyon Ölçeği (Devamı)

19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskişime göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK 4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıda kendinizle ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatli bir şekilde okuyarak, size en uygun olan aşağıda belirtilen seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz.

Eğer ifade sizin için;

Tamamen Uygunsa	baş harfleri olan	"TU" <u>yu</u>	<u>TU</u>	BU	PUD	HUD
Uygunsa	baş harfleri olan	"U" <u>yu</u>	TU	<u>U</u>	PUD	HUD
Uygun Değilse	baş harfleri olan	"UD" <u>yi</u>	TU	BU	<u>UD</u>	HUD
Hiç Uygun Değilse	baş harfleri olan	"HUD" <u>yi</u>	TU	BU	PUD	<u>HUD</u>



		Tamamen Uygun	Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
1	Genel olarak kendimden memnunum.	TU	U	UD	HUD
2	Bazen hiç yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	TU	U	UD	HUD
3	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	TU	U	UD	HUD
4	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar iyi bir şeyler yapabilirim.	TU	U	UD	HUD
5	Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	TU	U	UD	HUD
6	Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.	TU	U	UD	HUD
7	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	TU	U	UD	HUD
8	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	TU	U	UD	HUD
9	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak göme eğilimindeyim.	TU	U	UD	HUD
10	Kendime karşı olumlu bir tutum(tavır) içindeyim.	TU	U	UD	HUD

EK 5: Algılanan Stres Ölçeği

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşüncelerimiz ve duygularımızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.	Hiç	Neredeyse hiç	Bazen	Sıkça	Çok sık
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendimizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

EK 6: Eğitim Katılım Belgesi



EK 7: Eğitim İçeriğinde Görüş Alınan Uzmanlar

KİŞİ	ALANI
1. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ	Psikiyatri Hemşiresi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
2. Prof. Dr. Mualla YILMAZ	Psikiyatri Hemşiresi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
3. Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ	Psikiyatri Hemşiresi, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
4. Prof. Dr. Hülya BİLGİN	Psikiyatri Hemşiresi, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
5. Dr. Öğr. Üyesi Derya Gülcan YILDIRIM	Klinik Psikolog, Atatürk Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi
6. Uzm. Psikolog Musa İbrahim YILDIRIM	Uzman Psikolog
7. Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Turabi YERLİ	Tıp Doktoru, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK 8. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.05.2024-E.50484	
T.C. KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ETİK KURUL KARARLARI	
Toplantı Tarihi: 30.04.2024	Toplantı Sayısı: 2024/04
Üniversitemiz Etik Kurulu 30.04.2024 tarihinde Prof. Dr. M. Fatih KANTER başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.	
Karar: 21 Üniversitemiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü Öğretim Elemanı Öğr. Gör. Çiğdem ÖZDEMİR'in " <i>Depresyon Tanısı Almış Bireylere Uygulanan Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin Depresyon, Benlik Saygısı ve Stres Düzeyine Etkisi</i> " başlıklı çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna, konunun gereği için Rektörlük Makamına arzına;	
Oy birliği ile karar verilmiştir.	
Prof. Dr. M. Fatih KANTER Başkan	
Doç. Dr. İbrahim EFE Başkan Yardımcısı	Prof. Dr. Abdurrahman ÇETİN Üye
Prof. Dr. Fatih BEKTAŞ Üye	Prof. Dr. Mustafa DEDE Üye
Prof. Dr. Memet KULE Üye	Prof. Dr. Reşat KARTAL Üye
Prof. Dr. M. Fatih KANTER Başkan	

EK 9: Kurum İzni



T.C.
KİLİS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-34007727-770-246903283
Konu : Bilimsel Araştırma Yayın İzni (Çiğdem
ÖZDEMİR)

25.06.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Öğr. Gör. Çiğdem ÖZDEMİR'in '**Depresyon Tanısı Almış Bireylere Uygulanan Yönlendirilmiş İmgeleme Destekli Psikoeğitimin Depresyon, Benlik Saygısı Ve Stres Düzeyine Etkisi**' konulu çalışmayı Müdürlüğümüze bağlı Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup komisyonumuzca uygun görülmüştür.

Temmuz 2024 - Temmuz 2025 tarihleri arasında veri toplamaya yönelik beyan edilen çalışmanın; Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen gösterilerek yürütülmesi,

Beyan edilen süre içerisinde tamamlanmaması durumunda Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek ek süre talebinde bulunulması,

Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışmanın sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüze iletilmesi,

Araştırmadan elde edilecek verilerin Kilis İl Sağlık Müdürlüğünden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almadan yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ilerdeki süreçte Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mehmet ÖZTİN
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Dağıtım:

Gereği:

Bilgi:

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 005FC78B-1188-4DE2-9D9F-9B5AC56AEAE5

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>



EK 10: Aydınlatılmış Onam Formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GONULLU OLUR FORMU

Öğr. Gör. Çiğdem Özdemir tarafından yürütülen “Depresyon Tanısı Almış Bireylere Uygulanan Yönlendirilmiş İngeleme Destekli Psikoeğitimin Depresyon, Benlik Saygısı ve Stres Düzeyine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Adı	Depresyon Tanısı Almış Bireylere Uygulanan Yönlendirilmiş İngeleme Destekli Psikoeğitimin Depresyon, Benlik Saygısı ve Stres Düzeyine Etkisi
Araştırmanın Amacı	Bu araştırma depresyon tanısı almış bireylerde uygulanan yönlendirilmiş ingeleme destekli psikoeğitimin depresyon, benlik saygısı ve stres düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.
Araştırmanın Yöntemi	Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDO), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSO) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) kullanılacaktır. Tanıtıcı bilgi formu ve ölçeklerin uygulanması sonunda deney grubuna yönlendirilmiş ingeleme destekli psikoeğitim uygulanacaktır. Araştırma sonlandıktan sonra kontrol grubuna da yönlendirilmiş ingeleme destekli psikoeğitim programı uygulanacaktır.
Araştırmanın Nedeni	() Bilimsel araştırma (X) Tez çalışması
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	Temmuz 2024- Temmuz 2025
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet X Hayır

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanıma izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma Yürütücüsü

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres		
Gönüllü		
Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve Telefonu		

EK 11: Ölçek Kullanım İzinleri

**Re: ÖLÇEK İZNİ**17 Mart 2024 22:34

Kimden:

Kime:

Kullanabilirsiniz başanlır

12 Mar 2024 Sal 14:40 tarihinde Çiğdem ÖZDEMİR < > unu yazdı:

Merhaba hocam,

Algılanan Stres Ölçeği'ni doktora tezimde kullanmak üzere izninizi rica ediyorum.

Öğr. Gör. Çiğdem Özdemir
Kilis 7 Aralık Üniversitesi

**ölçek onayı**

Kimden:

Kime:

 Beck Depresyon Envanteri.pdf (77,3 KB) [Önizle](#) | [İndir](#) | [Kaldır](#)

 Beck Depresyon ...ne bir Çalışma.pdf (4 MB) [Önizle](#) | [İndir](#) | [Kaldır](#)

 Beck Depresyon ...ri için geçerli.pdf (6,2 MB) [Önizle](#) | [İndir](#) | [Kaldır](#)

 [Tüm ekleri indir](#)

 [Tüm ekleri kaldır](#)

Merhaba Çiğdem,

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

Nesrin Hisli Sahin, PhD
Adjunct Professor

**Re: ölçek izni**12 Mart 2024 12:08

Kimden:

Kime:

 Rosenberg benli...da ek bilgiler.docx (118,5 KB) [Önizle](#) | [İndir](#) | [Kaldır](#)

 Rosenberg Benli...Saygısı Ölçeği.pdf (490,5 KB) [Önizle](#) | [İndir](#) | [Kaldır](#)

 [Tüm ekleri indir](#)

 [Tüm ekleri kaldır](#)

Merhaba,

Rosenberg benlik saygısı ölçeğini son yaptığım çalışmaların bildiri kaynaklarını göstererek araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekli dosyalarda gerekli bilgiler bulunmaktadır.

İyi çalışmalar.
Doç. Dr. Mediha Korkmaz

ÖZGEÇMİŞ

2017 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2017-2021 yılları arasında Gaziantep Şhitkamil Devlet Hastanesinde Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği'nde hemşire olarak görev yaptı. 2018-2021 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2021 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği alanında Doktora eğitimine başladı. 2021 yılında Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na öğretim görevlisi olarak olarak atanmış olup, görevine halen devam etmektedir.

