

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

ROY UYUM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ
DEPRESYONDA PSİKİYATRİK BAKIM
UYGULAMASININ TEDAVİ UYUMU, GENEL ÖZ
YETERLİK, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON
DÜZEYİNE ETKİSİ

Ahmet GÖKTAŞ

DOKTORA TEZİ

2021-ANTALYA

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

ROY UYUM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ
DEPRESYONDA PSİKİYATRİK BAKIM
UYGULAMASININ TEDAVİ UYUMU, GENEL ÖZ
YETERLİK, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON
DÜZEYİNE ETKİSİ

Ahmet GÖKTAŞ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktaran, her aşamada rehberlik eden, yardımını ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na; doktora eğitimimde ve tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e ve Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a ve psikiyatri hemşireliği anabilim dalındaki tüm öğretim elemanlarına;

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca kendilerinden ders aldığım, gelişimime katkı sağlayan ve emek veren değerli hocalarıma;

Birlikte çalıştığımız Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanlarına ve çalışanlarına, her süreçte destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına;

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yöneticilerine, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire meslektaşlarıma ve klinik çalışanlarına; araştırmaya katılmayı kabul eden ve bana zaman ayıran tüm katılımcılara;

Tez çalışmamın her aşamasında manevi desteklerini sırtımda hissettiğim sevgili annem Emine GÖKTAŞ'a, babam Cebail GÖKTAŞ' ve kardeşlerime; akademik hayatımın her aşamasında yanımda olan, sabır ve desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Hülya GÖKTAŞ'a; varlığıyla bana güç veren sevgili kızlarım Ebrar ve Elif'e; tez çalışmamın tam ortasında bize yeni bir umut ve güç vermek için hayata gözlerini açan kızım Ela'ya sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı Roy Uyum Modeline temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının depresyon tanısı ile yatan hastalarda tedavi uyumu, genel öz yeterlik, benlik saygısı ve depresyon düzeyi üzerine etkisini belirlemektir.

Yöntem: Bu araştırma randomize olmayan kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde depresyon tanısı ile yatan ve araştırmanın kriterlerine uyan 21 kontrol, 21 Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması grubu olmak üzere 42 hasta ile Mart-Kasım 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler; Hasta Bilgi Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Rosenberg Öz Saygı Ölçeği ve Hasta Sağlık Anketi-9 ile toplanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara klinikte uygulanan rutin bakım uygulamaları dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması grubunun verileri Roy Uyum Modeline temellendirilmiş veri toplama formu ile toplanmış ve yatış süresince Roy Uyum Modeline temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması doğrultusunda psikiyatrik bakım verilmiştir. Veriler SPSS 26.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Depresyon tanısı ile yatan hastalarda Roy Uyum Modeline temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının kontrol grubuna göre tedavi uyumunu artırdığı ($p=0.000$), benlik saygısını yükselttiği ($p=0.000$) ve depresyon düzeyini önemli ölçüde azalttığı ($p=0.000$) bulunmuştur. Hastaların genel öz yeterlik düzeyinde ise, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0.054$).

Sonuç: Araştırma sonuçları Roy Uyum Modeline temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının depresyon tanısı ile yatan hastalarda tedavi uyumunu artırdığını, genel öz yeterlik düzeyine etkisinin olmadığını, benlik saygısını yükselttiğini ve depresyon düzeyini azalttığını göstermektedir. Uygulamalarda ve araştırmalarda Roy Uyum Modeline temellendirilmiş psikiyatrik bakım uygulamalarının sürdürülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: depresyon, Roy Uyum Modeli, Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study is to determine the effect of Psychiatric Care Practice in Depression based on the Roy Adaptation Model on medication adherence, general self-efficacy, self-esteem, and depression level in depression inpatients.

Method: The study is a quasi-experimental with a non-randomized control group. It was carried out between March and November 2020 with 42 patients (21: control group, 21: Psychiatric Care Practice in Depression group) who were depression inpatients in the Akdeniz University Hospital Psychiatry Clinic and met the criteria of the study. Data were collected with Patient Information Form, Morisky Medication Adherence Scale, General Self-Efficacy Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale and Patient Health Questionnaire-9. Except for routine clinical care practices, no intervention was performed for the patients in the control group. Data of the Psychiatric Care Practice in Depression group were collected with data collection form based on the Roy Adaptation Model and psychiatric care was provided in line with the Psychiatric Care Practice in Depression based on the Roy Adaptation Model during hospitalization. Data were evaluated with the SPSS 26.0 package program.

Results: It was found that Psychiatric Care Practice in Depression based on the Roy Adaptation Model increased medication adherence ($p=0.000$), increased self-esteem ($p=0.000$), and significantly reduced depression level ($p=0.000$) compared to the control group in depression inpatients. There was no statistically significant difference in the general self-efficacy level of the patients ($p=0.054$).

Conclusion: The results of the study show that Psychiatric Care Practice in Depression based on the Roy Adaptation Model increases medication adherence, has no effect on the general self-efficacy level, increases self-esteem and reduces depression level in depression inpatients. It is recommended to continue psychiatric care practices based on the Roy Adaptation Model in practices and studies.

Key words: depression, the Roy Adaptation Model, Psychiatric Care Practice in Depression, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Depresyon	3
2.2. Depresyonda Tedavi Uyumu	5
2.3. Genel Öz Yeterlik	7
2.4. Benlik Saygısı	8
2.5. Depresyon Düzeyi	9
2.6. Psikiyatrik Bakım ve Model Kullanımı	11
2.7. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi - Roy Uyum Modeli	13
2.7.1. RUM'un Temel Kavramları	14
2.7.2. RUM'a göre Hemşirelik Süreci	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	31
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri	33
3.5. Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı	37
3.6. Veri Toplama Araçları	39
3.7. RUM'a Temellendirilmiş DePBU	41

3.8. Ön Uygulama	43
3.8.1. Ön Uygulama Sonuçları	44
3.9. Araştırmanın Verilerinin Toplanması	45
3.9.1. İlk Ölçüm Verileri	45
3.9.2. Uygulama	46
3.9.3. Son Ölçüm Verileri	46
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	46
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.12. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu	47
3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları	47
3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR	48
4.1. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'ya göre Girişim Grubuna Verilen Psikiyatrik Bakım ile İlgili Bulgular	48
4.2. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Tedavi Uyumuna Etkisi ile ilgili Bulgular	58
4.3. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Genel Öz-Yeterlik Düzeyine Etkisi ile ilgili Bulgular	58
4.4. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Benlik Saygısına Etkisi ile ilgili Bulgular	59
4.5. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Depresyon Düzeyine Etkisi ile ilgili Bulgular	60
5. TARTIŞMA	62
5.1. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'ya Göre Girişim Grubuna Verilen Psikiyatrik Bakımın Değerlendirilmesi	62
5.2. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Tedavi Uyumuna Etkisi	66
5.3. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Genel Öz-Yeterlik Düzeyine Etkisi	69
5.4. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Benlik Saygısına Etkisi	71
5.5. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Depresyon Düzeyine Etkisi	72

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

75

KAYNAKLAR

77

EKLER

EK-1. Araştırma Planı Zaman Çizelgesi

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

EK-3. RUM'a Temellendirilmiş Veri Toplama Formu

EK-4. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

EK-5. Genel Öz-Yeterlik Ölçeği

EK-6. Rosenberg Öz Saygı Ölçeği

EK-7. Hasta Sağlık Anketi-9

EK-8a. RUM'a Temellendirilmiş DePBU

EK-8b. DePBU–Dört Uyum Alanına Yönelik Dört Örnek Hemşirelik Tanısı

EK-9. Sister Callista Roy'dan Alınan Uzman Görüşü

EK-10. RUM Kullanım İzni

EK-11. Etik Kurul Onayı

EK-12. Kurum İzni

EK-13. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Kullanım İzni

EK-14. Genel Öz Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni

EK-15. Rosenberg Öz saygı Ölçeği Kullanım İzni

EK-16. Hasta Sağlık Anketi-9 Kullanım İzni

EK-17. Bilgilendirilmiş Onam Formu (DePBU grubu)

EK-18. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol grubu)

ÖZGEÇMİŞ

117

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1.	Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları	32
Tablo 3.2.	Örneklemin özellikleri	33
Tablo 3.3.	Kontrol ve DePBU grubundaki hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri	36
Tablo 3.4.	Ön uygulamada yapılan değişiklikler	44
Tablo 3.5.	Ön uygulama ön test-son test sonuçları	45
Tablo 3.6.	Ön uygulamada dört uyum alanına göre ortaya çıkan hemşirelik tanıları	45
Tablo 4.1.	Fizyolojik alan ile ilgili bulgular	50
Tablo 4.1.1.	Fizyolojik alan ile ilgili bulgular devamı	51
Tablo 4.2.	Benlik kavramı alanı ile ilgili bulgular	53
Tablo 4.2.1.	Benlik kavramı alanı ile ilgili bulgular devamı-1	54
Tablo 4.2.2.	Benlik kavramı alanı ile ilgili bulgular devamı-2	55
Tablo 4.3.	Rol fonksiyon alanı ile ilgili bulgular	56
Tablo 4.4.	Karşılıklı bağımlılık alanı ile ilgili bulgular	57
Tablo 4.5.	Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların MTUÖ puan ortalamaları	58
Tablo 4.6.	Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların GÖYÖ puan ortalamaları	59
Tablo 4.7.	Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların RÖSÖ puan ortalamaları	59
Tablo 4.8.	Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların HSA-9 puan ortalamaları	60

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Design) Akış Şeması	35
Şekil 3.2.	Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı	38



SİMGELER ve KISALTMALAR

DePBU: Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

GÖYÖ: Genel Öz Yeterlik Ölçeği

HSA-9: Hasta Sağlık Anketi-9

MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

RÖSÖ: Rosenberg Öz Saygı Ölçeği

RUM: Roy Uyum Modeli

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TMS: Transkranial Manyetik Stimülasyon

TREND: Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs

URSEP: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Psikiyatrik hastalıklar içinde ilk tanımlanan ve günümüzde en sık tanı konulan hastalıklardan biri depresyondur (Townsend ve Morgan 2018). Depresyon, en az iki hafta boyunca günlük aktiviteleri yerine getirmeye karşı isteksizlik, derin üzüntü ve normalde zevk alınan aktivitelere olan ilginin kaybı ile karakterize yaygın bir psikiyatrik bozukluktur (WHO, 2017). Dünya çapında 264 milyondan fazla insanın depresyondan etkilendiği belirtilmektedir (WHO, 2020). Depresyonun demografik ve epidemiyolojik geçişlerinin devam etmesi durumunda 2030 yılında dünyada hastalık yükünün en önemli nedenleri arasında ilk sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2001; WHO, 2011).

Depresyonu olan bireylerde enerji kaybı, iştahta değişim, az ya da çok uyuma, anksiyete, kararsızlık, huzursuzluk, değersizlik, aşırı suçluluk ve umutsuzluk duyguları ve intihar etme düşünceleri görülmektedir (Varcarolis, 2013; WHO, 2017; Videbeck, 2020). Ayrıca düşünme, konuşma ve hareketlerde azalma, yorgunluk, depresif ruh hali, kiloda değişim, dikkat eksikliği, aşırı duygusal hassasiyet, karar almada zorluk, ajitasyon, cinsel istek kaybı, düşük benlik saygısı, sosyal geri çekilme gibi sosyal, fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtiler ortaya çıkmaktadır (Varcarolis, 2013; Videbeck, 2020). Bu belirtiler hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal uyum alanlarını etkilemektedir. Bu uyum alanlarında meydana gelen olumsuzluklar hastanın tüm yaşamına yansımaktadır. Bu nedenle hemşireler depresyonun tedavisi ve bakımında üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın göstereceği uyumda önemli bir etkiye sahiptir. Hemşire, hastayı dikkatle izlemeli, sağlık bakımlarını sürdürmesini desteklemeli, ruhsal belirtilerini, tedaviye uyumunu, biyolojik, psikolojik ve sosyal uyumunu etkin ve kapsamlı olarak değerlendirmelidir (Ertekin Pınar ve Tel, 2012; Koç, 2016).

Psikiyatri hastasının bakımı söz konusu olduğunda, hemşirenin uygulamalarını “psikiyatrik bakım” kavramı kapsamında değerlendirmek önemlidir. Psikiyatrik bakım, birey merkezli ve iyileşme temelli bir model içinde gelişen, psikiyatrik bozuklukların nörobiyolojisi ve psikotrop tedavi ile ilgili kanıtları anlama ve bunları hemşire-hasta arasındaki terapötik ve profesyonel ilişkiye entegre etmeyi sağlayan bir yaklaşımdır

(Buldukoğlu, 2015). Bu yaklaşım psikiyatrik bakımın temelinde yer almaktadır. Bu nedenle, psikiyatrik bakımda hasta için önceliklerin belirlenmesi ve hemşirelik süreci doğrultusunda bakım uygulamalarının yerine getirilmesi gerekmektedir (Videbeck, 2020). Psikiyatrik bakım uygulamalarının daha kapsamlı ve sistematik olması için, veri toplama, verileri analiz etme, hemşirelik tanılarının oluşturulması aşamalarının bilimsel bir şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Bunu sağlamak için hemşire kuramcılar tarafından geliştirilen modeller kullanılmalıdır (Günüşen, 2016). Modeller, kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımda bireylere özgü farklılık oluşturmakla birlikte, birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına imkan sağlamaktadır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Ayrıca, uygulamadaki sorunların araştırılmasına yön vererek çözüm önerileri geliştirilmesini, hemşirenin tıbbi uygulamalara değil, hemşirelik girişimlerine odaklanmasını ve bakımın daha sistematik olmasını sağlamaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu bağlamda, hemşirelik araştırmalarında birçok hemşirelik modeli kullanılmaktadır (Üstün ve Gigliotti, 2009). En çok kullanılan hemşirelik modellerinden birinin Roy Uyum Modeli (RUM) olduğu belirtilmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017).

Roy Uyum Modeli, Sister Callista Roy tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir (Fawcett, 2006; Senesac ve Roy, 2015). RUM'a göre insan, iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015). Model, bireyin fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerine de odaklandığı için hemşirelik bakımında bütüncül bir bakış açısı sağlamaktadır (Fawcett, 2006; Roy, 2009a; Punjani, 2013). Depresyon hastalarında görülen belirtiler dikkate alındığında bir psikiyatri hemşiresinin hastaları bütüncül bakış açısıyla ele alması gerektiği söylenebilir. RUM, bu bakış açısını sağladığı için birçok hasta grubunda kullanılabilir. Ancak, depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu çalışmada depresyon hastalarına verilen psikiyatrik bakımda RUM kullanılmıştır. Bu çalışmanın psikiyatrik bakımı ve sonuçlarını ölçmesi ve psikiyatri hemşireliğine katkı sağlaması açısından çok değerli olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu araştırmanın amacı RUM'a temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının (DePBU) depresyon tanısı ile yatan hastalarda tedavi uyumu, genel öz yeterlik, benlik saygısı ve depresyon düzeyi üzerine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Sağlıklı bireyler, günlük yaşam olaylarına üzüntü, sıkıntı gibi duygularla tepki vermektedirler. Bu tepkiler kısa süreli, yaygın ve normal bir tepki olmakla birlikte, bireyin yaşadığı kayıp ya da başarısızlığa uyum göstermesiyle sona ermektedir. Bireyin yaşadığı kayıp ya da başarısızlığa karşı gösterdiği uyum çabalarının başarısız olması durumunda, patolojik bir durum olarak depresyon ortaya çıkmaktadır (Koç, 2016; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon, psikiyatrik hastalıklar arasında tarihte ilk olarak tanımlanan ve günümüzde de en sık görülen ve tanı konulan psikiyatrik bozukluklardan biridir (Akiskal, 2017; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon, en az iki hafta boyunca günlük aktiviteleri yerine getirmeye karşı isteksizlik, derin üzüntü ve normalde zevk alınan aktivitelere olan ilginin kaybı ile karakterize yaygın psikiyatrik bir bozukluktur (WHO, 2017).

Dünyada ruhsal bozuklukların tanımlanmasında en yaygın kullanılan tanı sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemidir (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V). Bu sınıflamaya göre depresif bozukluklar; Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu, Majör Depresif Bozukluk, Süregiden Depresif Bozukluk (Distimi), Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresif Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Depresif Bozukluk ve Tanımlanmamış Depresif Bozukluk olmak üzere sekiz başlık altında ele alınmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Majör depresif bozukluk, tipik olarak en az iki hafta ya da daha fazla devam eden üzgün bir ruh hali ve yaşam aktivitelerine karşı ilgisizlik ile birlikte anhedoni, kilo, uyku, enerji, konsantrasyon, karar verme, benlik saygısı gibi depresyon belirtilerinden en az dördünde meydana gelen değişim ile birlikte ortaya çıkmaktadır (Videbeck, 2020). Depresyonu olan bireylerde enerji kaybı, iştahta değişim, az ya da çok uyuma, anksiyete, kararsızlık, huzursuzluk, değersizlik, aşırı suçluluk ve umutsuzluk duyguları ve intihar etme düşünceleri görülmektedir (Varcarolis, 2013; DSÖ, 2017; Videbeck, 2020). Ayrıca

düşünme, konuşma ve hareketlerde azalma, yorgunluk, depresif ruh hali, kiloda değişim, dikkat eksikliği, aşırı duygusal hassasiyet, karar almada zorluk, ajitasyon, cinsel istek kaybı, düşük benlik saygısı, sosyal geri çekilme gibi sosyal, fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtiler ortaya çıkmaktadır (Varcarolis, 2013; Videbeck, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya çapında 300 milyondan fazla depresyonlu birey yaşamaktadır. Dünya genelinde depresyon oranında 2005-2015 yıllarını kapsayan 10 yıllık süreçte %18'in üzerinde artış olduğu belirtilmektedir (WHO, 2017). Depresyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir. 2014 yılında, 18 yaş ve üzerindeki bireylerin %6,6'sının (15,6 milyon kişi) son bir yılda en az bir defa majör depresif bozukluk atağı geçirdiği belirtilmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Yaşam boyu yaygınlığı ise %17 civarında olup, bu durum depresyonu en yaygın psikiyatrik bozukluk haline getirmektedir (Sadock ve ark., 2015; Townsend ve Morgan, 2018). Ayrıca Amerikalı gençler ve genç yetişkinlerde, özellikle de ergen kızlar arasında depresyon insidansının arttığına dair kanıtlar vardır. 2005'ten 2014'e kadar, insidans genç erkekler arasında %4.5'ten %5.7'ye ve genç kızlar için %13.1'den %17.3'e yükselmiştir (Mojtabai ve ark., 2016; Townsend ve Morgan, 2018). DSÖ, dünya çapında epidemiyolojik ve demografik geçişlerin devam etmesi durumunda depresyonun 2020 yılında %5.7 artarak "Engellilikle Kaybedilen Yıllar" sıralamasında ikinci sırada yer alacağını, 2030 yılında ise hastalık yükünün en önemli nedenleri arasında ilk sırada yer alacağını tahmin etmektedir (WHO, 2001; WHO, 2011). Ülkemizde ise, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na (URSEP) göre "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının İlk 20 Nedeninin Dağılımı" tablosunda depresif bozukluklar, kadınlarda %10.7 oranıyla ilk sırada yer alırken, erkeklerde ise %6.4 ile ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Depresyon, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir (Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Kadınlar için yaşam boyu depresyon sıklığı yaklaşık %21 iken, erkeklerde yaklaşık %12-13'tür (Townsend, 2016). Depresyonun cinsiyete göre farklılık göstermesi biyolojik (hormonal ve genetik), psikolojik ve sosyal teoriler ile açıklanmaktadır. Erkek ve kadın bağışıklık sisteminin strese verdiği farklı tepkiler, depresyonun cinsiyete göre farklı oranlarda ortaya

çıkmasında önemli bir faktördür. Kadınlar erkeklerle göre sosyal çevreye daha duyarlı oldukları için strese tepki olarak daha fazla enflamatuar aktiviteler gösterebilmektedir (Moieni ve ark., 2015; Athanasos, 2017). Ortaya çıkan bu enflamatuar aktivitelere karşı verilen sosyal ve duygusal tepkilerin cinsiyete göre farklılık göstermesinin, kadınların erkeklerden daha fazla depresif bozukluk geliştirmesinin nedenini açıkladığı özellikle vurgulanmaktadır (Moieni ve ark., 2015). Kadınlarda enflamatuar bir yanıt ortaya çıktığında, kadınlar daha fazla sosyal kopukluk hissetmekte ve depresif bir ruh hali yaşamaktadırlar (Moieni ve ark., 2015; Athanasos, 2017).

Depresyon prepubertal erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görülmektedir (Videbeck, 2020). Kadınlarda, hemen hemen 10 yaşında başlar ve ileriki yaşlarda da devam eder (Townsend, 2016). Depresyon insidansı kadınlarda yaşla birlikte azalırken, erkeklerde yaşla birlikte artar (Videbeck, 2020). Depresyonda cinsiyet arası farklılık 44-65 yaşları arasında daha az belirgindir. Ancak, 65 yaşından sonra kadınlar tekrar erkeklerden daha fazla depresyona girmektedirler. Bu durumun, toplumsal rollerde ve ekonomik-sosyal fırsatlarda cinsiyet farklılıkları ve yaşla birlikte meydana gelen değişimler ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Townsend ve Morgan, 2018).

Majör depresif bozukluk çoğunlukla yakın kişilerarası ilişkileri olmayan kişilerde ve boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülmektedir (Sadock ve ark., 2015). Bekar ve boşanmış kişilerde ise insidans daha yüksektir (Videbeck, 2020). Evliliğin, bekar olan ya da başka biriyle yakın ilişkisi olmayanlara göre olumlu psikolojik bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Ancak, Bulloch ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışma depresyonun gelişiminin sadece medeni durumla ilgili olmadığını, aynı zamanda bu ilişkinin cinsiyet ve yaş ile birlikte değişebileceğini göstermiştir. Depresyon riski açısından yaşın hem evli hem de bekar bireylerde önemli bir değişken olduğu vurgulanmaktadır (Lapate ve ark., 2014; Bulloch ve ark., 2017).

2.2. Depresyonda Tedavi Uyumu

Depresyonun semptomlarını azaltmak ve nüksü önlemek için psikotrop ilaçların uzun süre alınması gerekmektedir (Athanasos, 2017). Hastaların aylar ve yıllar boyunca karmaşık bir ilaç rejimine uyması zor olmaktadır (Warren, 2018). Bu süreçte uyum, tedavinin en önemli bileşenlerinden biridir (Yatham ve Kennedy, 2017). İlaçlarını düzenli olarak ve

önerildiği gibi kullanan hastalar tedaviye uyumlu kişiler olarak tanımlanmaktadır. Ancak, ilaçlarını düzenli almayan hastalar tedavi uyumu konusunda başarısız sayılmaktadır (Athanasos, 2017). Tedavi sürecinde birçok hasta ilaçlarını almayı ihmal etmekte, günlerce, haftalarca dozları atlamakta ya da tedaviyi tamamen bırakmaktadır (Yatham ve Kennedy, 2017). İlaçların bırakılmasının depresyonun nüksetme riskini artırmakla birlikte akut semptomların tekrar ortaya çıkmasının başlıca nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (Yatham ve Kennedy, 2017; Warren, 2018).

Hastaların antidepresan tedaviye uymaması, tedavinin başarısız olmasının en yaygın nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Yatham ve Kennedy, 2017). Hastaların ilaçlarını almak istememelerinin bazı nedenleri bulunmaktadır. Yan etkilerin hastaların yaşam kalitesini etkilemesi ve ilaç etkileri konusundaki bilgi eksikliği hastaların ilaçlarını bırakmalarında etkili olmaktadır (Athanasos, 2017). Bunların yanı sıra, içgörü eksikliği/hastalığın kabul edilmemesi, ilaçların yan etkileri hakkındaki deneyimleri ve endişeleri, ilaçların etkin olmaması, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, kültürel farklılıklar, bilişsel bozukluk gibi faktörler de kötü tedavi uyumuna neden olmaktadır (Trigoboff, 2014; Yatham ve Kennedy, 2017). Roaldset ve Sandberg (2019) tarafından yapılan bir sistematik derleme sonuçlarına göre depresyon hastalarında tedaviye uyumsuzluğun ana nedeninin istenmeyen yan etkiler olduğu belirtilmiştir.

Tedavi uyumu depresyon hastaları için daha olumlu kazanımlar doğurabilmektedir. Nüksetme belirtilerini tanımlayabilmek ve gecikmeden tedavi arayışına girmek, depresif bir atağın şiddetini önemli ölçüde azaltabilmektedir (Videbeck, 2020). Hasta-hemşire arasındaki işbirliği, tedavi uyumunu teşvik etmek açısından en değerli yaklaşımdır. Tedavi uyumunu teşvik etmek için en iyi strateji, hem hastanın hem de hemşirenin ilaçların etkileri ve yan etkileri, tedaviyi bırakmanın etkileri ve ortaya çıkabilecek durumlar hakkında sağlam bir bilgiye sahip olmasıdır. Hem hastanın hem de hemşirenin ilaçların farmakolojisine ilişkin gerekli bilgiye sahip olması, ilaçların toksik hale geldiğini, etkisiz hale geldiğini ya da terapötik olduğunu gösteren işaretleri doğru bir şekilde izleyebilmelerini sağlar (Athanasos, 2017). İlaçları aylar, yıllar hatta ömür boyu kullanmaları gerektiği için hastalar ve aileleri, ilaç rejimini nasıl yöneteceklerini öğrenmelidir. Bu konuda yapılacak bir eğitimin (psikoeğitim) tedavi uyumunu artıracığı

belirlenmektedir (Yatham ve Kennedy, 2017; Videbeck, 2020). Tedavi uyumu ile ilgili yapılan bir çalışmada psikoğitimin depresyon hastalarında tedaviye uyumu artırdığı belirtilmiştir (Günaydın ve Barlas, 2017). Ayrıca, hemşireler gerçekçi planlar geliştirerek hastaların ve ailelerin yaşam tarzlarına “ilaç alma”yı dahil etmelerine yardımcı olmalıdır. Bunun için hap kutuları, hatırlatmalar ve farklı ipuçlarının kullanılması, tedaviye uyum olasılığını artırabilir. Tedavi uyumunu geliştirmede hastanın ilaç, doz programları ve doz değişiklikleri ve yan etkiler hakkındaki endişelerini dikkatle dinlemek yararlı olabilir (Warren, 2018). Hastaların demografik özellikleri ve hastalığını etkileyen faktörlerin farkında olma, hastalığa karşı tutumunu ve kötü tedavi uyumuna işaret eden faktörleri rutin olarak ele almak ve tedaviyle ilişkili faktörleri araştırmak da tedavi uyumu açısından önemlidir (Yatham ve Kennedy, 2017).

2.3. Genel Öz Yeterlik

Öz-yeterlik kavramı Albert Bandura’nın sosyal bilişsel teorisinde geliştirilmiştir. Öz yeterlik, insanların istenen sonucu elde etmek için gerekli davranışları gerçekleştirme becerilerine olan inancı, yetenekleri ile ilgili yargıları ve çevresi ile etkin bir şekilde başa çıkma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Bandura 1977; Bandura, 1997; Boyd, 2018; Lönnfjörđ ve Hagquist, 2018). Öz yeterlik insanların kendilerini nasıl hissettiklerini, ne düşündüklerini, kendilerini nasıl motive ettiklerini ve nasıl davrandıklarını etkilemektedir. Öz yeterliğin güçlü olması durumunda, insanların kendileri için belirledikleri hedefleri yükselmekte ve kendilerine olan inançları ve kararlılıkları artmaktadır (Boyd, 2018).

Depresyonu olan hastalar rolleri ve sorumlulukları yerine getirmekte zorluk çekmektedirler. Depresyon ne kadar şiddetli olursa, zorluk da o kadar büyük olur. İşe ya da okula gitme ile ilgili sorunları vardır ve sorumluluklarını yerine getiremiyor gibi görünürler. Aynı durum aile sorumlulukları için de geçerlidir. Hastalar yemek pişiremez, temizlik ve gerekli bakımı yapamazlar. Hastalar yaşam ile ilgili rolleri ve sorumlulukları yerine getiremedikleri için değersizlik konusunda inanç geliştirirler (Videbeck, 2020).

İnsanlarda öğrenme öz-yeterlik yoluyla gerçekleşir. Öz-yeterlik bireyin kendi eylemlerinin etkili olduğuna inanmayı içerir. Bireyler yeni ya da farklı beceriler gerektiren koşullarda öğrenir ve uyum sağlar. Bu koşullar altında beceriler edinerek, uygulayarak ve başarılı sonuçları gözlemleyerek yaşam ve yaşamla ilgili problemlerle başarılı bir şekilde

baş edebileceklerine inananlar öz yeterlik duygusu geliştirmektedir (Trigoboff, 2014). Hastalar yetenekleri dahilinde olumlu bir sonuç doğuracağına inandıkları başa çıkma davranışları göstermeye yatkındırlar. Öz-yeterlik ölçümlerinde daha yüksek puan alan ya da içsel bir kontrol odağı olan bireyler daha olumlu başa çıkma davranışları göstermektedir (Hobelmann ve Clark, 2017). Albal ve Kutlu'nun (2010) yaptığı çalışmada depresyonun nüksetme sayısı fazla olan hastaların öz yeterlik düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Yine aynı çalışmada düşük öz-yeterliğin, hastaların hastanede yatış süresini artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca, şiddet öyküsü ve intihar düşüncesi olan hastaların öz yeterlik düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Albal ve Kutlu, 2010). Yapılan çalışmalara göre motivasyonel görüşmenin ve hemşirelik modeline göre bakım vermenin depresyonlu bireylerin öz yeterlik düzeylerini izlem sürecinde artırdığı belirtilmektedir (Temel ve Kutlu, 2015; Nasstasia ve ark., 2019). Bu tez çalışmasında hastaların genel öz yeterliğini artırmak amacıyla DePBU kapsamında psikiyatrik bakım uygulanmıştır.

2.4. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin başarılarına yönelik algısı ve akranları, aile üyeleri gibi yakın çevresi ve genel olarak toplum tarafından nasıl değerlendirildiğine dair kişinin öz-değer duygusunun bir ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (Sadock ve ark., 2015). Benlik saygısı, bir bireyin kişilik yapısının en önemli ve ayrılmaz parçasıdır (Akiskal, 2017). Olumlu benlik saygısının en önemli göstergeleri bireyin fiziksel görünümüne, akranlarına ve ailesine yönelik hissettiği pozitif değer algısıdır. Benlik saygısının ikincil göstergeleri de akademik başarı, atletik yetenekler ve özel yetenekler ile ilgilidir (Sadock ve ark., 2015).

Düşük benlik saygısı, bireyin kendisi ya da yetenekleri hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması ve öz-yeterliliğini olumsuz değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Townsend ve Morgan, 2018). Düşük benlik saygısı bir çok psikiyatrik bozukluk için olduğu gibi depresyon için de önemli bir etyolojik faktördür (McManus ve ark., 2009; Waite ve ark., 2012; Orth ve Robins, 2013; Townsend ve Morgan, 2018). Benlik saygısı depresyon hastalarında büyük ölçüde azalmakta ve zamanla kronikleşmektedir (Athanasos, 2017; Videbeck, 2020). Özellikle algılanan düşük benlik saygısı, depresif kişiliğin en temel tanımlayıcı özelliği olarak vurgulanmaktadır (Akiskal, 2017). Hastalar kendilerini tanımlarken genellikle “hiçbir işe yaramaz” ya da “değersiz” gibi ifadeler

kullanmakta ve kontrol edemedikleri olayların sorumluluğunu alarak kendilerini suçlamaktadırlar (Videbeck, 2020). Bu bilgiler ışığında, depresyonlu bireyler açısından benlik saygısının yükseltilmesinin ne kadar önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, depresyon semptomlarının tedavisinde en yaygın terapötik hedef benlik saygısını korumak ya da benlik saygısını yükseltmektir (Hilbert ve ark., 2019). Benlik saygısını yükselten girişimlerle depresyonun önlenebileceği ya da azaltılabileceği belirtilmektedir (Orth ve Robins, 2013).

Benlik saygısı, başkalarıyla girişken bir şekilde etkileşim kurma yeteneği ile artar. Etkileşimde bulunurken “ben” mesajlarının kullanımı gibi etkili iletişim tekniklerini öğretmek ve kendini suçlayıcı ifadelerden kaçınmayı vurgulamak benlik saygısı açısından önemli faktörlerdir (Townsend ve Morgan, 2018). Bu tür uygulamalar psikiyatri kliniğinde hemşirelik bakımı kapsamında uygulanabilecek girişimlerdir. Benlik saygısını geliştirmek için Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, NANDA ve NIC tarafından önerilen birçok girişim bulunmaktadır. Bu girişimler arasında *“benlik saygısını güçlendirme, beden imajını güçlendirme, başetmeyi güçlendirme, sosyalizasyonu güçlendirme”* gibi birçok girişim bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Bulechek ve ark., 2013; Ladwig ve Martinez-Kratz, 2017; Bulechek ve ark., 2017; Butcher ve ark., 2018). Bu tez çalışmasında benlik saygısını yükseltmek için Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, NANDA ve NIC tarafından önerilen bu girişimler ve hastaya uygun olabilecek girişimler kullanılmıştır.

2.5. Depresyon Düzeyi

Depresyon, depresif belirtilere göre akut bir atak olabilmekte ya da zamanla kronikleşmektedir. Depresyon düzeyi hastanın çaresizlik ve umutsuzluk algısı ile bağlantılı olup hafif ile şiddetli düzey arasında değişebilmektedir (Schwartz ve ark., 2014; Videbeck, 2020). Bunların yanı sıra normal karşılanan ve geçici depresyon olarak adlandırılan bir depresyon düzeyinden de bahsedilmektedir. Geçici depresyon, günlük yaşamdaki hayal kırıklıklarına eşlik eden normal tepkilerin bir parçası olarak düşünülmektedir. Geçici depresyon hızla azalmakta ve birey hedeflerine yeniden odaklanabilmektedir. Geçici depresyonda, üzüntü, çaresizlik, keder, ağlama, hayal

kırıklığından kurtulmada zorlanma, yorgunluk, bitkinlik gibi belirtiler görülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018).

Hafif düzey depresyon, değer verilen bir objenin kaybına bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Bu kayıp sevilen birinin, evcil bir hayvanın, arkadaşın, evin ya da önemli birinin kaybedilmesi ile olabilmektedir. Hafif düzeyde semptomlar birkaç hafta içinde kaybolmakta ve birey günlük yaşam aktivitelerine dönebilmektedir. Uzaması durumunda, yas tepkisi yaygın hale gelmekte ve semptomlar şiddetlenebilmektedir (Townsend, 2016). Bu düzeyde duyguları inkar, öfke, kaygı, suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk, üzüntü, ağlama, huzursuzluk, ajitasyon, içe kapanma, kayıpla ilgilenme, kendini ve başkalarını suçlama, kararsızlık, hiçbir şey yiyememe ya da aşırı yeme, uykusuzluk, ağrı gibi belirtiler görülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Hafif düzeydeki yasin uzaması ve belirtilerin şiddetlenmesi durumunda ise orta düzey depresyon ortaya çıkmaktadır. Birey yas sürecinin öfke evresine takılıp kalır ve öfkesini kendine yöneltir (Townsend, 2016). Orta düzey depresyonda fiziksel aktivitelerde yavaşlama, kişisel hijyen ve bakıma olan ilginin azalması, güçsüzlük, karamsarlık, yorgunluk, halsizlik, düşük benlik saygısı, düşünme süreçlerinde bozulma, dikkat eksikliği, intihar düşünceleri, cinsellikle ilgili problemler gibi bir çok belirti görülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Distimik bozukluk orta düzey depresyona örnek olarak verilebilir (Townsend, 2016; Townsend ve Morgan, 2018). Distimik bozukluk, bireyleri majör depresyona yatkın hale getirmektedir. Distimik bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %10-25'inin bir yıl içinde majör depresyon geliştirdikleri belirtilmektedir (Trigoboff, 2014). Şiddetli depresyon ise, orta düzeyde görülen belirtilerin şiddetlenmesidir. Şiddetli depresyonda bireyin gerçeği değerlendirme ve düşünme süreçleri yavaşlamaktadır (Townsend, 2016; Videbeck, 2020). Tüm aktivitelere karşı ilgi kaybı ile birlikte yoğun intihar düşünceleri vardır (Townsend, 2016). Hastalar sorulara sözlü olarak cevap vermeyebilirler. İçinde bulundukları durumun sürekli devam edeceğine, hiçbir şeyin düzelmeyeceğine ve onlara yardım edecek hiçbir şeyin olmadığına inanırlar. Kendilerine yönelik olumsuz eleştirilerde bulunur ve sürekli başarısızlıklarına odaklanarak kendilerini küçümserler. Ayrıca, şiddetli düzeyde depresyonu olan bireylerin yaklaşık %20'sinin psikotik özelliklere sahip olduğu belirtilmektedir. Psikotik semptomlar gösteren bireylerde sanrılar vardır ve dünyadaki bütün trajedilerden ve sefaletlerden kendilerinin sorumlu olduklarına inanırlar (Videbeck,

2020). Şiddetli düzey depresyona majör depresif bozukluk örnek olarak verilebilir (Townsend, 2016).

Depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmek için bazı ölçüm araçları bulunmaktadır. Bu ölçüm araçlarına Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon Envanteri, Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9) örnek olarak verilebilir. (Kroenke, 2001; Aydemir, 2011; Sari ve ark., 2016; Townsend ve Morgan, 2018). Bu tez çalışmasında DePBU kapsamında verilen psikiyatrik bakımın depresyon düzeyi üzerine etkisini ölçmek amacıyla HSA-9 kullanılmıştır.

2.6. Psikiyatrik Bakım ve Model Kullanımı

Psikiyatri hastasının bakımı söz konusu olduğunda, hemşirenin uygulamalarını “psikiyatrik bakım” kavramı kapsamında değerlendirmek uygun olacaktır. Psikiyatrik bakım, birey merkezli ve iyileşme temelli bir model içinde gelişen, psikiyatrik bozuklukların nörobiyolojisi ve psikotrop tedavi ile ilgili kanıtları anlama ve bunları hasta-hemşire ilişkisine entegre etmeyi sağlayan bir yaklaşımdır. Psikiyatrik bakımın temel amacı, bir birey olarak hasta hakları ile toplum hakları arasında bir denge oluşturmaktır. Psikiyatrik bakım standartları da hasta ve hemşire arasındaki terapötik ve profesyonel ilişki doğrultusunda geliştirilmelidir. İyi bir hemşirelik uygulamasının, hastanın iyilik halini artırması için bireyi merkeze alan, yasa, etik ve değerlerin kesişmesi yaklaşımı ile mümkün olacağı belirtilmektedir (Buldukoğlu, 2015).

Psikiyatri klinikleri, yatışı yapılan depresyon tanılı birey için sosyal becerilerini geliştirici ve diğer bireylerle etkileşimlerini destekleyici nitelikte olmalıdır. Bu yapı içinde hemşireler hastalar için sevgi, saygı, kendini gerçekleştirme, özsaygı ve benzeri öğeleri göz önünde bulundurarak; hastanın klinikteki sosyal etkinliklere ve uğraşı etkinliklerine katılımını sağlamalıdır. Örneğin, hastanın etkinliklere katılmakta isteksiz olduğu durumlarda etkinliğe katılmasının istenmesi, bireyin kendisini daha değerli hissetmesini sağlayacaktır (Engin ve Ergün, 2014). Bu yaklaşım psikiyatrik bakımın temelinde yer almaktadır. Bu bağlamda, psikiyatrik bakımda hasta için önceliklerin belirlenmesi ve hemşirelik süreci doğrultusunda bakım uygulamalarının yerine getirilmesi gerekmektedir (Videbeck, 2020). Psikiyatrik bakım uygulamalarının daha kapsamlı ve sistematik olması için, veri toplama, verileri analiz etme, hemşirelik tanılarının oluşturulması aşamalarının

bilimsel bir şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Bunu sağlamak için hemşire kuramcılar tarafından geliştirilen modeller kullanılmalıdır (Günüşen, 2016).

Modeller, kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımda bireylere özgü farklılık oluşturmakla birlikte, birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına olanak sağlamaktadır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Ayrıca, uygulamadaki sorunların araştırılmasına yön vererek çözüm önerileri geliştirilmesini, hemşirenin tıbbi uygulamalara değil, hemşirelik girişimlerine odaklanmasını ve bakımın daha sistematik olmasını sağlamaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bunun en önemli nedeni, modellerin öne çıkardığı ve bireyin iyilik halini geliştirmeye odaklanan bakım davranışlarının, hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer almasıdır (Buldukoğlu, 2015).

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında model kullanımının sınırlı olduğu, model kullanımının araştırma sürecinin tüm basamaklarında yer almadığı ve model kullanım basamakları doğrultusunda gerçekleşmediği belirtilmektedir (Ekim ve ark., 2012; Şengün ve ark., 2013). Bu eksikliklere rağmen, ülkemizde hemşirelik araştırmalarında birçok hemşirelik modelinin kullanıldığı belirtilmektedir (Üstün ve Gigliotti, 2009). Model kullanımıyla ilgili yapılan bir derleme çalışmasına göre Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı'ndan sonra en çok kullanılan hemşirelik modelinin RUM olduğu belirtilmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Son beş yılda ülkemizde yapılan hemşirelik çalışmalarında model kullanımında büyük bir artış gözlenmektedir (<https://tez.yok.gov.tr/>). Bu artışa paralel olarak RUM da birçok hasta grubunda kullanılmıştır. Ülkemizde son yıllarda cerrahi hastalarında (Kabu Hergül ve Özbayır, 2019; Özsoy, 2018; Yıldız, 2019) miyokard infarktüsü geçiren hastalarda (Turan Kavrak ve Canli Özer, 2020), hemodiyaliz hastalarında (Çayır Yılmaz, 2017; Kılıç, 2017), diyabeti olan bireylerde (Kavuran, 2017), demansı olan bireylerde (Lok ve ark., 2020), hemofili olan bireylerde (Mehrekula, 2016), gebelerde (Amanak ve ark., 2019; Fışkın, 2016) ve transplantasyon hastalarında (İşeri, 2016) kullanıldığı görülmektedir. Ancak, depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu tez çalışmasında RUM kullanılmıştır.

2.7. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi-Roy Uyum Modeli

Sister Callista Roy, insan varlığının amacı, değeri ve doğuştan gelen yetenekleri üzerine felsefi bir inanca sahiptir (Velioğlu, 2012; Pektekin, 2013). Yüksek Lisans yaptığı yıllarda hemşirelikte kavramsal bir model oluşturmak üzere Dorothy E. Johnson ile seminer çalışmaları yapmıştır (Birol, 2009; Philips ve Harris, 2014). RUM'un ilk biçimsel açıklamaları California Hemşirelik Okulunda Lisans Programı düzeyinde öğretim üyesi iken Sister Callista Roy tarafından yapılmıştır. Modelin temelleri Roy'un kişisel ve mesleki geçmişine dayanmaktadır. (Velioğlu, 2012). Roy pediatri hemşireliğinde uzman bir hemşire olarak çalışırken yaptığı klinik uygulamalarla insan bedeninin ve ruhunun sağlığını çabuk toparlama yeteneği olduğuna ilişkin deneyim kazanmıştır. Çocukların çabuk iyileşme yeteneği olduğunu, fiziksel ve psikolojik değişikliklere karşı kolay uyum sağladıklarını fark etmiştir. Bu süreçte uyum kavramı, Roy'un zihninde hemşirelik bakımına uygun olarak modelin temel kavramı haline gelmiştir (Birol, 2009; Velioğlu, 2012).

Hemşireliği bilimsel ve hümanistik bir meslek olarak kabul eden Roy, hemşireliği ele aldığı araştırmalarında nörolojik bilimlerle ilgili konulara da yer vermiştir (Pektekin, 2013). Roy, teorisinin ilk gelişiminde Harry Helson'un adaptasyon teorisinin önemli anahtar rol oynadığını belirtmektedir (Masters, 2015). Roy, kuramını geliştirirken, Genel Sistemler Kuramı ile Selye'nin Adaptasyon Kuramından, Harry Helson'un Adaptasyon Kuramı'ndan, hümanistik değerlerden ve birçok farklı disiplinlerdeki bilim insanlarının kuram ve kavramlarından yararlanmıştır (Pektekin, 2013). Ayrıca, Dorothy E. Johnson'un sosyal bilimlerdeki çalışmalarından da etkilendiği belirtilmektedir (Velioğlu, 2012). Roy, hemşirelik uygulamalarının odak noktası olan insan ve çevre arasındaki etkileşimin yüzeysel kaldığını düşündüğü bölümlerde Rapoport'un görüşlerini modeline entegre etmiştir. Rapoport uyumu, bireyin çevresinden gelen uyaranlara cevap verebilme, değişiklikler yapabilme durumu olarak açıklamaktadır (Akt. Çatal ve Dicle, 2014). Roy, hemşirelik hakkındaki düşüncelerini ifade etmek ve çalışmalarında açıklamak için yollar aramıştır. 1964-1966 yılları arasında modelin temel kavramlarını oluşturarak model üzerine ilk makalesini 1970 yılında yayınlamıştır. Sister Callista Roy'un 1968 yılında uygulamaya başladığı RUM, 1970 yılında "Adaptation: A conceptual framework for

nursing” başlıklı makale ile Nursing Outlook dergisinde yayımlanmıştır (Fawcet, 2006; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017).

RUM’a göre hemşirelik hizmetinin alıcısı olan insan, iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017). İnsan, bulunduğu çevrede birçok yönden etkileşimde bulunduğu ve sistemleri devam ettirmeye çalıştığı için iç ve dış çevresi onun uyum düzeyini belirlemektedir. Bir taraftan kendi iç sisteminde gerilim ve çatışma yaşarken, diğer taraftan dış çevresine uyum sağlamaya çalışmaktadır. Sonuç olarak insan, uyum sağladığı uyaranlara karşı olumlu bir cevap verir ya da cevabı etkisiz kalır (Pektekin, 2013).

RUM’da çevreyi oluşturan üç çeşit uyaran (odak, etkileyen, olası) tanımlanmaktadır (Roy, 2009a). Bireyin baş etme sürecini ise düzenleyici (regülatör) ve bilişsel (kognatör) olmak üzere iki alt sistemle açıklamaktadır. Bu baş etme mekanizmaları bireyin her bir uyum alanındaki uyum düzeyini belirlemektedir. Bireyin uyum düzeyi mükemmel (integrated), dengeleyici (compensatory) ve uzlaşmacı (compromised) uyum olarak üç düzeyde tanımlanmaktadır. RUM’a göre, bireyin gösterdiği üç uyum düzeyinin etkilediği dört uyum alanı (fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı) vardır (Fawcet, 2006; Roy, 2009a). Model bu dört uyum alanı ile bireyin fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerine de odaklandığı için hemşirelik bakımında bütüncül bir bakış açısı sağlamaktadır (Punjani, 2013). Bu nedenle RUM, günümüzde dünyanın birçok ülkesinde yüzbinlerce hemşire tarafından uygulanan ve hemşirelik uygulamalarında en yaygın kullanılan modellerden biridir (Masters, 2015).

2.7.1. RUM’un Temel Kavramları

RUM’da “adaptif sistem olarak insan, baş etme süreçleri, uyum alanları, çevre, sağlık ve hemşireliğin hedefi,” modelin temel kavramları olarak tanımlanmıştır. Bu kavramların yanı sıra uyaranlar, uyum düzeyi, hasta davranışı, düzenleyici ve bilişsel baş etme altsistemleri, dengeleyici (stabilizer) ve yenilikçi (innovator) altsistem de modelin diğer önemli kavramları arasında yer almaktadır (Roy, 2009a; Roy, 2009b).

Adaptif Sistem Olarak İnsan

Roy insan sistemini modelin altında yatan felsefi varsayımdan yola çıkarak holistik bir bakış açısıyla kavramsallaştırmıştır. Holizm, insan sisteminin bireysel parçaların toplamından daha büyük olması ve insan davranışının bütüncül olarak anlamlandırılmasını içerir (Galbreath, 2014). RUM'a göre insan, iç ve dış çevresi ile etkileşim içinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Galbreath, 2014; Masters, 2015; Masters, 2020). Yani değişen çevre ve internal süreçlerle sürekli etkileşim içinde olan, uyumunu sürdürmeye çalışan ve hemşirelik bakımı alan biyopsikososyal bir varlıktır (Birol, 2009). Canlı bir sistem olan insan, çevresi ile sürekli etkileşim halinde olduğu için çevresinde meydana gelen her şeyden etkilenmekte ve aynı zamanda çevresini etkilemektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Galbreath, 2014). Birey hem iç hem de dış uyaranlara yanıt vererek içinde bulunduğu ortama fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden uyum göstermeye çalışmaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Uyaranlar

RUM'da çevreyi oluşturan üç sınıf uyaran tanımlanmıştır. Bu uyaranlar; odak (focal-fokal) uyaran, etkileyen (contextual-kontekstüel) uyaran ve olası (residual-rezidüel) uyaranlardır (Roy, 2009a; Meleis, 2012). Roy'un bu uyaranları adlandırarak kategorize etmesi ve nasıl etki yaptıklarını açıklaması Helson'un çalışmalarına dayanmaktadır (Roy, 2009a; Velioğlu, 2012; Senesac ve Roy, 2015).

Odak (Fokal) Uyaranlar: Birey ya da grubun hemen dikkatini çeken, içten ya da dıştan gelen uyaranlardır. Örneğin; bir birey, arkasından gelen yüksek ses ya da kendisini rahatsız eden bir gürültüye aniden dikkatini verir. Birey bu uyarı üzerine odaklanır ve onunla baş etmek için enerji harcar (Roy, 2009a). Benzer şekilde, elini sıcak suya sokan bir kişi elini hemen çeker. Bu durumda sıcak su kişi için bir odak uyandır (Birol, 2009). Sürekli olarak değişen çevre ile birlikte birçok uyaran bireyin dikkatini üzerine toplamadığı için odak uyaran olmayabilir. Yani çevredeki değişiklikler olumlu ya da olumsuz olduğunda odak uyaran olabilir. Örneğin hava durumu özellikle çok hoşlandığımız ya da hiç hoşlanmadığımız bir duruma gelmedikçe genellikle dikkatimizi çekmez. Birey ya da grup odak bir değişiklikte karşılaştığında kendini o değişime yanıt vermek zorunda hisseder. Bir hemşire RUM kullandığında, hastası için odak uyaran

olabilen birçok uyarana dikkat etmesi gerekmektedir. Cerrahi hastasının dikkatini ve enerjisini üzerinde yoğunlaştırdığı ağrı, ya da pediatri hastası için evden ayrılma bir odak uyarı olabilir (Roy, 2009a). Bu çalışmaya dahil edilen hastalar için depresyon tanısı odak uyarı olarak ele alınmıştır.

Etkileyen (Kontekstüel) Uyarılar: Bireyin iç ya da dış çevresinden gelen, ölçülebilen ve odak uyarının etkisine katkıda bulunan diğer bütün uyarılardır. Odak uyarılar bireyin enerji ve dikkatinin merkezinde olmayan ancak bireyi etkileyen bütün çevresel faktörlerdir. Bu faktörler bireyin odak uyarılarla baş etme yeteneğini etkiler (Roy, 2009a; Birol, 2009; Masters, 2015). Hasta odak uyarı olan bir değişiklik ile karşılaştığında bu durum birçok etkileyen uyarı içerebilmektedir (Velioğlu, 2012). Örneğin, soğuk hava bir odak uyarıdır. Soğuk havaya rüzgarın eklenmesiyle birey daha çok etkilenmektedir. Bu durumda rüzgar, etkileyen uyarıdır (Birol, 2009). Benzer şekilde, hava değişikliklerine karşı tepki vermemizi sağlayan tek başına sıcaklık değildir. Yüksek nem, yüksek sıcaklık ile birlikte olduğu zaman sıcaklık daha az tolere edilebilir duruma gelmekte ve bireyi daha fazla etkileyebilmektedir (Velioğlu, 2012). Bu durumda yüksek nem bir etkileyen uyarıdır.

RUM'a göre etkileyen uyarılar, odak uyarıya katkıda bulunarak etkisini artıran diğer bütün uyarılardır (Roy, 2009a). Bu bağlamda, bu çalışmaya katılan hasta grubu açısından düşünüldüğünde depresyonun etkisine katkıda bulunan bütün uyarılar birer etkileyen uyarıdır. Literatürde depresyonla ilişkili olduğu belirtilen yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, kültür, kişilik yapısı, kayıp yaşama, stresli yaşam olayları, genetik ve hormonal faktörler, antidepresan kullanımı gibi faktörler (Trigoboff, 2014; Townsend ve Morgan, 2018; Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020) depresyon hastaları için etkileyen uyarılar olarak değerlendirilmiştir. Her bireyin hastalık, yaşam deneyimi ve sosyokültürel faktörleri farklı olduğu için etkileyen uyarılar bireyden bireye farklılık gösterebilir. Bu nedenle çalışma süresince her bir hastanın kendine özgü etkileyen uyarıları olabilir. Ortaya çıkan bütün etkileyen uyarılar bu bilgiler doğrultusunda ele alınarak değerlendirilmiştir.

Olası (Rezidüel) Uyarılar: İnsan sisteminin içinde ya da dışında bulunan ve duruma etkisi tam olarak belirlenemeyen olası çevresel faktörlerdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy,

2015). Bireyin geçmiş kişisel deneyimlerine bağlı olarak, sahip olduğu inancı, davranışları, alışkanlıkları, tutumları ve duygusal durumunu etkileyen uyaranlar olası uyaran grubuna girmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Uzun, 2016). Hemşire bu uyaranların davranışın gelişmesinde etkili olduğundan emin değildir. Ancak, adaptif davranışın değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Çünkü olası uyaranların davranışı etkileme potansiyeli bulunmaktadır (Uzun, 2016).

Birey ve çevre etkileşimi sürekli değişmekte ve herhangi bir uyaranın önemi de bu doğrultuda devamlı değişmektedir. Bu nedenle, bir hastaya bakım veren hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyaran değişikliğini hızlıca tanıyabilmesi gerekmektedir. Çünkü odak uyaran bir süre etkileyen uyaran, etkileyen uyaran da bir süre sonra olası uyarana dönüşebilir (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a). Birey; biyopsikososyal bir varlık olarak birbirinden çok farklı birçok uyaranla karşı karşıya gelmektedir. Bu doğrultuda bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinde bu uyaranların ortaya çıkaracağı sonuçların dikkate alınması gerekmektedir. Uygulamayı gerçekleştiren hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyaranları bilimsel bir altyapıyla öğrenmesi ve bu uyaranlara uygun olan hemşirelik bakımını planlaması doğru sonuçların ortaya çıkması açısından önemlidir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu çalışmada hastaları etkileyen uyaranlar RUM'a temellendirilmiş Veri Toplama Formu ile belirlenmiş ve DePBU kapsamında psikiyatrik bakım verilmiştir.

Uyum Düzeyi

Uyum düzeyi, bir bireyin herhangi bir duruma karşı olumlu cevap verme yeteneğini gösteren bir değişim noktasıdır (Vicdan ve Karabacak, 2014). RUM'da uyum düzeyi, adaptif bir sistem olarak insanın içinde bulunduğu yaşam sürecinin olası üç düzeyini açıklamak için kullanılmaktadır. Bu üç düzey: mükemmel uyum, dengeleyici uyum ve uzlaşmacı uyumdur. Uyum düzeylerinin ortaya çıkmasında odak, etkileyen ve olası uyaranlar önemli girdiler olarak değerlendirilmektedir. Bir bireyin çevresindeki uyaranların sürekli değişmesi ve bireyin uyaranlara karşı verdiği tepkiler bireyin uyum düzeyini belirlemektedir (Roy, 2009a; Roy, 2011; Philips ve Harris, 2014).

RUM'a göre ilk uyum düzeyi “*mükemmel uyum*”dur. Yaşam sürecinde bireyin yapı ve fonksiyonlarının gereksinimlerini karşılamaya yönelik bir bütün (entegre) olarak çalıştığı en iyi uyum düzeyidir. *Dengeleyici uyum* ise, mükemmel uyumun sağlanamadığı

durumlarda, bilişsel ve düzenleyici baş etme mekanizmalarının aktifleşerek mükemmel uyumu sağlamaya çalıştığı uyum düzeyidir. *Uzlaşmacı uyum*, mükemmel ve dengeleyici uyumun yetersiz olduğu durumda meydana gelen uyum düzeyidir (Roy, 2009a; Whetsell ve ark., 2011; Roy ve Zhan, 2011; Şimşek ve Dicle, 2013).

Hasta Davranışı

RUM'da davranış, belirli koşullar altında ortaya çıkan iç ya da dış eylemler ve reaksiyonlar olarak tanımlanır (Roy, 2009a). Davranış bazen birey ya da grup tarafından objektif olarak gözlemlenmekte ve ölçülmekte ya da öznel olarak rapor edilmektedir. Ortaya çıkan davranış, bir sistemin çevre ile etkileşime girerken ne kadar iyi uyum sağlayabildiğinin göstergesidir. Bu sonuç hemşirelik girişimlerinin temel hedefidir (Whetsell ve ark., 2011).

Davranış, bir bireyin başa çıkma yeteneklerini yansıtmakta ve uyumlu ya da etkisiz olarak değerlendirilmektedir. Hemşire hastanın davranışlarını gözlem, ölçme ve hastanın öznel ifadesi ile yorumlar. Hemşire, hastanın çevresel uyaranlara verdiği uyumlu ya da etkisiz yanıtları ayırt etmek için kişiden elde edilen nesnel ve öznel değerlendirme verilerini birleştirerek insan sisteminin davranışsal tepkilerini iyileştirmek için girişimler geliştirir (Hannon-Engel, 2008).

RUM'a göre düzenleyici ve bilişsel altsistemlerin fonksiyonlarını doğrudan gözlemlemek mümkün değildir. Bu nedenle Roy, modelinde hasta davranışlarının gözlenebildiği dört uyum alanı tanımlamıştır (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu araştırmanın örneklemini oluşturan depresyon hastalarında gözlemlenen hasta davranışları RUM'un dört uyum alanına göre "Modelin Uyum Alanları" bölümünde verilmiştir.

Baş Etme Süreçleri

RUM'da baş etme süreçleri hem doğuştan gelen baş etme mekanizmaları hem de edinilmiş baş etme mekanizmalarını içermektedir. Doğuştan gelen baş etme süreçleri genetik olarak belirlenmiş ve genellikle otomatik süreçler olarak işlev görmektedir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Doğuştan gelen baş etme sürecine hemoglobin düzeyi örnek verilebilir. Bir birey oksijen saturasyonunun az olduğu bir yüksekliğe çıktığında, kandaki

hemoglobin düzeyi yükselir. Daha sonra kan hücreleri vücudun organlarına yeterli oksijen taşıyabilir. Bu tepki otomatik, bilinçdışı ve doğuştandır (Roy, 2009a). Edinilmiş baş etme süreçleri ise, öğrenme gibi stratejiler yoluyla öğrenilir ve geliştirilir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu duruma bir çocuğun kalkıp okula gitmesi için annesinin yaptığı çağrıya uygun tepki vermesi örnek olarak verilebilir. Annenin sesi (uyaran) çocuğun yataktan kalkması ve okula gitmek için hazırlanması (tepki) gibi bir dizi eylemle sonuçlanan edinilmiş baş etme sürecini uyarır. Bu tepki amaçlı, bilinçli ve edinilmiş bir tepkidir (Roy, 2009a).

RUM'da baş etme süreçleri bireyler ve gruplar için iki ayrı kategoriye ayrılmıştır. Bireyler için düzenleyici ve bilişsel altsistem; gruplar için dengeleyici ve yenilikçi altsistemleri tanımlanmıştır (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015).

Düzenleyici ve Bilişsel Baş Etme Altsistemleri

Roy, adaptif bir sistem olan bireyler için doğuştan ve sonradan edinilmiş baş etme süreçlerini düzenleyici ve bilişsel baş etme altsistemleri olarak iki majör altsistem ile açıklamıştır (Roy, 2009a).

Düzenleyici Altsistem: Düzenleyici altsistem nöral, kimyasal ve endokrin sistemleri içeren majör baş etme süreci ile ilgili altsistemdir. İç ve dış çevreden gelen uyaranlar endokrin sistemin yanı sıra sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini etkileme yoluyla sinir sistemine girmektedir. Bu süreç otomatik olarak kanalize edilmiş ve beden tarafından otomatik olarak tepki verilmektedir. Bu tepki bilinçdışı gerçekleşmektedir (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Bilişsel Altsistem: İkinci adaptif süreç olan bilişsel altsistem, algılama ve bilgi işleme, öğrenme, yargılama ve duygu gibi dört bilişsel-duygusal kanalı içeren majör bir başa çıkma sürecidir. Bu sistemde algılama ve bilgi işleme süreci; seçici dikkat, kodlama ve hafıza ile ilgili aktiviteleri içermektedir. Öğrenme; taklit etme, pekiştirme, anlama ve kavrama aktivitelerini içermektedir. Yargılama ise, problem çözme ve karar vermeden oluşmaktadır (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Birey bir taraftan doğuştan getirdiği düzenleyici alt sistemle diğer canlılarda da var olan hazır baş etme mekanizmalarını kullanırken, diğer taraftan insanlara özgü bilişsel

yeteneklerle sonradan öğrendiği bilişsel baş etme mekanizmalarını kullanmaktadır. Bu iki farklı kontrol mekanizmalarından düzenleyici altsistem bireylerin tamamı için genel ve ortak özellikler taşıırken, bilişsel baş etme mekanizması bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Hemşirelik uygulamalarında bireyin uyum düzeyinin en üst düzeye çıkartılması için her iki baş etme mekanizmasının dikkate alınması ve buna göre girişimlerde bulunulması gerekmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Dengeleyici ve Yenilikçi Kontrol Süreçleri

Dengeleyici ve yenilikçi altsistem gruplarda bulunan iki altsistemdir. Bu sistemler, bireylerdeki bilişsel ve düzenleyici baş etme süreçleri ile paralel sistemlerdir. Dengeleyici altsistem, bir grubun temel amaçlarına ulaşmasını ya da bir toplumun ortak amaçlarına erişmesini sağlayan yapılar, değerler ve günlük aktiviteleri içermektedir. Yenilikçi altsistem ise, bir grubun sosyal sistemlerde değişmesi ve büyümesi için yapı ve süreçleri içermektedir. Bu altsistem grubun potansiyelini yükselten bilişsel ve duygusal stratejilerdir (Roy, 2009a; Galbreath, 2014; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017).

Modelin Uyum Alanları

Düzenleyici ve bilişsel altsistemlerin kendine özgü süreçleri tanımlanabilmesine rağmen, fonksiyonunu doğrudan gözlemlemek mümkün değildir. Bu nedenle Roy, modelinde hasta davranışlarının gözlenebildiği dört uyum alanı tanımlamıştır (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu alanlar; fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanıdır (Roy, 2009a; Seah ve Tham, 2015). Bu dört uyum alanı çevresel uyaranlar ile etkileşimde bulunarak bireyin baş etme mekanizmalarında tepki oluşturur (Seah ve Tham, 2015). RUM'a göre hemşireliğin amacı, sağlık, yaşam kalitesi ve onurlu bir ölüme katkıda bulunarak bu dört uyum alanındaki uyumu yükseltmektir (Roy, 2011).

RUM'a göre iç ya da dış uyaranlar, bu dört uyum alanını etkilerse ya da biri ötekine göre odak, etkileyen ya da olası uyaran olursa bireyin davranışları bozulmaktadır (Pektekin, 2013). Bireyin içinde bulunduğu dört uyum alanı, bireyi her yönden etkilemektedir. Bu dört uyum alanındaki herhangi bir değişiklik diğer alanlarda da değişikliğe yol açmaktadır. Bu nedenle, uyum alanlarının birindeki değişimin başka bir uyum alanını

etkileyip değişime neden olacağının hemşire tarafından bilinmesi gerekmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Fizyolojik Alan

Fizyolojik alandaki hasta davranışları, beden bütünlüğünü sağlayan hücrelerin, dokuların, organların ve sistemlerin fizyolojik aktivitelerinin göstergesidir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu alan çevreden gelen uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği yanıtlar ile ilişkilidir (Velioğlu, 2012). RUM'a göre bireyler için fizyolojik alanın dokuz bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan beşi oksijenlenme, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme ve korunmadan oluşmaktadır. Bunlara ek olarak dört karmaşık sürecin fizyolojik uyumu içerdii belirtilmektedir. Bunlar, duyular; sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesi; nörolojik fonksiyon; ve endokrin fonksiyonlardır. Fizyolojik alanın altında yatan temel gereksinim fizyolojik bütünlüğün sağlanmasıdır (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Oksijenlenme: Depresyon hastalarında çarpıntı görülmekle birlikte genellikle oksijenlenme ile ilgili problemleri olmamaktadır (Engin ve Ergün, 2014). Ancak, anti-depresan kullanımına bağlı olarak taşikardi, kan basıncının yükselmesi, ortostatik hipotansiyon, hipertansiyon gibi problemler yaşayabilmektedirler (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016; Warren, 2018).

Beslenme: Depresyonu olan bireylerde iştah değişiklikleri yaygın olmakla birlikte bireyden bireye farklılık göstermektedir. Hastalar genellikle iştatsızlık ya da yeme ilgisizliği nedeniyle belirgin kilo kaybı yaşamakta ve kısa sürelerde vücut ağırlıklarının %5'ini kaybetmektedirler (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Bazı hastalar ise bunun aksine daha sık yemek yemekte ve kilo alımından şikayet etmektedirler (Halter ve Kozy, 2018). Ayrıca, antidepresan kullanımına bağlı olarak bulantı ve kusma görülebilmektedir (Warren, 2018).

Eliminasyon: Depresyon hastalarının boşaltım alışkanlıklarında değişiklikler meydana gelmektedir (Halter ve Kozy, 2018). Hastalar genellikle yetersiz gıda ve sıvı alımının yanı sıra hareketsizlikten ve antidepresan kullanımından kaynaklanan kabızlık problemini yaygın bir şekilde yaşamaktadır. Sıvı alımı ciddi şekilde sınırlıysa, hastalarda

dehidratasyon bile görülebilmektedir (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Kabızlığa göre daha az olmakla birlikte diyare ve üriner retansiyon da depresyon hastalarında görülmektedir (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018).

Aktivite ve Dinlenme: Depresyon hastaları günlük yaşam aktivitelerinden zevk almamakta ve günlük aktivitelerini yerine getirmekte problem yaşamaktadırlar. Bakım, giyinme ve kişisel hijyen önemli ölçüde ihmal edilmektedir. Önceki yaşamında genellikle görünüşleri ve kıyafetleriyle gurur duyan, her gün makyaj yapan, tıraş olan insanlar olsa bile, depresyonda iken saçlarını yıkamayan, elbiselerini temizlemeyen, görünüşlerine karşı ilgisini kaybeden bireyler olabilmektedirler. Banyo yapma, yıkanma, kıyafet değiştirme ya da diğer temel öz bakım aktivitelerini yerine getirmeyi ihmal etmektedirler (Athanasos, 2017; Halter ve Kozy, 2018).

Uyku düzeninde değişikliklerin meydana gelmesi yaygın olup depresyonun en önemli belirtilerinden biridir. Hastalar uyuyamazlar ya da zamanlarının çoğunu yatakta geçirmelerine rağmen kendilerini yorgun ve dinlenmemiş hissetmektedirler (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Hastalar sık sık uyanmakta ve derin uyku evresi başta olmak üzere toplam uykuda kalma süresinde önemli azalma meydana gelmektedir. Uykuda kalma periyotları genellikle çok kısa olduğu için 24 saatlik süre boyunca depresyonun acısını yaşama süresi artmaktadır. Bazı hastalarda ise uykuda artış (hipersomnia) görülebilmekte ve depresyondan kaynaklanan acı verici duygulardan kaçış sağlayabilmektedir (Halter ve Kozy, 2018).

Korunma: RUM'un korunma ile ilgili bölümü bakteri, virüs, parazitler ve anormal beden hücrelerine karşı bedenin kendini koruması ile ilgilidir. İmmün sistem, enflamatuvar tepki, antijenler, antikorlar, ateş gibi terimler bu alanla ilgilidir (Roy, 2009e). Depresyon hastalarında bu alan ile ilgili genellikle problem yaşanmamaktadır. Ancak, antidepresan kullanımına bağlı olarak yüksek ateş görüldüğü belirtilmektedir (Engin ve Ergün, 2014).

Duyular: Hastalarda depresyona bağlı olarak beş duyu organı ile ilgili problemler genellikle görülmez. Depresyonun şiddetli düzeyinde hastaların yaklaşık %20-25'inde psikotik belirtilerin görüldüğü belirtilmektedir. Psikotik semptomlar gösteren hastalarda yanılsama, halüsinasyonlar ve sanrılar görülebilmektedir (Koç, 2016; Videbeck, 2020).

Diğer alanlarda olduğu gibi bu alanda da antidepresan kullanımına bağlı olarak bulanık görme, göz kararması gibi problemler görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Sıvı, Elektrolit ve Asit-Baz Dengesi: Depresyon hastalarında kalsiyum ya da sodyum bikarbonat düzeylerinin artması, sodyum ve magnezyum yetersizliğine yol açmaktadır. Benzer şekilde potasyumda artma ya da azalma da görülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). SSRI'ların kullanımına bağlı olarak vücudun tuz dengesinde değişiklikler olabilmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Nörolojik Fonksiyon: Depresyon hastalarının bilinci açıktır. İlerleyen evrelerde stupor nedeniye bilinçte sislenme olabilir. Yer, kişi ve zaman oryantasyonu vardır. Ancak, görüşmelerde sorulan sorulara cevap verecek gücü kendinde bulamayabilir ya da sorulara karşı ilgi göstermeyebilir. Hastalarda gerçek bir bellek bozukluğu olmadığı halde unutkanlık görülebilir. Konsantrasyon eksikliği, karar verme yeteneğinde bozulma, düşüncelerini ve dikkatini toplama ya da bir konu üzerinde yoğunlaşmada güçlük çekebilirler (Trigoboff, 2014; Koç, 2016). Bunlarla birlikte antidepresan kullanımına bağlı olarak yönelim bozukluğu, koordinasyon eksikliği, bulanık görme, baş dönmesi gibi problemler görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Warren, 2018). Depresif belirtiler ile ilişkili olduğu düşünülen serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin depresyon hastalarında eksik olduğu düşünülmektedir (Koç, 2016).

Endokrin Fonksiyonlar: Addison hastalığı, Cushing sendromu gibi hastalıklarda depresyon görülmektedir. Hipoparatiroidizm, hiperparatiroidizm, hipotiroidizm, hipertroidizm gibi endokrin hastalıklar da depresyon semptomlarına yol açmaktadır. Bunların yanında östrojen ve progesteron hormonlarının dengesizliği de depresyonda rol oynamaktadır (Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon hastalarının üçte birinde TSH'ın salgılama yanıtı vermediği belirtilmektedir. SSRI'ların kullanımına bağlı olarak serotonin sendromu, karaciğer enzimlerinde yükselme, karaciğer işlev bozuklukları, terleme gibi problemler de görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Benlik Kavramı Alanı

Benlik kavramı alanı, psişik ve manevi bütünlük gereksinimi ile ilişkilidir (Meleis, 2012). Benlik kavramı ise, bir bireyin belirli bir zaman sürecinde kendisi hakkında edindiği inanç

ve duyguların bileşimi olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009a; Roy, 2009c). Bu kavram, başkalarının yaptığı tanımlamalar ve kişinin kendisi hakkındaki algılarını içermektedir (Meleis, 2012). Benlik kavramı alanının fiziksel benlik ve kişisel benlik olmak üzere iki temel bileşeni bulunmaktadır. Fiziksel benlik, beden imajını (benliğin görünümü) ve beden algısını (duygular ve deneyimler) içermektedir. Kişisel benlik ise, Öz tutarlılık (benliğin sürekliliği), ideal benlik (beklentiler), ahlaki-etik-spiritüel (değerler) benlikten oluşmaktadır. Benlik saygısı da benlik kavramı alanının bir bileşenidir ve bireylerin benlik değerlerini nasıl algıladıkları ile ilgilidir (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Depresyon hastalarının benlik kavramı alanında fiziksel ve zihinsel aktivitelerin yavaşlaması nedeniyle psikomotor gerileme ve hareketlerde yavaşlama davranışları dikkat çekmektedir. Genel görünüm açısından; belirgin yüz hatları, kırışık alın, ağız kenarında çökkünlük, çökük omuzlar, öne eğilmiş baş, kambur duruş ve sürekli yere bakma görülmektedir (Koç, 2016; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon hastaları, cinsel etkinliklere karşı ilgilerini kaybetmekte (libido kaybı) ve genellikle erkekler iktidarsızlık problemi yaşamaktadır (Videbeck, 2020). Hem erkeklerde hem de kadınlarda karşı cinse karşı azalan ilgi, evlilik ve sosyal ilişkilerini karmaşık hale getirmektedir. Ayrıca, antidepresan ilaçlarının kullanımı da cinsellikle ilgili problemlere yol açabilmektedir (Koç, 2016; Warren, 2018; Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Hastaların %90'ında depresif duygudurum ile birlikte şaşkınlık ve tedirginlik görülmektedir. İlgisiz, duygusuz ya da ıstırap çekme, elem-keder, hüznün ve ağlama sıklıkla görülen davranışlardandır. Sabahları genellikle kendilerini kötü hissetmekte ve anksiyete düzeyleri dayanılmaz olabilmektedir (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018).

Hastalarda çaresizlik, değersizlik, kendine yöneltmiş öfke ve intihar düşünceleri ile birlikte gelecek hakkında umutsuz hissetme ve hiçbir şeyin anlamının kalmadığına inanma yaygındır. Onlar için yaşamak bir sevinç kaynağı değil, katlanmaları gereken bir durum olarak algılanmaktadır. Hastalar, kendileri hakkında genellikle olumsuz düşüncelere sahiptir. Kendi benliğine, geleceğine ve dünyaya karşı olumsuz düşünceleri öne çıkarmaktadır. Bu olumsuz düşüncelere ters düşen birçok kanıt görmezden gelerek

olumsuz düşüncelerini destekleyen küçük ayrıntılar üzerine yoğunlaşmaktadırlar (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Özellikle algılanan düşük benlik saygısının, depresyon hastalarının en önemli özelliği olduğu vurgulanmaktadır (Akiskal, 2017). Hastalar kendilerini tanımlarken genellikle “hiçbir işe yaramaz” ya da “değersiz” gibi ifadeler kullanmakta ve kontrol edemedikleri olayların sorumluluğunu alarak kendilerini suçlamaktadır (Videbeck, 2020).

Rol Fonksiyon Alanı

Rol fonksiyon alanı, bireyin bir grup ve toplum içindeki rolleri üzerine odaklanır. Rol fonksiyon alanının temelinde sosyal bütünlüğün sağlanması gereksinimi bulunmaktadır. RUM’da rol, bireylerin birbirlerine karşı bir dizi beklentisi olarak görülmektedir. Roy, rolleri birincil, ikincil ve üçüncül roller olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır. Birincil roller; yaş, cinsiyet ve gelişime dayalı olan rollerdir. İkincil roller, başkaları ile geliştirilen ilişkiler sonucu edinilen ve süreklilik gösteren rollerdir. Üçüncül roller ise, geçici aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Galbreath, 2014; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Bir bireyin üstlendiği rollerini yerine getirememesi, bu konuda yetersiz kalması ya da rol çatışması yaşaması bireyde uyum sorunu ortaya çıkarmaktadır (Pektekin, 2013).

Depresyon hastaları rol fonksiyon alanı açısından değerlendirildiğinde; genellikle üstlendikleri rolleri ve sorumlulukları yerine getirmekte zorluk çekmektedirler (Videbeck, 2020). En basit görevleri yerine getirmek için fazla çaba göstermeleri gerektiği için her şey bir yükümüş gibi gelmektedir. Bu nedenle yaşam rollerinde önemli ölçüde azalma ve ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlı hale gelmektedir (Koç, 2016; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon ne kadar şiddetli olursa, rol ve sorumlulukları yerine getirmede zorlanma da o kadar büyük olmaktadır. Hastaların işe ya da okula gitmekte sorunları vardır. Okulda ya da işte iken, sorumluluklarını yerine getiremiyor gibi görünmektedirler. Aynı şey aile sorumlulukları için de geçerlidir. Hastalar yemek yapamaz, temizlik ya da çocuklarına gerekli bakımı yapamazlar. Hastaların rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine ek olarak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremedikleri için “değersiz oldukları” konusunda inanç geliştirmektedir (Videbeck, 2020).

Karşılıklı Bağlılık Alanı

Karşılıklı bağlılık alanı, karşılıklı ilişkilerde gösterilen davranışlarla ilgilidir. Bu alan, bireyler arasında karşılıklı sevgi, saygı ve değer verme ya da görme etkileşimleri ve bunları ifade etme yeteneği üzerine odaklanmaktadır. Bu alanın temel gereksinimi ilişkilerin bütünlüğü ya da gelişen ilişkilere güven duyulması üzerine temellenmiştir. Bu nedenle, karşılıklı bağlılık alanı bireyler için “*önemli kişiler ve destek sistemleri*” olmak üzere iki önemli ilişki üzerine odaklanmıştır: (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Galbreath, 2014; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Karşılıklı bağlılık alanı açısından düşünüldüğünde; depresyon, hastaların çevresi ile kurdukları ilişkilerde gerginliğe neden olmaktadır. Hastalar etkileşimlerden zevk almadıkları için kendilerini bunalmış ve değersiz hissetmektedir. Bu nedenle genellikle aile ve sosyal ilişkilerden kaçınma davranışı göstermektedir. Hastalar ilişkilerden çekildikçe, hissetikleri gerginlik artmakta ve ilişki kurmak daha zor hale gelmektedir. Hastalar benmerkezci oldukları için etrafındakiler onları pek ilgilendirmez. Yalnız kalmaktan hoşlanıyor gibi görünmekle birlikte başkalarına bağımlılıkları vardır. Ailesi, arkadaşları gibi yakın çevresine karşı eski duyguları beslemez ve onlarla birlikte yaptığı aktivitelere karşı ilgisi azalmıştır. İletişim kurmamak, yalnız kalmak, başkaları ile etkin olmayan etkileşimde bulunmak, sosyal ortamlarda rahatsız olmak en çok görülen davranışlardandır. Sosyal izolasyon arttıkça hasta toplumdan uzaklaşmaktadır (Koç, 2016; Townsend ve Morgan, 2018; Videbeck, 2020).

Çevre

Bir hemşirelik modelinin en büyük ikinci kavramı çevredir. RUM’da çevre kavramından, adaptif sistem olarak insanın içinde ve çevresinde bulunan dünya anlaşılmaktadır (Roy, 2009a). RUM’a göre çevre, grupların ve bireylerin davranışını ve gelişimini etkileyen ve çevreleyen bütün şartlar, koşullar ve etkiler olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009b; Philips ve Harris, 2014). İnsan değişen çevre ile sürekli etkileşimde bulunur ve uyumlu tepkiler verir. Çünkü insan için yaşam hiçbir zaman aynı değildir. Sürekli değişim gösteren çevre insanın enerjisini artırarak insanın büyümesi, gelişmesi ve hayatın anlamını kavraması için yeni fırsatlar sunar (Roy, 2009a; Masters, 2015). Hem iç hem de dış çevresel faktörlerin her biri adaptif bir sistem olan insan için bir girdidir. Bu faktörler büyük ya da

küçük, olumlu ya da olumsuz olabilir (Philips ve Harris, 2014). Bununla birlikte insan değişen bu faktörlere yeni tepkiler verme yeteneğine sahiptir (Roy, 2009a). Çevrede insanı etkileyen faktörler odak, etkileyen ve olası uyaranlar olarak sınıflandırılmaktadır (Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Sağlık

Sağlık, kişisel ve çevresel etkileşimlerin bir yansımasıdır. Roy, sağlık kavramını bireyin bütünlüğünü korumak için verdiği yanıtlar ve uyum kavramı ile ilişkilendirmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Senesac ve Roy, 2015). RUM'a göre sağlık, bireyin ve çevrenin ortak etkileşimi ile bireyin kendini tamamlama ve entegre olma durumu ve sürecidir (Roy, 2009b, Roy ve Zhan, 2010; Masters, 2020). Bireyler ve gruplar, çevre ile etkileşime giren ve büyüyen, değişen ve gelişen adaptif sistemler olarak değerlendirilmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Senesac ve Roy, 2015). Sağlık ve hastalık, kişinin yaşam deneyiminin ayrılmaz bir parçası ve kaçınılmaz bir boyutudur. Hemşirelik bu boyutla ilgilidir. Baş etme mekanizmaları etkisiz olduğunda hastalık, uyum durumunda ise sağlık ortaya çıkar. Etkisiz başa çıkma girişimlerinden ortaya çıkan enerjinin serbest bırakılması iyileşmeyi teşvik edebilir ve sağlığı geliştirebilir (Philips ve Harris, 2014).

Hemşireliğin Hedefi

Roy hemşireliği, insanın yaşam süreçleri ve örüntüleri üzerine odaklanan ve birey, aile, grup ve küresel toplumun olası sağlık potansiyelini yükselten bir sağlık bakım mesleği, bilimi ve uygulaması olarak tanımlamaktadır. Hemşireliğin hedefi grupların ve bireylerin dört uyum alanında uyumunu yükseltmek, yaşam kalitesine katkıda bulunmak ve bireyin uyum yeteneğini etkileyen davranış ve faktörleri değerlendirerek çevresel faktörleri geliştirmektir (Roy, 2009b; Masters, 2015). Bu bağlamda, hemşireliğin ve hemşirelik girişimlerinin temel amacı bireyin uyumunu güçlendirmektir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Masters, 2020). Bu tez çalışmasında da Roy'a göre hemşireliğin hedefini gerçekleştirmek üzere DePBU kullanılmıştır.

2.7.2. RUM'a göre Hemşirelik Süreci

Hemşirelik uygulamalarında RUM'un yaygın olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Masters, 2015). RUM'a dayalı hemşirelik süreci, modelin varsayımlarından ve kavramlarından ortaya çıkmaktadır (Senesac ve Roy, 2015). RUM'a göre hemşirelik

süreci uygulanırken, insan deneyimlerine ve tepkilerine geleneksel olmayan bir şekilde yaklaşılmaktadır (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Bu süreçte birey ya da grup holistik ve adaptif bir sistem olarak görülmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011).

Yaşamı sürdürmek için uyum sağlamaya çalışan birey, sağlık ve hastalık durumlarında uyumsal değişiklikler yaşamakta ve bütünlüğünü korumaya çalışmaktadır. Eğer birey uyum sağlamada yetersiz kalırsa, onu desteklemek ve uyumunu hızlandırmak için hemşirelik sürecinden yararlanarak hemşirelik girişimlerinin planlanması gerekmektedir (Pektekin, 2013). Bu doğrultuda oluşturulan RUM'a dayalı hemşirelik süreci altı basamaktan oluşmaktadır (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011):

1. Davranışın değerlendirilmesi
2. Uyarıların değerlendirilmesi
3. Hemşirelik tanısının belirlenmesi
4. Amacın belirlenmesi
5. Girişim-Uygulama
6. Değerlendirme

Davranışın Değerlendirilmesi

RUM'da davranışın değerlendirmesi olan birinci basamak, dört uyum alanlarının her birinde adaptif bir sistem olarak kişinin ya da grubun davranışları hakkında veri toplanmasını içermektedir (Roy, 2009d; Senesac ve Roy, 2015). Çünkü davranışlar insanın uyum sistemini nasıl yönettiği, nasıl baş ettiği, nasıl uyum sağladığı ve sağlık durumu üzerine yaptığı değişikliklerin göstergesidir. Hasta davranışları gözlenebilir olduğu gibi gözlenemeyen davranışlar da olabilir. Bu nedenle, hemşirenin gözlem becerilerini kullanarak, görüşmeler yaparak, gerekli durumlarda ölçüm araçları kullanarak hastanın davranışlarıyla ilgili sistematik olarak veri toplaması gerekmektedir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Masters, 2015).

Uyarıların Değerlendirilmesi

Hemşirelik sürecinin ikinci basamağı uyarıların değerlendirilmesidir (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). İç ve dış çevreden gelen uyarılar, hastanın dört uyum alanında sürdürülen başa çıkma süreçlerini etkileyerek harekete geçirmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Bu nedenle, hemşirenin, bireyin ya da grubun

davranışlarını ve uyaranların davranış üzerindeki etkilerini değerlendirmesi gerekmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Uyaranlara verilen olumlu yanıtlar “uyum”, olumsuz yanıtlar ise “uyumsuzluk” olarak nitelendirilmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu basamakta, hastanın uyum davranışlarını etkileyen iç ve dış uyaranlar tanımlanarak odak, etkileyen ve olası uyaran olarak sınıflandırılır (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Hemşirelik Tanısının Belirlenmesi

Hemşire bu basamakta birey ya da grupla işbirliği yaparak bireyi en çok etkileyen uyaranlar ve gösterdiği davranışlar dahil olmak üzere bireyin uyum durumunu yorumlar. Bireyin uyum düzeyini mükemmel, dengeleyici ya da uzlaşmacı şeklinde sınıflandırır. Bu basamakta hemşire birinci ve ikinci basamaktaki değerlendirmeleri kullanarak ve toplanan verileri analiz ederek hastanın uyum durumuna göre NANDA sınıflama sistemine göre hemşirelik tanısını belirler (Roy, 2009a; Whetsell ve ark., 2011; Pektekin, 2013; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Amacın Belirlenmesi

RUM’da hemşirelik bakımının amacı, mükemmel ve dengeleyici uyumun etkisiz olduğu durumlarda hemşirelik girişimleri ile bireyin uzlaşmacı uyumunu yükselterek olumlu ve etkili uyum geliştirmesini sağlamaktır (Roy, 2011; Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu aşamada hemşire, hastanın uyumunu yükseltmek için birey ya da grupla işbirliği içinde hemşirelik bakımının beklenen davranışsal sonuçlarını açık bir şekilde ifade ederek amaç belirlemektedir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Girişim-Uygulama

Bu aşamada hemşire belirlenen amaçlara ulaşmak için hastaya en iyi nasıl yardım edeceği ve faydalı olabilecek girişimlerin belirlenmesi üzerine odaklanır. Hasta için seçtiği girişimler ile uyaranları değiştirerek ya da uyum süreçlerini güçlendirerek hastanın uyum düzeyini yükseltmeye çalışır (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Uyaranlarla baş edebilmesi için hastaya yardım eder. Planlanan girişimlerle odak ve etkileyen uyaranlar manipüle edilmeye çalışılır. Uyaranlar, değiştirilebilir, artırılabilir, azaltılabilir, uzaklaştırılabilir ya da devamı sağlanabilir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013). Bu girişimler, uyaranları değiştirmeyi ya da bireyin baş etme yeteneğini güçlendirmeyi

içermektedir. Burada asıl amaç, hastanın mükemmel uyum düzeyine ulaşmasını sağlamaktır (Senesac ve Roy, 2015).

Birey, biyopsikososyal bir varlık olduğu için yaşam sürecinde farklı ve birçok uyararla karşı karşıya gelmektedir. Bu nedenle, bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinde bu uyarıların ortaya çıkaracağı sonuçlar dikkate alınmalıdır. Girişimleri uygulayan hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarıları bilimsel bir alt yapıyla öğrenmesi, bu uyarılara uygun olarak hemşirelik bakımını planlaması doğru sonuçları ortaya çıkarması açısından çok önemlidir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu tez çalışmasında Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, NANDA ve NIC tarafından önerilen girişimler ve hastaya uygun olabilecek girişimler kullanılmıştır.

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son basamağı olan değerlendirme aşaması, belirlenen hedeflere göre ortaya çıkan davranışla hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesini içermektedir (Senesac ve Roy, 2015). Bu aşamada uygulanan hemşirelik girişimlerinin bireyin davranışları üzerindeki etkilerine odaklanılır. Hemşire belirlenen uyum hedeflerinin karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için tanılamada kullandığı sezgi, ölçme, gözlem, görüşme becerilerini tekrar kullanır (Roy, 2009d; Masters, 2015). Belirlenen her amaç için uyumun güçlenme durumuna bakıldığında amaca ulaşılmamışsa, tüm işlemler yeniden ele alınarak gözden geçirilir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013). Birey uyumlu davranış geliştirdiyse hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirdiyse girişim etkisiz kabul edilip yeni girişimler planlanır (Roy, 2009d).

RUM'da hemşirelik sürecinin basamakları sırayla verilmiştir. Ancak, hemşirelik süreci devam etmekte ve adımlar eşzamanlı olabilmektedir. Örneğin, hemşire bir uyum alanına müdahale ederken aynı anda başka bir alanı değerlendirme sürecinde olabilmektedir (Senesac ve Roy, 2015).

Tüm bu bilgiler ışığında, RUM'a temellendirilmiş DePBU kapsamında verilen psikiyatrik bakımın depresyon tanısı ile yatan hastaların tedavi uyumunu artıracak, genel öz-yeterlik düzeyini yükselteceği, benlik saygısını yükselteceği ve depresyon düzeyini azaltacağı öngörülerek araştırmamız yapılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma randomize olmayan kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. **H₁:** Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre tedaviye uyumunu artırır.
2. **H₁:** Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre genel öz yeterlik düzeyini yükseltir,
3. **H₁:** Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre benlik saygısını yükseltir,
4. **H₁:** Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre depresyon düzeyini azaltır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Mart-Kasım 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Klinik, psikiyatri hastalarına hizmet vermek üzere toplam 30 yatak kapasitesine sahiptir. Hasta odaları iki kişiliktir. Bu araştırma yürütülürken Mart-Mayıs 2020 ve Eylül-Kasım 2020 tarihleri arasında pandemi nedeniyle her bir odaya tek hasta (toplam 15) yatırılmıştır. Klinikte dokuz hemşire ve bir sorumlu hemşire olmak üzere toplam 10 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler iş odaklı çalışmakta olup bakımda herhangi bir hemşirelik modeli kullanmamaktadır. Kliniğin olanakları araştırmada kullanılan DePBU için gerekli alt yapı koşullarına sahiptir. Kliniğin haftalık iş akışı programı içerisinde spor saati, gevşeme egzersizleri, uğraşı aktivitesi, gezi saati, sinema saati, kitap okuma saati, tatlı perşembe, duvar gazetesi gibi etkinlikleri yer almaktadır. Bu amaçla görüşme odası, hasta odası, çok amaçlı salon, etkinlik odası, spor aktivitelerinin yapılabildiği klinik bahçesi bulunmaktadır. Bu etkinliklere katılım zorunlu olmamakla birlikte bu araştırmanın yürütüldüğü dönem içinde (son 2 hasta hariç) pandemi nedeniyle uygulanmamıştır. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik öğrencileri, Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği dersi ve Psikiyatri Hemşireliği Intern Uygulamasını araştırmanın yapıldığı klinikte yürütmektedirler. Bu uygulamalarda bazı hemşirelik modellerinin kullanılıyor

olmasının, araştırmada kullanılacak modelin yapısını etkileyebileceği düşünüldüğünden, araştırmanın uygulama aşaması öğrencilerin klinikte bulunmadığı dönemlerde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütülmesinde dikkate alınan zaman çizelgesi EK-1’de verilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine depresyon tanısı ile yatırılan hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, depresyonla başa çıkma programının depresyon tanılı hastaların başa çıkma stratejileri, öz saygı ve depresyon düzeylerine etkisini saptamak amacıyla Başoğlu (2016) tarafından yapılan doktora tez çalışmasının verileri dikkate alınmıştır. Bu çalışmada Rosenberg Öz Saygı Ölçeği (RÖSÖ) kullanılarak elde edilen ortalamalar ve standart sapmaların (Girişim: 1.03 ± 1.09 , Kontrol: 4.23 ± 1.54) kullanılmasıyla yüksek etki büyüklüğü (%80) belirlenmiştir (Başoğlu, 2016). Ölçeğin ortalamasına ilişkin %80 güç ve %5 tip 1 hata payı ile örneklem sayısı hesaplanmıştır. G-Power ile yapılan hesaplama sonucunda örneklem sayısı; 21 kontrol grubu ve 21 DePBU grubu olmak üzere toplam 42 hasta olarak belirlenmiştir. Bakım süresince bulaş olasılığına karşın, kontrol ve DePBU grupları eş zamanlı olarak alınmamış ve bu nedenle randomizasyon yapılmamıştır. Araştırma süresince 66 hasta değerlendirilmiş olup, 47 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Süreç içinde kontrol grubunda üç hastanın, DePBU grubunda iki hastanın tanısı değiştiği için çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırma Mart-Kasım 2020 tarihleri arasında 21 kontrol grubu, 21 DePBU grubu olmak üzere 42 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırmanın TREND (Vlahov, 2004) akış şeması Şekil 3.1’de gösterilmiştir. İstatistiksel güç analizi sonucunda $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde araştırmanın gücü %62-99 aralığında, etki büyüklüğü ise 0.61-2.32 aralığında bulunmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Güç Analizi*	Etki Büyüklüğü*
MTUÖ	0.98	1.16
GÖYÖ	0.62	0.61
RÖSÖ	0.99	1.33
HSA-9	1.00	2.32

*G-Power ile analiz yapılmıştır.

3.4.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri

Araştırmanın dahil etme, dışlama ve çıkarılma kriterleri Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Örneklem özellikleri

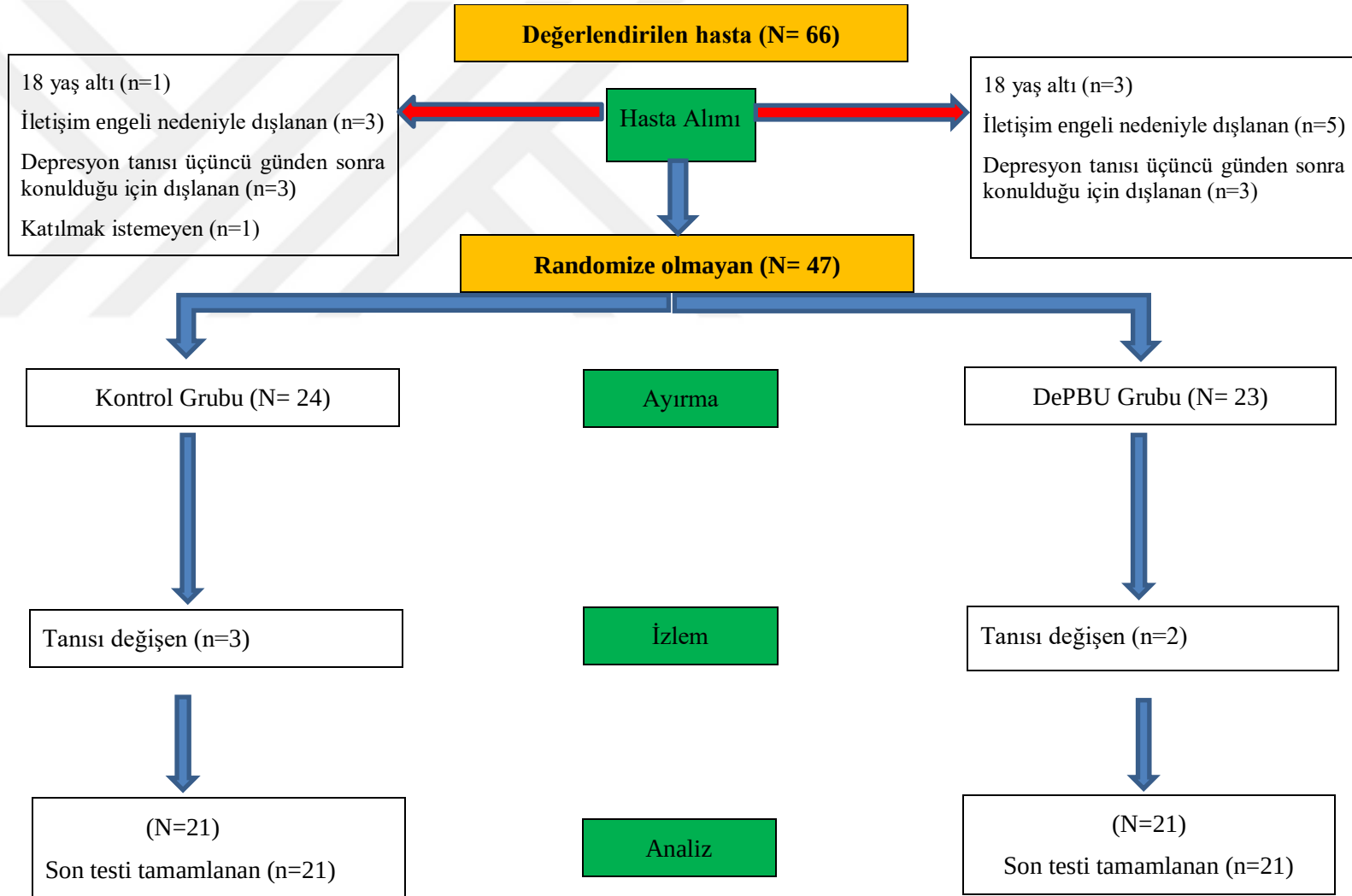
Dahil etme kriterleri	Dışlama kriterleri	Çıkarılma kriterleri
1. Depresyon tanısı almış olması	1. Herhangi bir iletişim engeline sahip olması (okuma, işitme, konuşma vb.)	1. Araştırmadan kendi isteği ile ayrılması
2. 18 yaş ve üstü olması		2. Klinikten kaçma ya da sevk kararı gibi durumlar nedeni ile klinikten ayrılması
3. Okur-yazar olması	2. Rutin klinik uygulamalar dışında bu araştırma ile eş zamanlı başka bir araştırmaya dahil olması	3. Yatış sürecinde tanısının değişmesi
4. Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi	3. Bilişsel durumunu etkileyen başka nörolojik ve psikiyatrik tanıya sahip olması	
5. Araştırmaya katılmaya gönüllü olması	4. Üçüncü günden sonra tanı konulması	

Bu araştırmada bakım süresince bulaş olasılığını önlemek amacıyla kontrol ve DePBU grubu eş zamanlı olarak alınmamış ve bu nedenle randomizasyon yapılmamıştır. Randomizasyon yapılmadığı halde iki grup arasında fark olup olmadığını belirlemek için analiz yapılarak kontrolü sağlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda DePBU ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri açısından benzer özellikler taşıdığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 3.3).

DePBU grubundaki hastaların yaş ortalaması 42.29 ± 13.48 ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 48.19 ± 11.42 ’dir. DePBU grubundaki hastaların %57.1’i, kontrol grubunun %42.9’u 46 yaş ve üstüdür. DePBU grubundaki hastaların %57.1’i kadın, kontrol grubundaki hastaların %33.3’ü erkektir. DePBU grubundaki hastaların %33.3’ü kontrol grubundaki hastaların %57.1’i ortaokul ve altı eğitime sahiptir. DePBU grubundaki hastaların %47.6’sı, kontrol grubundaki hastaların %61.9’u evlidir. DePBU grubundaki hastaların %47.6’sı, kontrol grubundaki hastaların %66.7’si iki ve daha fazla çocuğa sahiptir. DePBU grubundaki hastaların %43.9’u, kontrol grubundaki hastaların %23.8’i bir işte çalışmaktadır. DePBU grubundaki hastaların %57.1’i, kontrol grubundaki hastaların %66.7’si gelir durumunu orta seviye olarak belirtmiştir. DePBU grubundaki

hastaların %52.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %76.2'si eşi ve çocukları ile yaşamaktadır. DePBU grubundaki hastaların %52.4'ü, kontrol grubundaki hastaların %61.9'u yakın zamanda kendisini etkileyen önemli bir olay yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 3.3).

Hastalık özellikleri açısından hem DePBU hem de kontrol grubundaki hastaların %52.4'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır. DePBU grubunun %61.9'unun kontrol grubunun %76.2'sinin başka bir hastalığının olmadığı tespit edilmiştir. Her iki grupta hastaların %47.6'sının ilk yatışı olduğu bulunmuştur. Yatış süresince DePBU grubundaki hastaların %61.9'u kontrol grubunun %71.4'ü EKT (Elektro Konvülsif Tedavi) ya da TMS (Transkranial Manyetik Stimülasyon) tedavisi almamıştır (Tablo 3.3).



Şekil 3.1. TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs) Akış Şeması

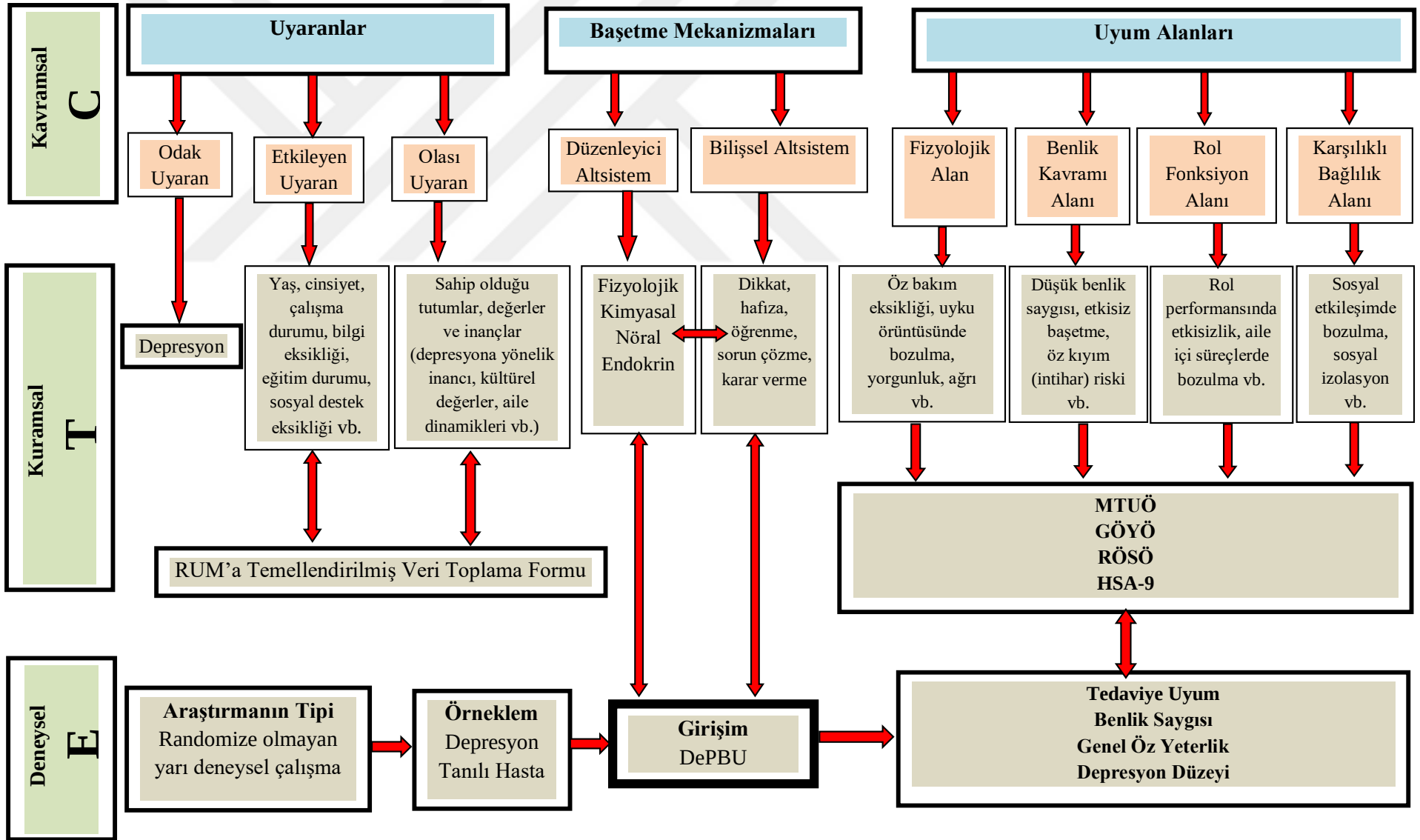
Tablo 3.3. Kontrol ve DePBU grubundaki hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri

Özellikler	Kontrol (N=21) n (%)	DePBU (N=21) n (%)	X ²	p
Yaş	X±SS	X±SS	t	p
Yaş ortalaması	48.19±11.42	42.29±13.48	1,531	0.134
Yaş				
18-45	9 (57.1)	12 (42.9)	0.857	0.355
46 ve üstü	12 (42.9)	9 (57.1)		
Cinsiyet				
Kadın	14 (66.7)	12 (57.1)	0.404	0.525
Erkek	7 (33.3)	9 (42.9)		
Eğitim durumu				
Ortaokul ve altı	12 (57.1)	7 (33.3)	2.570	0.277
Lise	5 (23.5)	9 (42.9)		
Ön lisans ve üstü	4 (19.0)	5 (23.8)		
Medeni durum				
Evli	13 (61.9)	10 (47.6)	1.725	0.422
Bekar	6 (28.6)	10 (47.6)		
Diğer (ayrı yaşıyor, eşi vefat etmiş)	2 (9.5)	1 (4.8)		
Çocuk Sayısı				
0	4 (19.0)	9 (42.9)	2.790	0.248
1	3 (14.3)	2 (9.5)		
2 ve üstü	14 (66.7)	10 (47.6)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	5 (23.8)	9 (43.9)	1.714	0.326
Çalışmıyor	16 (76.2)	12 (56.1)		
Gelir durumu				
Kötü	3 (14.3)	5 (23.8)	0.654	0.721
Orta	14 (66.7)	12 (57.1)		
İyi	4 (19.0)	4 (19.0)		
Kimlerle yaşıyor				
Yalnız	2 (9.5)	5 (23.8)	3.093	0.378
Eş/çocuklar	16 (76.2)	11 (52.4)		
Anne/baba/kardeş	3 (14.3)	5 (23.8)		
Önemli bir olay yaşama				
Hayır	8 (38.1)	10 (47.6)	0.389	0.533
Evet	13 (61.9)	11 (52.4)		
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı				
Hayır	10 (47.6)	10 (47.6)	0.000	1.000
Evet	11 (52.4)	11 (52.4)		
Başka bir hastalık varlığı				
Hayır	16 (76.2)	13 (61.9)	1.003	0.317
Evet	5 (23.8)	8 (38.1)		
Yatış sayısı				
Bir	10 (47.6)	10 (47.6)	1.000	0.801
İki	3 (14.3)	3 (14.3)		
Üç	3 (14.3)	5 (23.8)		
Dört ve üstü	5 (23.8)	3 (14.3)		
EKT ya da TMS alma				
Hayır	15 (71.4)	13 (61.9)	0.429	0.513
Evet	6 (28.6)	8 (38.1)		

3.5. Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı

Bu çalışmanın değişkenleri, RUM'un kavramları ve hemşirelik girişimleri arasındaki ilişki **Şekil 3.2**'de araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı (CTE) üzerinde gösterilmiştir. Bu araştırmada depresyon tanısı almış hasta **“bütüncül adaptif sistem-uyum sistemi”** olarak kabul edilmiştir. Hasta grubu için **“odak uyaran”** depresyondur. Bu çalışmada **“etkileyen uyaran”** hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, yaşadığı olaylar, aile ilişkileri, çalışma koşulları, kişilik özellikleri, ilaç kullanımı vb. **“olası uyaran”** ise, hastanın hastalığı hakkındaki düşünceleri, tutum ve davranışlarıdır.

Bağımsız değişken olarak DePBU'nun RUM'da tanımlanan dört uyum alanını (fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı) etkilemesi amaçlanmıştır. Fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol performans alanı ve karşılıklı bağlılık alanındaki etkilenmelerin bağımlı değişken olan tedaviye uyum, genel öz yeterlik, benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkisi **MTUÖ (Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği), GÖYÖ (Genel Öz Yeterlik Ölçeği), RÖSÖ (Rosenberg Öz Saygı Ölçeği), HSA-9 (Hasta Sağlık Anketi-9)** ile değerlendirilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneyisel Yapısı (CTE)

3.6. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “*Kişisel Bilgi Formu*” hastaların demografik özelliklerine yönelik bilgi edinmek amacıyla sekiz soru ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı, hastanın başka bir hastalığının olup olmadığı, depresyon nedeni ile kaç kez hastaneye yattığı, son zamanlarda kendisini etkileyen önemli bir olay yaşayıp yaşamadığı, ilaç tedavisi dışında herhangi bir tedavi alıp almadığı (EKT, TMS) ile ilgili beş soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Mersin, 2011; Günaydın, 2012; Sineren, 2015; Temel, 2015; Başoğlu, 2016; Gündoğan, 2017) (EK-2).

RUM’a Temellendirilmiş Veri Toplama Formu: Form, RUM’un dört uyum alanı ile ilgili veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce İç Hastalıkları Hemşireliğinde ve Psikiyatri Hemşireliğinde öğretim üyesi olan iki araştırmacıdan yüz yüze “*uzman görüşü*” alınmıştır. Ayrıca, ülkemizde İç Hastalıkları Hemşireliği ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanlarında RUM kullanarak doktora tezi yapmış ve kurumda öğretim üyesi olarak çalışmakta olan iki araştırmacıdan yüz yüze, **Sister Callista Roy**’dan e-posta ile “*uzman görüşü*” alınmıştır. Tüm bu görüşler ışığında RUM’a Temellendirilmiş Veri Toplama Formuna son hali verilmiştir (EK-3).

Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği: Morisky ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiştir. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeğinin (MTUÖ) güvenilirlik katsayısı 0.61 olarak bulunmuştur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2014) tarafından yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.62, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.64-0.96 arasında bulunmuştur. Ölçek hasta tarafından doldurulan, evet ve hayır şeklinde yanıtlanan 4 maddeden oluşmaktadır. Soruların tümüne “*hayır*” denmişse ilaç uyumu yüksek, bir ya da iki soruya “*evet*” denmişse ilaç uyumu orta, üç ya da dört soruya “*evet*” denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilmektedir (EK-4). Bu ölçeğin değerlendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla “*evet*” ve “*hayır*” cevaplarına puan verilerek hesaplama yapılmıştır. Maddelere verilen “*hayır*” cevabı 1, “*evet*” cevabı ise “0” olarak değerlendirilmiştir. Bu durumda ölçek puanı 0-4 arasında değişebilmektedir. Ölçekten 4 puan alınması tedaviye uyumun yüksek, 2 ya da 3 puan orta ve 0 ya da 1 puan alması tedaviye uyumun düşük olduğunu

göstermektedir. Bu ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's Alpha katsayıları ön testte 0.61, son testte ise 0,71 olarak bulunmuştur.

Genel Öz-Yeterlik Ölçeği: Genel Öz Yeterlik Ölçeğinin (GÖYÖ) ilk olarak 1979 yılında, Jerusalem ve Schwarzer tarafından Almanya'da geliştirildiği belirtilmiştir. İlk geliştirildiğinde 20 maddeden oluşan ölçek, 1981'de aynı araştırmacılar tarafından revize edilmiş ve madde sayısı 10'a indirilmiştir. GÖYÖ geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmış ve 10 maddeden oluşan ölçeğin alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçek 4'lü likert tipi bir ölçektir. Her bir madde “*Tamamen yanlış=1 - Tamamen doğru=4*” şeklinde puanlanmaktadır. GÖYÖ'deki tüm maddeler olumlu yönde puanlanmakta ve 10 ile 40 arasında puan alınmaktadır. Yüksek puan genel öz yeterliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Aypay, 2010) (EK-5). Bu ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's Alpha katsayıları ön testte 0.92, son testte ise 0,94 olarak bulunmuştur.

Rosenberg Öz Saygı Ölçeği: Rosenberg Öz Saygı Ölçeği (RÖSÖ) Morris Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinden 1, 2, 4, 6 ve 7. ifadeler ters ifadelerdir. Dörtlü likert tipi (çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış) bir ölçektir. Ölçek hem ergenlere hem de yetişkinlere uygulanabilmektedir. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Buna göre her sorunun puan alacak yanıtları ölçek üzerinde ‘*’ işareti ile gösterilmiştir. Puanlama şu şekilde yapılmaktadır: 1., 2. ve 3. sorular, 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir. İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur. 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır. 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. Sorular gibi değerlendirilir. 6., 7. ve 8. soruların herbiri kendi başlarına puan alır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre bireyler, 0 ile 6 arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, öz saygı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir. 0-1 puan: Yüksek düzeyde öz saygı, 2-4 puan: Orta düzeyde öz saygı, 5-6 puan: Düşük düzeyde öz saygı olarak değerlendirilmektedir. RÖSÖ'nün Türkçeye uyarlama çalışması 1986 yılında yapılmıştır (Çuhadaroglu, 1986) (EK-6). Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur (Akt. Başoğlu, 2016). Bu

ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's Alpha katsayıları ön testte 0.80, son testte ise 0,90 olarak bulunmuştur.

Hasta Sağlık Anketi-9: Hasta Sağlığı Anketi-9 (HSA-9), depresyonun dokuz semptomunu sorgulayan ve depresyonu tanılayan bir ölçüm aracıdır (Sari ve ark., 2016). Kroenke ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen anket dokuz maddeden oluşmaktadır. Her bir soru 0-3 arasında puanlanmaktadır. Anketten alınabilecek maksimum puan 27'dir. Toplam puan; 1-4 arası minimum, 5-9 hafif depresyon, 10-14 orta derece depresyon, 15-19 kısmen şiddetli depresyon ve 20-27 şiddetli depresyon olarak derecelendirilmiştir. Dokuz tanısıl sorunun yanı sıra, *“Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizdeki işleri halletmetmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?”* sorusu eklenmiştir. Ancak bu soru puanlamaya dahil edilmemiştir. HSA-9'un Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sari ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır. Anketin Cronbach's alfa katsayısı 0.842 olarak hesaplanmıştır (EK-7). Bu ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's Alpha katsayıları ön testte 0.70, son testte ise 0,89 olarak bulunmuştur.

3.7. RUM'a Temellendirilmiş DePBU

Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması (DePBU), psikiyatrik bakım kavramı, RUM'un uyum alanları, uyaranları ve hasta davranışı, NANDA hemşirelik tanıları, NIC girişimleri, Ülkemiz Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te yer alan Psikiyatri Klinik Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları ile yönetmeliğin ekindeki *“Hemşirelik Girişimi”* listesinin dikkate alınması ile yapılandırılmıştır (Roy, 2009a; Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Bulechek ve ark., 2013; Ackley ve ark., 2017; Bulechek ve ark., 2017; Wilkinson ve Barcus, 2018; Butcher ve ark., 2018). DePBU'ya bu yönü ile ulusal ve uluslararası düzeyde psikiyatrik bakımı temsil etmeye yönelik bir kapsam kazandırılmıştır (Ek-8a).

Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının (DePBU) yapılandırılmasında RUM'un hemşirelik süreci dikkate alınmıştır. RUM'a göre hemşirelik süreci altı basamaktan oluşmaktadır. Bunlar; davranışın değerlendirilmesi, uyaranların değerlendirilmesi, hemşirelik tanısı belirleme, amaç belirleme, girişim-uygulama ve değerlendirmedir (Roy,

2009d; Whetsell ve ark., 2011). RUM'un hemşirelik sürecinin birinci basamağı, hastanın bütün davranışlarının değerlendirildiği aşamadır. Hemşire, gözlem becerilerini kullanarak, görüşmeler yaparak hastanın davranışları ile ilgili olarak sistematik veri toplar. Birinci adımda, hemşire hastanın davranışlarını gözlemler, onunla konuşur, gerekirse bazı testler ile ölçümler yapar. İkinci adımda, odak, etkileyen ve olası uyaranları saptar. Üçüncü adımda ise, hastanın uyumu ile ilgili hemşirelik tanısına ulaşır (Pektekin, 2013; Masters, 2015). Amaç geliştirme aşamasında, hemşire hastanın uyumunu yükseltmek için hasta ile birlikte amaçlar belirler (Roy, 2009d; Masters, 2015). Bu araştırmada kullanılacak olan DePBU'nun *“uyum alanları/uyaranlar/hasta davranışı”* bölümü, RUM'un hasta davranışlarının ve uyaranların değerlendirilmesi aşamalarına karşılık gelmektedir. Bu bölümde RUM'a temellendirilmiş veri toplama formu ve ölçeklerden elde edilen veriler kullanılmıştır. RUM'un hemşirelik sürecinin hemşirelik tanısı belirleme ve amaç geliştirme aşamaları, DePBU'nun *“hemşirelik tanısı/amaç/sonuç kriterleri”* bölümüne karşılık gelmektedir. DePBU'nun hemşirelik tanısı bölümünde yer alan tanımlar belirlenirken literatür doğrultusunda depresyon hastalarında en çok karşılaşıldığı belirtilen hemşirelik tanıları dikkate alınmıştır. Bunlar *“beden gereksiniminden az beslenme, uyku örüntüsünde bozulma, öz bakım eksikliği, etkisiz baş etme, öz kıyım (intihar) riski, ümitsizlik, düşük benlik saygısı, güçsüzlük, etkisiz rol performansı, aile süreçlerinde bozulma ve sosyal etkileşimde bozulma”* tanılarıdır (Fortinash ve Worret, 2007; Varcarolis, 2013; Carpenito, 2017; Videbeck, 2020). Bakım uygulamaları bu tanımlara yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Ek olarak, bakımın bireye özgüllüğü ilkesi bağlamında bireyin gereksinimleri doğrultusunda belirlenen ilave hemşirelik tanıları, DePBU anlayışı ve yaklaşımı kapsamında değerlendirilerek ele alınmıştır. Ortaya çıkan her bir hemşirelik tanısına yönelik hastaya özgüllüğü dikkate alınarak hasta çıktıları ve sonuç kriterleri (NOC) belirlenmiştir. DePBU'nun değerlendirme aşaması belirlenen hasta çıktıları ve sonuç kriterleri (NOC) dikkate alınarak yapılmıştır.

Hemşire, RUM'un hemşirelik sürecinin girişim-uygulama aşamasında, hastaya en iyi nasıl yardım edeceği üzerine odaklanmaktadır. Hasta için seçtiği girişimler ile hastanın uyum düzeyini, uyaranları değiştirerek ya da uyum sürecini güçlendirerek yükseltmeye çalışmaktadır (Roy, 2009d; Masters, 2015). Bu bilgi doğrultusunda oluşturulan

DePBU'nun girişimler bölümü; “*girişimler ve uygulanan aktiviteler*” olmak üzere iki alt bölüm şeklinde yapılandırılmıştır. Bu bölümün hemşirelik girişimleri belirlenirken; NIC girişimleri ve ülkemiz Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ekinde bulunan hemşirelik girişimleri listesinden yararlanılmıştır. Girişimlere ait uygulanan aktiviteler ise, NIC'te her bir girişimin altında yer alan aktivitelerden seçilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Bulechek ve ark., 2013; Bulechek ve ark., 2017; Butcher ve ark., 2018). Seçilen hemşirelik girişimlerinin, belirlenen hemşirelik tanısına özgü olmasına, hastada var olan uyarınlara değiştirmeye yönelik olmasına ve NIC ve NANDA'nın her bir hemşirelik tanısı için özellikle önerdiği girişim olmasına dikkat edilmiştir (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Ackley ve ark., 2017). Ayrıca, bu girişimler seçilirken DePBU'nun bütün psikiyatri klinik hemşirelerine rehber olması ve psikiyatri klinik hemşireleri tarafından uygulanabilmesi için “*özel yetkinlik*” isteyen hemşirelik girişimleri (müzik terapi, okuma terapisi, sanatla tedavi, aile terapisi gibi) uygulama listesine alınmamıştır. DePBU'nun değerlendirme aşaması ise belirlenen hasta çıktıları ve sonuç kriterleri (NOC) doğrultusunda yapılmıştır. Bu kriterler doğrultusunda değerlendirme bölümü “*amaca ulaşıldı (+), amaca kısmen ulaşıldı (±) ve amaca ulaşılamadı (-)*” şeklinde değerlendirilmiştir. Bu şekilde uygulanan DePBU, bir hastanın dört uyum alanına yönelik dört örnek hemşirelik tanısı ile birlikte EK-8b'de verilmiştir. DePBU ile ilgili İç Hastalıkları Hemşireliğinde ve Psikiyatri Hemşireliğinde öğretim üyesi olan iki araştırmacıdan yüz yüze “*uzman görüşü*” alınmıştır. Ayrıca, ülkemizde İç Hastalıkları Hemşireliği ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanlarında RUM kullanarak doktora tezi yapmış ve kurumda öğretim üyesi olarak çalışmakta olan iki araştırmacıdan yüz yüze, **Sister Callista Roy**'dan (EK-9) e-posta ile “*uzman görüşü*” alınmıştır. Tüm bu görüşler ışığında DePBU'ya son hali verilmiştir.

3.8. Ön Uygulama

Araştırmaya başlamadan önce dahil etme-dışlama kriterlerine uygun dört hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda elde edilen veriler ile RUM'a temellendirilmiş veri toplama formu ve DePBU'ya son hali verilmiştir. Ön uygulama ile ayrıca “*Kişisel Bilgi Formu*” ve ölçekleri doldurabilmek için gereken ortalama süre 5-10 dakika olarak belirlenmiştir. Ön uygulamaya alınan dört hastanın ikisinin uygulama süreci

DePBU'ya göre tamamlanmıştır. Diğer ikisi pandemi nedeniyle alınan önlemlerden dolayı klinikten taburcu edilmiştir. Taburcu olduktan sonra birisine ulaşılammış, birinin de son testi telefon görüşmesi ile alınmıştır. Normal bir süreç içinde taburculukları yapılmadığı için bu iki hasta araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama süreci DePBU'ya göre normal süreç içinde tamamlanan iki hasta ise araştırmaya dahil edilmiştir. Ön uygulamada yapılan değişiklikler aşağıda (Tablo 3.4) verilmiştir. Bu değişiklikler ön uygulamanın hemen başında farkedilmiş ve ön uygulama bu şekilde yürütülmüştür. Araştırmanın DePBU grubuna da aynı değişiklikler ile devam edilmiştir. Ön uygulamadaki iki hastanın süreçleri araştırmanın DePBU grubuna verilen psikiyatrik bakım ile aynı şekilde yürütüldüğü ve süreç içinde ön test ve son testleri alındığı için araştırmaya dahil edilmiştir.

Tablo 3.4. Ön uygulamada yapılan değişiklikler

Veri Toplama Araçları	Değişiklikler
Kişisel Bilgi Formu	Eğitim durumuna “önlisans” seçeneği eklendi. Alkol ve madde kullanımı ile ilgili iki madde çıkarıldı. İlaç dışında herhangi bir tedavi alıp almadığı (EKT ya da TMS) ile ilgili bir soru eklendi.
Ölçekler	Ölçekleri doldurma süresi 5-10 dk olarak belirlendi. HSA-9'un depresyon düzeyini ölçmek için uygun olduğu kararlaştırıldı.
RUM'a Temellendirilmiş Veri Toplama Formu	Formdaki sorulardan önce “ <i>Hasta Hikayesi</i> ” bölümü eklendi. Formda her bir bölümün altına “ <i>diğer veriler</i> ” eklendi.
DePBU	DePBU'nun altına bir sütun eklenerek uygulanan girişimlere ait aktiviteler bölümü eklendi.

3.8.1. Ön Uygulama Sonuçları

Ön uygulama sonrası Kişisel Bilgi Formu'nun son hali EK-2'de, RUM'a Temellendirilmiş Veri Toplama Formu'nun son hali EK-3'te, DePBU'nun son hali EK-8a'da ve bir hastaya ait dört uyum alanına yönelik dört örnek hemşirelik tanısı ile birlikte ise EK-8b'de verilmiştir.

Ön Uygulama Ön Test-Son Test Sonuçları: Bir hastanın son testi alınamadığı için diğer üç hastaya ait ön uygulama test sonuçları ve ortaya çıkan hemşirelik tanıları aşağıda **Tablo 3.5'te ve Tablo 3.6'da** verilmiştir.

Tablo 3.5. Ön uygulama ön test-son test sonuçları

Hasta	MTUÖ	GÖYÖ	RÖSÖ	HSA-9
1. Kadın (41y)				
<i>Ön Test</i>	Tedavi uyumu: Düşük	Puan: 10	Düşük: 6	Şiddetli: 25
<i>Son Test</i>	Tedavi uyumu: Yüksek	Puan: 18	Düşük: 6	Kısmen şiddetli: 15
2. Erkek (55y)				
<i>Ön Test</i>	Tedavi uyumu: Orta	Puan:35	Yüksek: 1	Orta: 10
<i>Son Test</i>	Tedavi uyumu: Yüksek	Puan: 34	Yüksek: 1	Hafif: 6
3. Erkek (55y)				
<i>Ön Test</i>	Tedavi uyumu: Yüksek	Puan: 30	Orta: 2	Şiddetli: 23
<i>Son Test</i>	Tedavi uyumu: Yüksek	Puan: 35	Yüksek: 1	Hafif: 7

Tablo 3.6. Ön uygulamada dört uyum alanına göre ortaya çıkan hemşirelik tanıları

Hemşirelik Tanıları (n)	
1. Fizyolojik Alan	2. Benlik Kavramı Alanı
Ağrı (kronik) (1)	Anksiyete (3)
Banyo yapmada öz-bakım eksikliği (2)	Beden imajında bozulma (1)
Bilgi eksikliği (2)	Cinsellik örüntülerinde etkisizlik (1)
Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme (3)	Düşük benlik saygısı (2)
Konstipasyon (2)	Etkisiz başetme (3)
Tedaviye uyumsuzluk (1)	Güçsüzlük (3)
Uyku örüntüsünde bozulma (3)	Öz kıyım (intihar) riski (3)
Yorgunluk (2)	Umutsuzluk (2)
3. Rol Fonksiyon Alanı	4. Karşılıklı Bağlılık Alanı
Aile içi süreçlerde bozulma (1)	Sosyal etkileşimde bozulma (1)
Aile süreçlerinin kesintiye uğraması (1)	Sosyal izolasyon (2)
Rol performansında etkisizlik (3)	Yalnızlık riski (2)

3.9. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Araştırma, bulaş olmaması için hemşirelik öğrencilerinin klinikte bulunmadığı dönemlerde gerçekleştirilmiştir. Uygulamaya, bulaş olasılığını önlemek ve klinik çalışanlarının uygulamadan etkilenmesini engellemek amacıyla kontrol grubu ile başlanmış ve bu grubun tamamlanması ile DePBU grubuna geçilmiştir.

3.9.1. İlk Ölçüm Verileri

Kontrol ve DePBU grubunun ilk ölçümlerine, dahil etme kriterlerine uyan ve bilgilendirilmiş onamı alınan ilk hasta ile başlanmıştır. Yatışın 1-3. gününde “*Kişisel Bilgi Formu*” doldurulduktan sonra, ön test amacıyla MTUÖ, GÖYÖ, RÖSÖ ve HSA-9 doldurması sağlanmıştır. İlk ölçüm verileri tüm hastalardan aynı şekilde elde edilmiştir.

3.9.2. Uygulama

Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulaması (DePBU), araştırmacı tarafından yürütülmüş olup, araştırmacı bu amaçla genellikle gündüz olmak üzere her gün en az sekiz saat (bir shift süresi) klinikte bulunmuş ve hastanın taburculuğuna kadar uygulamayı sürdürmüştür. İlk ölçümler yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından DePBU sürecinin ilk basamağı olan RUM'a temellendirilmiş veri toplama formu ile veriler toplanmaya başlanmıştır (EK-3). Verilere ön test ölçek puanları da dahil edilmiştir. Toplanan bu veriler doğrultusunda öncelikle hastanın problemleri davranışları ve bu davranışların odak, etkileyen ve olası uyaranları saptanmıştır. Ardından bu uyumsuz davranışların RUM'un dört uyum alanından hangisi ile ilgili olduğu belirlenerek, hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Tanılara uygun olarak planlanan girişimlere ait aktiviteler uygulandıkça bakım planı formunun aktiviteler bölümüne kaydedilmiştir. DePBU grubuna *“fizyolojik alan”* ile ilgili hemşirelik girişimleri bireysel olarak, *“benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı”* ile ilgili girişimler, bireysel girişimlerin yanı sıra hastaların sosyal etkileşimlerini ve becerilerini etkileyebilmesi ve birbirlerini destekleyebilmesi açısından grup şeklinde (pandemi kuralları dikkate alınarak) uygulanmıştır. Girişimler uygulandıkça her bir tanıya yönelik belirlenen hasta çıktıları ve NOC kriterleri dikkate alınarak değerlendirme yapılmıştır. Kontrol ve DePBU grupları, hastanın yatışı ile başlayıp hastanın taburcu olması ile tamamlanmıştır. Kontrol grubuna klinikte yapılan rutin uygulamalar dışında araştırmacının herhangi bir müdahalesi olmamıştır.

3.9.3. Son Ölçüm Verileri

Kontrol ve DePBU grubuna taburculuğun planlandığı son üç gün içinde MTUÖ, GÖYÖ, RÖSÖ ve HSA-9'u doldurması sağlanarak son ölçümler yapılmıştır. Hem kontrol hem de DePBU grubu 21 hastaya ulaştığında araştırmaya son verilmiştir.

3.10. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişkenler: RUM'a temellendirilmiş DePBU

Bağımlı değişkenler: Tedaviye uyum, genel öz-yeterlik, benlik saygısı, depresyon düzeyi puan ortalamaları

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Uygulama öncesinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-Power programı kullanılmıştır. Araştırma sonrası elde edilen veriler SPSS 26,0 (Statistical Package for Social Science) kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri için alfa düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, ki kare ve normallik testi yapılmıştır. Normallik testine “*Shapiro-Wilk*” testinin anlamlılık değerine göre karar verilmiştir. Normallik testi sonucunda normal dağılım göstermeyen MTUÖ ve RÖSÖ ile ilgili analizler “*Mann-Whitney U testi*” ve ön test-son test puan ortalamalarını analiz etmek amacıyla “*Wilcoxon W*” testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren GÖYÖ ve HSA-9 ile ilgili analizlerde ise, “*Bağımsız Örneklem t testi*” ve ön test-son test puan ortalamalarını analiz etmek amacıyla “*Eşleştirilmiş Örneklem t testi*” kullanılmıştır. Ölçeklerin “*Cronbach alpha*” katsayılarının hesaplanmasında “*Güvenirlilik Analizi*” kullanılmıştır.

3.12. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

RUM’un kullanılabilmesi için modeli geliştiren kuramcı Sister Callista Roy’dan kullanım izni alınmıştır (EK-10). Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay (31.07.2019-70904504/387), Akdeniz Üniversitesi Hastanesinden kurum izni (08.10.2019 ve 52742241-E.130337) ve kullanılan ölçekler ile ilgili kullanım izni alınmıştır (EK-11, EK-12, EK-13, EK-14, EK-15, EK-16). Araştırmaya katılan hastalardan araştırma hakkında bilgilendirilmiş onam (EK-17, EK-18) alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırma boyunca meydana gelen örneklem kayıplarının yerine yeni hastalar alınarak örneklem kayıplarının önüne geçilmesi, öğrencilerin klinikte olmadığı dönemlerde yürütülmesi, bulaş olasılığını ve hemşirelerin uygulamadan etkilenmesini önlemek amacıyla kontrol grubu ile başlanması bu araştırmanın güçlü yanlarıdır.

3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

Uygulandığı kurum ile sınırlı kalması, randomizasyon yapılamaması ve izlem yapılmaması bu araştırmanın sınırlılıkları olarak değerlendirilebilir.

4. BULGULAR

RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun depresyon tanısı ile yatan hastaların tedaviye uyumunu artırmak, genel öz-yeterlik düzeyini ve benlik saygısını yükseltmek ve depresyon düzeyini azaltmak amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları altı başlık altında aşağıda verilmiştir. Bu başlıklar:

1. RUM'a temellendirilmiş DePBU'ya göre girişim grubuna verilen psikiyatrik bakım ile ilgili bulgular
2. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun tedavi uyumuna etkisi ile ilgili bulgular
3. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun genel öz-yeterlik düzeyine etkisi ile ilgili bulgular
4. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun benlik saygısına etkisi ile ilgili bulgular
5. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun depresyon düzeyine etkisi ile ilgili bulgular

4.1. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'ya göre Girişim Grubuna Verilen Psikiyatrik Bakım ile ilgili Bulgular

Bu çalışmaya alınan hastaların ortalama yatış süresi kontrol grubunda 28.62 ± 3.80 gün iken, DePBU grubunun ortalama yatış süresi ise 24.48 ± 2.85 gündür. Araştırmada kontrol grubu tamamlandıktan sonra DePBU grubunun uygulamasına başlanmış ve RUM'a temellendirilmiş DePBU ile psikiyatrik bakım verilmiştir. DePBU grubuna verilen psikiyatrik bakım ile ilgili bulgular RUM'un dört uyum alanına göre aşağıdaki tablolarda verilmiştir (Tablo 4.1, 4.2, 4.3, 4.4). Her bir hemşirelik tanısının; *“etkileyen uyaranları, hasta davranışları, uygulanan girişimler ve değerlendirme aşamaları”* tablolarda verilmiştir. Etkileyen uyaranlar birden fazla alanı etkileyebildiği için aynı uyaran birden fazla tanıda belirtilmiştir. Örnek verilecek olursa, *“sosyal destek eksikliği”* uyarını *“etkisiz başetme”* tanısı için etkileyen uyaran olabildiği gibi aynı zamanda *“umutsuzluk”* tanısı için de etkileyen uyarandır. Bu nedenle her iki hemşirelik tanısında da *“sosyal destek eksikliği”* uyaran olarak belirtilmiştir. Hemşirelik girişimleri seçilirken NIC'in her bir hemşirelik tanısı için özellikle önerdiği girişimlere ve o tanıyı ortaya çıkaran uyarana yönelik olmasına dikkat edilmiştir. Tablolarda **“kırmızı renkli ve bold”** olarak gösterilen hemşirelik girişimleri NIC tarafından o tanı için öncelikli olarak önerilen girişimlerdir. Hemşirelik girişimlerinden olan *“aktif dinleme, var olma/yanında bulunma, emosyonel*

destek, takdir etme ve taburculuk planlama” girişimleri bazı hastalarda bir hemşirelik tanısına özgü olarak uygulanmış ve bunlar tablolarda verilmiştir. Ancak bu girişimler DePBU grubuna verilen psikiyatrik bakım sürecinde hastaların tamamında uygulanmıştır.

Tablo 4.1’de fizyolojik alan ile ilgili hemşirelik tanıları listelenmiştir. DePBU grubunda fizyolojik alan ile ilgili toplam 14 farklı tanı ortaya çıkmıştır. DePBU grubundaki 21 hastanın 20’sinde *“uyku örüntüsünde bozulma”* hemşirelik tanısı konulmuştur. Bu tanıdan sonra 15 hastada *“yorgunluk”*, 15 hastada *“konstipasyon/riski”*, 14 hastada *“dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme”* ve 11 hastada *“bilgi eksikliği”* tanısının en çok belirlenmiş tanıları olduğu bulunmuştur. En az bulunan tanıları ise *“aktivite intoleransı (1), beslenmede güçlenmeye hazır oluş (1), sıvı volüm fazlalığı (1), enfeksiyon riski (1), bulantı (2) ve etkisiz solunum örüntüsü (2)”* olarak saptanmıştır.

Tablo 4.1’de fizyolojik alan ile ilgili her bir hemşirelik tanısı için seçilen girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi verilmiştir. Fizyolojik alan ile ilgili ortaya çıkan tanıların sonuçları *“amaca ulaşıldı, amaca kısmen ulaşıldı ve amaca ulaşılamadı”* şeklinde değerlendirilmiştir. Toplamda yapılan 104 değerlendirmenin 86’sı amaca ulaşıldı, 14’ü amaca kısmen ulaşıldı ve dördü amaca ulaşılamadı olarak sonuçlanmıştır. Girişimler sonucu fizyolojik alan ile ilgili belirlenen 14 tanının yedisinde (*banyo yapmada öz-bakım eksikliği, beslenmede güçlenmeye hazır oluş, bilgi eksikliği, bulantı, enfeksiyon riski, etkisiz solunum örüntüsü, tedaviye uyumsuzluk*) bütün hastalar açısından amaca ulaşılmıştır. Birer hastada bulunan *“aktivite intoleransı ve sıvı volüm fazlalığı”* tanıları her iki hastada da kısmen amaca ulaşılma ile sonuçlanmıştır. Geriye kalan tanıları içinde *“ağrı”* tanısı açısından üç hastada amacına ulaşılmış, üç hastada kısmen amaca ulaşılmış ve bir hastada ise amaca ulaşılamamıştır. Ondört hastada belirlenen *“dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme”* hemşirelik tanısı bakımından, 13 hastada amaca ulaşılmış, bir hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. *“Konstipasyon/riski”* tanısı 13 hastada amaca ulaşılmış, iki hastada ise amaca ulaşılamamıştır. Yirmi hasta için söz konusu olan *“uyku örüntüsünde bozulma”* tanısında 15 hastada amaca ulaşılmış, dört hastada amaca kısmen ulaşılmış, bir hastada ise amaca ulaşılamamıştır. Hemşirelik tanılarından *“yorgunluk”* tanısında ise 11 hastada amaca ulaşılmış, dört hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır.

Tablo 4.1. Fizyolojik alan ile ilgili bulgular

1: Etkileyen uyarılar, hasta davranışları ve girişimler uygulanma sayısına göre yüksek değerden düşük olana doğru sıralanmıştır. **2:** Hemşirelik tanıları alfabetik sıraya göre yazılmıştır. **3. +:** Amaca ulaşıldı, **±:** amaca kısmen ulaşıldı, **-:** amaca ulaşılamadı.

Etkileyen Uyarılar¹ (n)	Hasta Davranışları¹ (n)	Hemşirelik Tanıları² (n)	Girişimler¹ (n)	Değerlendirme³ +:86, ±:14, -:4 Toplam:104
Uykusuzluk (4), anksiyete-stres (4), EKT-TMS (3), hareketsizlik (3), migren (1), artrit (1), yaş (1), fiziksel yaralanma (1)	Ağrı ifadesi (7), ağrılı yüz ifadesi (7), gerginlik-huzursuzluk (5), uyuyamama (4), ağlama (3), aktivitelere katılmama (2), terleme (1)	1. Ağrı - Akut/Kronik (n:7)	1. Ağrı yönetimi (7) 2. Dikkati başka yöne çekme (7) 3. Analjezik uygulaması (6) 4. Var olma/yanında bulunma (6) 5. Anksiyetenin azaltılması (4) 6. Uykunun güçlendirilmesi (4)	+: (n:3) ±: (n:3) -: (n:1)
Ağrı (1), yaş (1), artrit (1)	Yorulma (1), ağrı ifadesi (1), aktivitelere katılmak istememe (1)	2. Aktivite intoleransı (n:1)	1. Ağrı yönetimi (1) 2. Ailenin katılımını geliştirme (1)	±: (n:1)
İsteksizlik (6), yorgunluk (6), güçsüzlük (5), sıcak su kesintisi (1), malzeme eksikliği (1)	Banyo yapmama (6), üstünün kirli olması (6), yapacak gücü kendinde bulamadığını ifade etme (5), isteğinin olmadığını ifade etme (6)	3. Banyo yapmada öz-bakım eksikliği (n:6)	1. Öz bakım yardımı: Banyo/hijyen (6) 2. Enerji yönetimi (6) 3. Öz etkililiği güçlendirme (5)	+: (n:6)
Klinik ortam (1), beslenme düzeninin kendine iyi geldiğini fark etme (1), beslenme düzenini devam ettirme kararı (1)	Klinik yemek düzenine uyma (1), klinik yemek düzeninin kendisine iyi geldiğini ifade etme (1), klinik düzeni evde devam ettirme istediğini ifade etme (1)	4. Beslenmede güçlenmeye hazır oluş (n:1)	1. Karar vermeyi destekleme (1) 2. Beslenmenin izlenmesi (1) 3. Takdir etme (1)	+: (n:1)
Bilgi yetersizliği (11), eğitim durumu (2)	Depresyon ve tedavi ile ilgili sürekli sorular sorma (11), EKT ile ilgili kaygılarını ifade etme (7)	5. Bilgi eksikliği (Tedavi/Hastalık) (n:11)	1. Öğretim: Tedavi/hastalık süreci (11) 2. Destek sistemlerini güçlendirme (7)	+: (n:11)
Yiyecek (2), intihar girişimi (1)	Bulantısının olması (2)	6. Bulantı (n:2)	1. Bulantı yönetimi (2) 2. Beslenmenin izlenmesi (2)	+: (n:2)
Zevk alamama (12), iştahsızlık (10), isteksizlik (9), ykusuzluk-uyuma isteği (7), bilgi yetersizliği (2), kilo alma korkusu (2), bulantı (1), eşinin baskısı (1), oral alımın kapalı olması (1)	Yetersiz beslenme (14), öğün atlama (12), kilo kaybı (4), yiyecekte tıksınma (2), gece (açlıktan) uyanma (1)	7. Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az beslenme (n:14)	1. Beslenme yönetimi (14) 2. Öğretim: Hastalık süreci/tedavi (13) 3. Uykunun güçlendirilmesi (7)	+: (n:13) ±: (n:1)
Dren yarası (1), ameliyat yarası (1), bıçak yarası (1), NG sonda (1)	-	8. Enfeksiyon riski (n:1)	1. Enfeksiyondan korunma (1) 2. İnsizyon yeri bakımı (1) 3. Yara bakımı (1)	+: (n:1)
Maske (2), sigara (2), bronş daralması (1), astım (1), ilaçlarını unutma (1)	Yorgunluk (2), rahat nefes alamadığını ifade etme (2), maske kuralına uymama (2)	9. Etkisiz solunum örüntüsü (n:2)	1. Havayolu yönetimi (2) 2. Solunum izleme (2) 3. Öğretim: Bireysel (2) 4. Astım yönetimi	+: (n:2)

Tablo 4.1.1. Fizyolojik alan ile ilgili bulgular devamı

İlaç kullanma (15), hareketsizlik (15), yetersiz sıvı alımı (8), kafein tüketimi (7), yetersiz beslenme (1), bağırsak hasarı(1)	Dışkılama gerçekleştirilememe (5), dışkılamada zorlanma (5), dışkılamada azalma (5), abdominal ağrı (2), şişkinlik (1)	10. Konstipasyon/Riski (n:15)	1. Konstipasyon yönetimi (15) 2. Bağırsak (dışkılama) yönetimi (15) 3. Öğretim: Tedavi (15) 4. İlaç uygulaması: Oral (3) 5. Beslenme yönetimi (2)	+ : (n:13) - : (n:2)
Kalp-dolaşım ile ilgili problemler (1)	Ödem (1), kilo alımı (1), az sıvı alımı (1)	11. Sıvı volüm fazlalığı (n:1)	1. Sıvı elektrolit yönetimi (1)	± : (n:1)
Bilgi yetersizliği (6), unutkanlık (5), yatış sürecinin uzaması (4), sosyal destek eksikliği (3), çocuklarını düşünme-özlme (1), b12 eksikliği (1)	İlaç almayı hatırlamama (6), ilaç almayı unutma (5), ilacı kesme (5), taburcu olmak isteme (4), tekrarlı yatış (4), etk almak istememe (1)	12. Tedaviye uyumsuzluk (n:8)	1. Öğretim: Tedavi /hastalık süreci (8) 2. Taburculuğu planlama (8) 3. Destek sistemlerini güçlendirme (3) 4. Beslenme yönetimi (1) 5. İlaç uygulaması: Oral (1)	+ : (n:8)
İlaç kullanımı (20), anksiyete (20), yaşam olayları (maddi kayıp, covid-19, boşanma, ayrılık-ölüm gibi) ile zihinsel meşgul olma (10), ümitsizlik (6), kafein tüketimi (5), ağrı (3), gündüz uykusu (3), başkaları ile aynı ortamda bulunmama isteği (3), klinik ortam (2) b12 eksikliği (2), aynı odadaki hastanın horlaması (1), korkunç rüyalar (1), acıkma (1)	Uyku örüntüsünde değişim (20), az ya da çok uyuma (20), yorgun-halsiz hissetme (20), uykudan doyumculuk (20), dinlenmemiş hissetme (20), uykuya dalmada zorlanma (13), uykunun bölünmesi (12)	13. Uyku örüntüsünde bozulma (n:20)	1. Uykunun güçlendirilmesi (20) 2. İlaç uygulanması: Oral (20) 3. Anksiyetenin azaltılması (20) 4. Enerji yönetimi (20) 5. Öğretim: Tedavi (20) 6. Baş etmeyi güçlendirme (10) 7. Ümit aşılama (6) 8. Ağrı yönetimi (3) 9. Sosyalizasyonu güçlendirme (3) 10. Beslenme yönetimi (3)	+ : (n:15) ± : (n:4) - : (n:1)
Uyku problemleri (15), ilaç kullanımı (15), yetersiz beslenme (9), B12 eksikliği (2), aşırı kilo (1)	Yorgunluk (15), halsizlik (14), yatakta zaman geçirme (11), aktivitelerden kaçınma (7), dikkatinin dağılması (5)	14. Yorgunluk (n:15)	1. Enerji yönetimi (15) 2. Öğretim: Tedavi/hastalık süreci (15) 3. Uykunun güçlendirilmesi (15) 4. Beslenme yönetimi (9) 5. İlaç uygulaması: Oral (2)	+ : (n:11) ± : (n:4)

Tablo 4.2’de benlik kavramı alanı ile ilgili hemşirelik tanıları listelenmiştir. DePBU grubunda benlik kavramı alanı ile ilgili toplam 14 farklı tanı oluştuğu bulunmuştur. DePBU grubundaki 21 hastanın 19’unda “*etkisiz baş etme ve öz kıyım (intihar) riski*” tanıları konulmuştur. Bu tanılardan sonra 18 hastada “*anksiyete*”, 17 hastada “*düşük benlik saygısı*”, 16 hastada “*umutsuzluk*” ve 15 hastada “*güçsüzlük*” tanılarının en çok belirlenen hemşirelik tanıları olduğu bulunmuştur. En az belirlenen tanı ise, “*cinsel işlev bozukluğu (1), kendini sakat etme (1), spiritüel distres (1), şiddet riski (2), beden imajında bozulma (3), cinsellik örüntülerinde etkisizlik (3) ve korku (4)*” tanılarıdır.

Tablo 4.2’de benlik kavramı alanındaki her bir hemşirelik tanısı için seçilen girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi verilmiştir. Benlik kavramı alanı ile ilgili ortaya çıkan tanıların sonuçları “*amaca ulaşıldı, amaca kısmen ulaşıldı ve amaca ulaşılamadı*” şeklinde değerlendirilmiştir. Toplamda yapılan 125 değerlendirmenin 108’i amaca ulaşıldı, 14’ü amaca kısmen ulaşıldı ve üçü amaca ulaşılamadı olarak sonuçlanmıştır. Girişimler sonucu benlik kavramı alanı ile ilgili 14 hemşirelik tanının altısı (*güçsüzlük, karar vermede güçlendirilmeye hazır oluş, kendini sakat etme, korku, öz kıyım (intihar) riski, şiddet riski*) bakımından bütün hastalarda amaca ulaşılmıştır. “*Anksiyete*” hemşirelik tanısında 14 hastada amaca ulaşılmış dört hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. Geriye kalan tanıların içinde “*beden imajında bozulma*” tanısı açısından iki hastada amaca ulaşılmış, bir hastada ise amaca ulaşılamamış, “*cinsellik örüntülerinde etkisizlik*” tanısında bir hastada amaca ulaşılmış, iki hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. Sadece bir hastada var olan “*cinsel işlev bozukluğu*” tanısı amaca ulaşılamamıştır. “*Düşük benlik saygısı*” tanısında 16 hastada amaca ulaşılmış, bir hastada amaca ulaşılamamıştır. Ondokuz hastanın 17’sinde “*etkisiz baş etme*” tanısında amaca ulaşılmış, iki hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. Onaltı hastada bulunan “*umutsuzluk*” tanısında ise, 11 hastada amaca ulaşılmış, beş hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır.

Tablo 4.2. Benlik kavramı alanı ile ilgili bulgular

1: Etkileyen uyarılar, hasta davranışları ve girişimler uygulanma sayısına göre yüksek değerden düşük olana doğru sıralanmıştır. **2:** Hemşirelik tanıları alfabetik sıraya göre yazılmıştır. **3. +:** Amaca ulaşıldı, **±:** amaca kısmen ulaşıldı, **-:** amaca ulaşılamadı.

Etkileyen Uyarılar¹ (n)	Hasta Davranışları¹ (n)	Hemşirelik Tanıları² (n)	Girişimler¹ (n)	Değerlendirme³ +:108, ±:14, -:3 Toplam:125
Etkisiz baş etme becerisi (17), ümitsizlik (16), aile içi problemler (9), sosyal destek eksikliği (7), uzayan yatış süreci (7), yaşam olayları (boşanma, ayrılık, maddi kayıp gibi) (7), düşük benlik saygısı (7), yalnızlık (4), akademik başarısızlık (3), bakım yükü (3), işsizlik-kötü maddi durum (3), meslek (1), EKT (1), covid-19 (1)	Anksiyete (18), uykuda değişim (18), kendisi ve geleceği ile ilgili kaygı (17), huzursuzluk - gerginlik (14), zihinsel aşırı meşgul olma (10), dikkatini toplamada zorlanma (14), iştahsızlık (12), sinirlilik-öfke (11), pişmanlık (8), taşikardi (5), titreme (4), terleme (3), hipertansiyon (2), çarpıntı (1)	1. Anksiyete (n:18)	1. Anksiyetenin azaltılması (18) 2. Baş etmeyi güçlendirme (17) 3. Ümit aşılama (16) 4. Sakinleştirme tekniği (14) 5. Kaslarda progresif gevşemenin sağlanması (14) 6. Ailenin katılımını geliştirme (8) 7. Benlik saygısını güçlendirme (7) 8. Destek sistemlerini güçlendirme (7) 9. Öğretim: Tedavi/hastalık süreci (7) 10. Rol güçlendirme (5) 11. Sosyalizasyonu güçlendirme (4) 12. Varolma/yanında bulunma (3) 13. Emosyonel destek (3)	+: (n:14) ±: (n:4)
Kendini algılamada değişim (3), gelişimsel geçiş (2), düşük benlik saygısı (2), psikososyal faktörler (2), ilaç kullanımı (1), kilo alma (1)	Fiziksel görünümünden rahatsız olma (3), fiziksel görünümünü değiştirmek isteme (3), değersiz olduğunu ifade etme (2), kilosundan dolayı sinirlenme (1), sık sık aynaya bakma (1)	2. Beden imajında bozulma (n:3)	1. Beden imgesini güçlendirme (3) 2. Benlik saygısını güçlendirme (2) 3. Ailenin katılımı geliştirme (2) 4. Emosyonel destek (1) 5. Aktif dinleme (1)	+: (n:2) -: (n:1)
Anksiyete (3), düşük benlik saygısı (3), isteksizlik (2), başarısız ilişkiler (2), aile içi problemler (1), menapoz (1), cinsel yönelim ile ilgili çatışma (1)	Cinsel aktivitelerden kaçınma (3), kendini değersiz görme (3), isteğinin olmadığını ifade etme (2), uygun olmayan cinsel davranışlarda bulunma (1)	3. Cinsellik örüntülerinde etkisizlik (n:3)	1. Cinsel danışmanlık (3) 2. Öğretim: Cinsellik (3) 3. Anksiyetenin azaltılması (3) 4. Benlik saygısını güçlendirme (3) 5. Ailenin katılımını geliştirme (2)	+: (n:1) ±: (n:2)
Aile içi çatışma (1), cinsel istismar - travma (1), anksiyete (1)	Orgazm olamama (1), cinsel aktivitelerden kaçınma (1)	4. Cinsel işlev bozukluğu (n:1)	1. Cinsel danışmanlık (1) 2. Öğretim: Cinsellik (1) 3. Anksiyetenin azaltılması (1)	-: (n:1)
Etkisiz baş etme becerisi (16), yetersiz saygı görme (15), cinsiyet-kadın (12), güçsüzlük (12), kişilik yapısı (8), başarısızlık (7), ayrılık-kayıp-aldatılma öyküsü (5), sosyal destek eksikliği (4), düşük eğitim düzeyi (4), beden imajında bozulma (2), meslek (1), medeni durum (1), Covid-19 (1), gelişimsel geçiş (1), cinsel travma (1)	Yetersiz bir insan olduğunu ve bir işe yaramadığını ifade etme(17), kendisi ile ilgili olumsuz geribildirimlerde bulunma (15), kendini küçümseme, değersiz bulma (11), kendini başarısız görme (13), kendini suçlama (8), sosyal geri çekilme (7)	5. Düşük benlik saygısı (Durumsal /Kronik) (n:17)	1. Benlik saygısını güçlendirme (17) 2. Baş etmeyi güçlendirme (16) 3. Öz etkililiği güçlendirme (12) 4. Ailenin katılımını geliştirme (10) 5. Rol güçlendirme (7) 6. Yanında bulunma/var olma (7) 7. Sosyalizasyonu güçlendirme (7) 8. Emosyonel destek (5) 9. Destek sistemlerini güçlendirme (4) 10. Beden imgesini güçlendirme (2)	+: (n:16) -: (n:1)

Tablo 4.2.1. Benlik kavramı alanı ile ilgili bulgular devamı-1

Etkisiz baş etme becerisi (19), anksiyete (17), düşük benlik saygısı (16), güçsüzlük (15), sosyal destek yetersizliği (14), cinsiyet-kadın (11), aile içi problemler (8), kayıp (5), kişilik yapısı (4), yalnızlık (3), halüsinasyon (3), ekonomik durum (3), hasta aile bireyi (3), yaşam olayları (2), cinsel istismar (2), meslek (1), covid-19 (1), gelişimsel kriz (1), arkadaş çevresi (1)	Baş edemediğini ifade etme (19), ümitsizliğe kapılma (16), rollerini yerine getirmeme (15), etkisiz baş etme davranışları sergileme (15), öz kıyım (intihar) girişiminde bulunma (14), kendine ya da başkalarına karşı yıkıcı davranma (14), ağlama (11), öfkelenme-sinirlenme (5), karar verememe-kararsızlık (3), madde kullanma (1)	6. Etkisiz baş etme (n:19)	1. Baş etmeyi güçlendirme (19) 2. Kaslarda progresif gevşemenin sağlanması (18) 3. Anksiyetenin azaltılması (17) 4. Benlik saygısını güçlendirme (16) 5. Öz etkililiği güçlendirme (15) 6. Destek sistemlerini güçlendirme (14) 7. Ailenin katılımını geliştirme (10) 8. Öfke kontrolüne yardım (5) 9. Sosyalizasyonu güçlendirme (3) 10. Rol güçlendirme (3) 11. Karar vermeyi destekleme (3)	++: (n:17) ±: (n:2)
Güçsüzlük (15), etkisiz baş etme becerisi (15), ümitsizlik (13), düşük benlik saygısı (12), sosyal destek azlığı (12), yorgunluk-uykusuzluk (11), cinsiyet-kadın (8), zorlu yaşam olayları (4), kişilerarası yetersiz etkileşim (3), kişilik yapısı (2), ekonomik durum (2)	Harekete geçecek gücü kendinde bulamadığını ifade etme (15), içinde bulunduğu durumu kontrol edememe (15), rollerini sürdürmeme (11), ağlama (8)	7. Güçsüzlük (n:15)	1. Öz etkililiği güçlendirme (15) 2. Baş etmeyi güçlendirme (15) 3. Ümit aşılama (13) 4. Benlik saygısını güçlendirme (12) 5. Enerji yönetimi (11) 6. Destek sistemlerini güçlendirme (12) 7. Emosyonel destek (8) 8. Var olma/yanında bulunma (8) 9. Ailenin katılımını geliştirme (7) 10. Sosyalizasyonu geliştirme (3)	++: (n:15)
Bakım-tedavi etkisi (6), kendi gücü ve potansiyelini keşfetmesi (6), kendini güçlü hissetmesi (6), öz geçmişi (5), yalnızlıktan kurtulma isteği (3), okula devam etme kararı (2), Ekonomik düzey (2), çalışmaya karar verme (1), iş değişikliği kararı (1), yer değişikliği kararı (1), ailesine yeterince zaman ayırmadığını fark etmesi (1), sağlığını bozan faktörleri keşfetmesi (1)	Kendisi ile ilgili kararlar aldığını ifade etme (6), aldığı kararlar ile ilgili görüşmek isteme (6)	8. Karar vermede güçlendirilmeye hazır oluş (n:6)	1. Karar vermeyi destekleme (6) 2. Rol güçlendirme (6) 3. Takdir etme (6) 4. Öz etkililiği güçlendirme (5) 5. Destek sistemlerini güçlendirme (5) 6. Sosyalizasyonu güçlendirme (2)	++: (n:6)
Ayrılık-boşanma-terkedilme (1), düşük benlik saygısı (1), anksiyete (1), baş etmede yetersizlik (1)	Öfkelenme – sinirlenme (1), duvarlara yumruk atma (1), eşyalara zarar verme (1), ayrılığı hak etmediğini ifade etme (1), kaygılı görünüm (1)	9. Kendini sakat etme (n:1)	1. Dürtü kontrol öğretimi (1) 2. Çevre yönetimi: Kendine zarar verme (1) 3. Öfke kontrolüne yardım (1) 4. Var olma/yanında bulunma (1) 5. Sakinleştirme tekniği (1) 6. Benlik saygısını güçlendirme (1) 7. Emosyonel destek (1) 8. Baş etmeyi güçlendirme (1) 9. Anksiyetenin azaltılması (1)	++: (n:1)

Tablo 4.2.2. Benlik kavramı alanı ile ilgili bulgular devamı-2

Bilgi yetersizliği (4), anksiyete (4), klinik ortam (4), şiddet riski taşıyan hastalar (4)	Klinikteki hastalardan korktuğunu ifade etme (4), kaygılı görünüm (4), klinikteki hastalarla ilgili soru sorma (4), kliniğin çeşitli yerlerinde, görüşme esnasında etrafına bakınma (2), odasında kalma (2)	10. Korku (n:4)	1. Anksiyetenin azaltılması (4) 2. Güvenliğin güçlendirilmesi (4) 3. Var olma/yanında bulunma (4) 4. Eğitim: Bireysel (4)	+: (n:4)
Ümitsizlik (17), anksiyete (17), etkisiz baş etme becerisi (17), düşük benlik saygısı (15), ölme isteğini ifade etme (15), intihar girişim öyküsü (14), sosyal destek eksikliği (12), suçluluk (6), başarısızlık (5), kayıp (ölüm, ayrılık, ekonomi) (5), aile içi problemler (5), yalnızlık (4), halüsinasyon (3), işsizlik (2), aldatılma (2), cinsel istismar (2), ekonomik sıkıntı (2), madde kullanımı (1), covid-19 (1), gelişimsel kriz (1), mevsim etkisi (1)	-	11. Öz kıyım (intihar) riski (n:19)	1. İntihar girişimini önleme (19) 2. Dürtü kontrol öğretimi (19) 3. Ümit aşılama (17) 4. Anksiyetenin azaltılması (17) 5. Baş etmeyi güçlendirme (17) 6. Benlik saygısını güçlendirme (15) 7. Var olma/yanında bulunma (14) 8. Destek sistemlerini güçlendirme (12) 9. Ailenin katılımını geliştirme (11) 10. Sosyalizasyonu güçlendirme (4) 11. Rol güçlendirme (4) 12. Halüsinasyon yönetimi (3) 13. Spiritüel destek (2)	+: (n:19)
Aile baskısı (1), kişilik yapısı(1)	Dini inancını saklama (1), inanmadığı dini ritüellere katılma (1), huzursuzluk (1)	12. Spiritüel distres (n:1)	1. Spiritüel destek (1) 2. Spiritüel gelişmeyi kolaylaştırma (1) 3. Değerlerin açıklığa kavuşturulması (1)	±: (n:1)
Baş etmede yetersizlik (2), anksiyete (2), öfke (2), stresli yaşam olayları (2), cinsel travma (1), sosyal destek eksikliği (1)	-	13. Şiddet riski- Başkalarına yönelik (n:2)	1. Dürtü kontrol öğretimi (2) 2. Öfke kontrolüne yardım (2) 3. Baş etmeyi güçlendirme (2) 4. Dikkati başka yöne çekme (2) 5. Anksiyetenin azaltılması (2) 6. Sakinleştirme tekniği (2) 7. Öğretim. Bireysel (1) 8. Destek sistemlerini güçlendirme (1)	+: (n:2)
Anksiyete (16), güçsüzlük (13), düşük benlik saygısı (12), cinsiyet-kadın (11), aile içi problemler (11), sosyal destek eksikliği (10), ekonomik durum (6), uzayan yatış süreci (5), yalnızlık (5), başarısızlık (4), işsizlik (3), manevi güce inanç kaybı (3), covid-19 (2), hasta aile bireyi (2), çoklu sağlık problemi (1)	Kendisine ve geleceğine yönelik ümidinin olmadığını, hiçbir şeyin değişmeyeceğini ve işe yaramayacağını ifade etme (16), umutsuz (yapamam, edemem) sözel ifadeler kullanma (16), uyku düzeninde bozulma (16), ağlama (11)	14. Umutsuzluk (n:16)	1. Ümit aşılama (16) 2. Anksiyetenin azaltılması (16) 3. Öz etkililiği güçlendirme (13) 4. Benlik saygısını güçlendirme (12) 5. Emosyonel destek (11) 6. Destek sistemlerini güçlendirme (10) 7. Ailenin katılımını geliştirme (9) 8. Sosyalizasyonu güçlendirme (5) 9. Öğretim: Hastalık süreci (5) 10. Rol güçlendirme (5) 11. Spiritüel destek (3)	+: (n:11) ±: (n:5)

Tablo 4.3'te rol fonksiyon alanındaki her bir hemşirelik tanısı için seçilen girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi verilmiştir. Rol fonksiyon alanı ile ilgili ortaya çıkan tanılarının sonuçları amaca ulaşıldı:21, amaca kısmen ulaşıldı:8 ve amaca ulaşamadı:1 olmak üzere toplamda 30 değerlendirme yapılmıştır. Girişimler sonucu rol fonksiyon alanı ile ilgili “*aile içi süreçlerde bozulma*” tanısı bakımından altı hastada kısmen amaca ulaşılmış, bir hastada ise amaca ulaşamamıştır. Yedi hastada bulunan “*aile süreçlerinin kesintiye uğraması*” hemşirelik tanısı için altı hastada amaca ulaşılmış olup, bir hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. Onaltı hastada bulunan “*rol performansında etkisizlik*” tanısında ise 15 hastada amaca ulaşılmış, beş hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır.

Tablo 4.3. Rol fonksiyon alanı ile ilgili bulgular

1: Etkileyen uyarılar, hasta davranışları ve girişimler uygulanma sayısına göre yüksek değerden düşük olana doğru sıralanmıştır. **2:** Hemşirelik tanıları alfabetik sıraya göre yazılmıştır. **3. +:** Amaca ulaşıldı, **±:** amaca kısmen ulaşıldı, **-:** amaca ulaşamadı.

Etkileyen Uyarılar ¹ (n)	Hasta Davranışları ¹ (n)	Hemşirelik Tanıları ² (n)	Girişimler ¹ (n)	Değerlendirme ³ +:21, ±:8, -:1 Toplam:30
Aile içi problemler (7), etkisiz baş etme becerisi (7), sosyal destek eksikliği (5), ayrılık-boşanma (4), bakım yükü (3), ekonomik durum (2)	Aile içi çatışmaların olması (7), aile içi çatışmaların sürekli artması (5), aile bireylerini suçlama (6), yetersiz bağlanma (4), aile bireylerini reddetme (3), ayrılık ve boşanmaların yaşanması (3), sorunları inkar etme (1), evden ayrılma (1)	1. Aile içi süreçlerde bozulma (n:7)	1. Başetmeyi güçlendirme (7) 2. Aile süreçlerinin sürdürülmesi (5) 3. Destek sistemlerini güçlendirme (5) 4. Ailenin katılımını geliştirme (4) 5. Emosyonel destek (4)	±: (n:6) -: (n:1)
Etkisiz baş etme becerisi (6), hastaneye yatma (6), aile içi problemler (5), sosyal destek eksikliği (4), ayrılık-boşanma-aldatılma (4), bakım yükü (1), ekonomik durum (1)	Aile içi rollerini yerine getirmeme (6), duygusal duyarlılıkta değişim (5), aile içi doyunda değişim (4), problem çözmeye katılmama (1), iletişim örüntüsünde değişim (1), karar vermeye katılım göstermeme (1)	2. Aile süreçlerinin kesintiye uğraması (n:7)	1. Aile süreçlerinin sürdürülmesi (7) 2. Başetmeyi güçlendirme (6) 3. Ailenin desteklenmesi (6) 4. Ailenin katılımını geliştirme (6) 5. Aile bütünlüğünü geliştirme (6) 6. Rol güçlendirme (6) 7. Emosyonel destek (6)	+: (n:6) ±: (n:1)
Güçsüzlük (9), yorgunluk (9), aile içi problemler (9), düşük benlik saygısı (8), isteksizlik (6), sosyal destek azlığı (6), ekonomik durum (5), kararsızlık (4), başarısızlık (3), ümitsizlik (3), meslek (3), işsizlik (2), hasta aile bireyi (2), covid-19 (2), madde kullanımı (1), eğitim durumu (1)	Rollerini sürdürmede değişim (16), rollerini yerine getirmediğini ifade etme (16), kendini kötü hissetme (6), üzülmeye (5), suçluluk hissetme (4), okulu bırakma (4), pişmanlık (3), kendini başarısız görme (3), ailesini hayal kırıklığına uğrattığını düşünme (3), kaygı (1)	3. Rol performansında etkisizlik (n:16)	1. Rol güçlendirme (16) 2. Öz etkililiği güçlendirme (9) 3. Enerji yönetimi (9) 4. Ailenin katılımını geliştirme (9) 5. Benlik saygısını güçlendirme (8) 6. Destek sistemlerini güçlendirme (6) 7. Karar vermeyi destekleme (4) 8. Ümit aşılama (3)	+: (n:15) ±: (n:1)

Tablo 4.4'te karşılıklı bağıllık alanındaki her bir hemşirelik tanısı için seçilen girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi verilmiştir. Karşılıklı bağıllık alanı ile ilgili ortaya çıkan tanıların sonuçları amaca ulaşıldı:24, amaca kısmen ulaşıldı:3 ve amaca ulaşılamadı:0 olmak üzere toplamda 27 değerlendirme yapılmıştır. Girişimler sonucu karşılıklı bağıllık alanı ile ilgili “sosyal etkileşimde bozulma” hemşirelik tanısı açısından dört hastanın üçünde amaca ulaşılmış, bir hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. On hastanın sekizinde “sosyal izolasyon” tanısı bakımından amaca ulaşılmış, iki hastada ise amaca kısmen ulaşılmıştır. Onüç hastada bulunan “yalnızlık riski” tanısında ise 13 hastanın tamamında amaca ulaşılmıştır.

Tablo 4.4. Karşılıklı bağıllık alanı ile ilgili bulgular

1: Etkileyen uyarılar, hasta davranışları ve girişimler uygulanma sayısına göre yüksek değerden düşük olana doğru sıralanmıştır. **2:** Hemşirelik tanıları alfabetik sıraya göre yazılmıştır. **3. +:** Amaca ulaşıldı, **±:** amaca kısmen ulaşıldı, **-:** amaca ulaşılamadı.

Etkileyen Uyarılar ¹ (n)	Hasta Davranışları ¹ (n)	Hemşirelik Tanıları ² (n)	Girişimler ¹ (n)	Değerlendirme ³ +:24, ±:3, -:0 Toplam:27
Düşük benlik saygısı (4), sosyal destek azlığı (3), kişilik yapısı (3), iletişim kurmada yetersizlik (3), güvensizlik-kimseye güvenememe (2), bilgisayar oyunu (1)	Diğer hastalarla birlikte bulunmaktan rahatsız olma (4), ortak kullanım alanlarında iletişim kurmama (1), çok konuşma (1)	1. Sosyal etkileşimde bozulma (n:4)	1. Sosyalizasyonu güçlendirme (4) 2. Davranış modifikasyonu: Sosyal beceriler (4) 3. Benlik saygısını güçlendirme (4) 4. Destek sistemlerini güçlendirme (3)	+: (n:3) ±: (n:1)
Covid-19 önlemleri (10), sosyal destek eksikliği (6), güvensizlik kimseye güvenememe (5), düşük benlik saygısı (4), yorgunluk-uykusuzluk (3), çekingen kişilik yapısı (2), meslek (2), başarısız sosyal ilişkiler (1), ağrı (1), işsizlik (1), IV destek (1), diğer hastaların alay etmesi (1)	İçe kapanma (10), odasında zaman geçirme (10), yalnız kalma isteği (9), kendi düşünceleri ile meşgul olma (9), ortak kullanım alanına gelmeme (9), koridorda yalnız yürüme (4)	2. Sosyal izolasyon (n:10)	1. Sosyalizasyonu güçlendirme (10) 2. Davranış modifikasyonu: Sosyal beceriler (10) 3. Destek sistemlerini güçlendirme (6) 4. Benlik saygısını güçlendirme (4) 5. Karar vermeyi destekleme (3) 6. Uykunun güçlendirilmesi (3) 7. Ağrı yönetimi (1)	+: (n:8) ±: (n:2)
Covid-19 tedbirleri (13), güvensizlik-kimseye güvenememe (9), sosyal destek eksikliği (9), kayıp (boşanma-ayrılık-ölüm) (6), düşük benlik saygısı (3), medeni durum (3), hiç arkadaşının olmaması (2), meslek (2), başarısız ilişkiler (2), zayıf aile ilişkileri (2), yabancılaşıma (2), IV destek (1), uykusuzluk (1), emeklilik (1), ağrı (1), Diğer hastaların kendisi ile alay etmesi (1)	-	3. Yalnızlık riski (n:13)	1. Sosyalizasyonu güçlendirme (n:13) 2. Davranış modifikasyonu: Sosyal beceriler (n:13) 3. Var olma/yanında bulunma (n:13) 4. Destek sistemlerini güçlendirme (n:9) 5. Benlik saygısını güçlendirme (n:3) 6. Karar vermeyi destekleme (n:3) 7. Rol güçlendirme (n:2) 8. Uykunun güçlendirilmesi (n:1) 9. Ağrı yönetimi (n:1)	+: (n:13)

4.2. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Tedavi Uyumuna Etkisi ile ilgili Bulgular

Tablo 4.5'te kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastalarda MTUÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Mann-Whitney U testi ile yapılan analiz sonucunda kontrol ve DePBU grubunun ön testleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (Z: -0.571, p: 0.568). Wilcoxon testi ile yapılan analiz sonucunda kontrol grubunda ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Z: -1.097, p: 0.273), DePBU grubunda ön test ve son test arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Z: -3.088, p: **0.002**). Son test ölçümlerine bakıldığında DePBU grubunun puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Z: -3.615, p: **0.000**). Elde edilen bulgular *“depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre tedaviye uyumunu artırır”* hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.5. Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların MTUÖ puan ortalamaları

MTUÖ	Ön test X±SS	Son test X±SS	
Kontrol	2,48±1,36	2,81±1,29	Z: -1.097 p: 0.273
DePBU	2,71±1,27	3,90±0,30	Z: -3.088 p: 0.002
	Z: -0.571 p: 0.568	Z: -3.615 p: 0.000	

4.3. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Genel Öz-Yeterlik Düzeyine Etkisi ile ilgili Bulgular

Tablo 4.6'da kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastalarda GÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bağımsız örneklem t testi ile yapılan analiz sonucunda; kontrol ve DePBU grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (F: 0.361, t: 0.479, p: 0.634; F: 1.379, t: -1.981, p: **0.054**). Eşleştirilmiş örneklem t testi ile yapılan analiz sonucunda hem kontrol grubunun hem de DePBU grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t: -2.519, p: **0.020**; t: -5.749, p: **0.000**). Son test ölçümlerine göre DePBU grubunun puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir. Ancak, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (F: 1.379, t: -1.981, p: 0.054). Bu nedenle, elde edilen bulgular *“depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a*

temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre genel öz yeterlik düzeyini yükseltir” hipotezini doğrulamamıştır.

Tablo 4.6. Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların GÖYÖ puan ortalamaları

GÖYÖ	Ön test X±SS	Son test X±SS	
Kontrol	23.52±8.95	28.33±8.45	t: -2.519 p: 0.020
DePBU	22.24±8.43	33.00±6.72	t: -5.749 p: 0.000
	F: 0.361 t: 0.479 p: 0.634	F: 1.379 t: -1.981 p: 0.054	

4.4. RUM’a Temellendirilmiş DePBU’nun Benlik Saygısına Etkisi ile ilgili Bulgular

Tablo 4.7’de kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastalarda RÖSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Mann-Whitney U testi ile yapılan analiz sonucunda kontrol ve DePBU grubunun ön testleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (Z: -1.505, p: 0.132). Wilcoxon testi ile yapılan analiz sonucunda hem kontrol grubu hem de DePBU grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Z: -2.336, p: **0.019**; Z: -3.763, p: **0.000**). Son test ölçümlerine bakıldığında DePBU grubunun puan ortalaması kontrol grubundan daha düşük (ölçek ters puanlanıyor) olduğu bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Z: -3.974, p: **0.000**). Elde edilen bulgular “*depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM’a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre benlik saygısını yükseltir*” hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.7. Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların RÖSÖ puan ortalamaları

RÖSÖ	Ön test X±SS	Son test X±SS	
Kontrol	4.57±1.28	3.24±1.79	Z: -2.336 p: 0.019
DePBU	3.86±1.62	1.05±1.50	Z: -3.763 p: 0.000
	Z: -1.505 p: 0.132	Z: -3.974 p: 0.000	

4.5. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Depresyon Düzeyine Etkisi ile ilgili Bulgular

Tablo 4.8'de kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların HSA-9 puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bağımsız örneklem t testi ile yapılan analiz sonucunda kontrol ve DePBU grubunun ön testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F: 0.485, t: 0.794, p: 0.432). Eşleştirilmiş örneklem t testi ile yapılan analiz sonucunda hem kontrol grubunun hem de DePBU grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t: 3.543, p: **0.002**; t: 13.710, p: **0.000**). Son test ölçümlerine göre DePBU grubunun puan ortalaması kontrol grubundan daha düşüktür. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F: 9.643, t: 7.503, p: **0.000**). Elde edilen bulgular *“depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre depresyon düzeyini azaltır”* hipotezini doğrulamaktadır.

Tablo 4.8. Kontrol ve DePBU grubunda depresyon tanısı ile yatan hastaların HSA-9 puan ortalamaları

HSA-9	Ön test X±SS	Son test X±SS	
Kontrol	21.52±4.53	15.28±6.11	t: 3.543 p: 0.002
DePBU	20.33±5.16	4.33±2.71	t: 13.710 p: 0.000
	F: 0.485 t: 0.794 p: 0.432	F: 9.643 t: 7.503 p: 0.000	
HSA-9 Ek Soru			
Kontrol	2.43±1.03	1.48±1.29	Z: -2.547 p: 0.011
DePBU	1.86±1.20	0.24±0.44	Z: -3.527 p: 0.000
	Z: -1.766 p: 0.077	Z: -3.317 p: 0.001	

HSA-9'da toplam puan ortalamasına dahil edilmeyen ve hastaların yaşadığı sorunların günlük yaşamlarına etkisini belirlemek amacıyla ek olarak sorulan soru (*Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?*) ölçekten bağımsız olarak 0-3 arasında puanlanarak analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda kontrol ve DePBU grubunun ön testleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı bulunmuştur (Z: -1.766, p: 0.077). Hem kontrol grubunun hem de DePBU grubunun ön test ve son testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Z: -2.547, p: **0.011**; Z: -3.527, p: **0.000**). Son test ölçümlerine göre DePBU grubunun puan ortalaması kontrol grubundan daha düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Z: -3.317, p: **0.001**).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma, RUM'a temellendirilmiş DePBU ile depresyon tanısı ile yatan hastaların tedaviye uyumunu artırmak, genel öz-yeterlik düzeyini ve benlik saygısını yükseltmek ve depresyon düzeyini azaltmak amacıyla yapılmıştır. Bu bağlamda, bu araştırmanın tartışma bölümü aşağıda belirtilen beş başlık altında sunulmuştur.

1. RUM'a temellendirilmiş DePBU'ya göre girişim grubuna verilen psikiyatrik bakımın değerlendirilmesi
2. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun tedavi uyumuna etkisi
3. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun genel öz-yeterlik düzeyine etkisi
4. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun benlik saygısına etkisi
5. RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun depresyon düzeyine etkisi

5.1. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'ya Göre Girişim Grubuna Verilen Psikiyatrik Bakımın Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kontrol grubunun verileri tamamlandıktan sonra DePBU grubunun ön test ölçümleri yapılarak psikiyatrik bakım sürecine geçilmiştir. Araştırmada DePBU grubunun yatış süresinin (ort: 24.48 ± 2.85) kontrol grubuna göre (ort: 28.62 ± 3.80) daha az olduğu saptanmıştır. Depresyon bütün dünyada ağır ekonomik kayıplara yol açan, kişinin sosyal uyumunu ve işlevselliğini bozan psikiyatrik bir hastalıktır. Bu nedenle ekonomik kayıp oranını azaltmak ve hastaların işlevselliğini artırmak için hastanede yatış süresinin azaltılmasının çok önemli olduğu belirtilmektedir (Tamam ve ark., 2012). Bu tez çalışmasında DePBU'nun yatış süresi açısından böylesine bir yarar sağlaması dikkat çekici olmasının yanısıra, daha büyük hasta gruplarında getireceği yararın oldukça önemli olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada DePBU grubuna yatış süresince (ort: 24.48 ± 2.85) psikiyatrik bakım verilmiştir. Psikiyatrik bakım süreci, ön test ölçümlerinden elde edilen verilerle birlikte RUM'a temellendirilmiş veri toplama formu kullanılarak verilerin toplanması ile başlamıştır. Veriler toplandıktan sonra RUM'un hemşirelik sürecini içeren DePBU uygulanmıştır. DePBU, veriler üzerinden saptanan hemşirelik tanıları doğrultusunda yürütülmüştür. Hastaları etkileyen uyarılar, hasta davranışları ve bunların

değerlendirilmesi ile ortaya çıkan hemşirelik tanıları dört uyum alanına göre ayrı ayrı tablolarda (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4) verilmiştir. Fizyolojik alanda 14, benlik kavramı alanında 14, rol fonksiyon alanında üç, karşılıklı bağıllık alanında üç tanı olmak üzere dört uyum alanında toplam 34 hemşirelik tanısı ortaya çıkmıştır. Bu durum çalışmada kullanılan RUM'a temellendirilmiş veri toplama formunun dört uyum alanındaki problemleri ortaya çıkarmada ve hastaları bütüncül bakış açısı ile değerlendirmede yeterli veri toplanmasına olanak sağladığını düşündürmektedir. Bu araştırmada ortaya çıkan hemşirelik tanılarının, literatürde depresyon hastalarında ortaya çıktığı belirtilen (Fortinash ve Worret, 2007; Varcarolis, 2013; Carpenito, 2017; Videbeck, 2020) “*dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az beslenme, uyku örüntüsünde bozulma, etkisiz baş etme, düşük benlik saygısı, umutsuzluk, güçsüzlük, öz kıyım (intihar) riski, etkisiz rol performansı, sosyal etkileşimde bozulma, aile süreçlerinin kesintiye uğraması*” gibi hemşirelik tanıları ile desteklendiği görülmektedir. Bu çalışmada ortaya çıkan hemşirelik tanıları ile Ülkemizde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre yapılan bir tez çalışmasında ortaya çıkan hemşirelik tanıları da benzerlik göstermektedir (Temel, 2015). İki çalışma arasında farklı bazı hemşirelik tanılarının olması kullanılan hemşirelik modeline ve hastalara özgü olmasına bağlı ortaya çıktığı düşünülmektedir.

RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun en önemli bölümü olan girişimler seçilirken, hemşirelik tanısına özgü ve hastayı etkileyen uyaranları değiştirmeye yönelik olmasına dikkat edilmiştir. Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4'te girişimlerin olduğu sütunda “**kırmızı renkli ve bold**” olarak yazılan girişimler o tanı için NIC'in öncelikli olarak önerdiği girişimlerdir. Bu girişimler, uygulandığı hemşirelik tanısı için genellikle yeterli olmakla birlikte, bu araştırmada hastayı daha da güçlendirmek ya da hastaya özgü olan uyaranları değiştirmek amacıyla başka girişimler de uygulanmıştır. Örneğin “*uyku örüntüsünde bozulma*” hemşirelik tanısı için NIC, “*uykunun güçlendirilmesi*” girişimini öncelikli olarak önermektedir (Bulechek ve ark., 2013). Ancak, hastada “*ağrı*” uyaranı olması ve uykusunu etkilemesi durumunda “*uykunun güçlendirilmesi*” girişimine ek olarak “*ağrı yönetimi*” girişimi de uygulanmıştır. Benzer şekilde, “*öz kıyım (intihar) riski*” tanısı bulunan bir depresyon hastasına “*intihar girişimini önleme*” girişimi NIC'in öncelikli olarak önerdiği bir girişimdir. Aynı hemşirelik tanısı için hastanın kendisi ile

ilgili yetersizlik, değersizlik ya da bir işe yaramazlık gibi düşünceleri varsa, bu hastaya aynı zamanda “*benlik saygısını güçlendirme*” girişimi uygulanmıştır. Bütün tanılarda böyle bir yol izlendiği için aynı tanıda birçok girişimin uygulandığını görmek mümkündür. Bu şekilde verilen psikiyatrik bakımın hastaların uyumunu artırdığı düşünülmektedir. Dört uyum alanına göre ortaya çıkan hemşirelik tanılarına yönelik yapılan 286 (fizyolojik alan:104, benlik kavramı alanı:125, rol fonksiyon alanı:30, karşılıklı bağlılık alanı:27) değerlendirmenin 239’unda (%83.57) amaca ulaşılmış olması ve 39’unda (%13.63) amaca kısmen ulaşılmış olması bu durumu desteklemektedir. Ayrıca, RUM’un dört uyum alanında ortaya çıkan hemşirelik tanılarına yönelik yapılan değerlendirmelerin büyük çoğunluğunda amaca ulaşılmış olması DePBU’nun hastaların dört uyum alanını etkileyen uyarıları (odak, etkileyen ve olası uyarılar) değiştirmede ya da hastaların uyarılarla baş etmesini güçlendirerek uyumunu yükseltmede etkili olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4).

Roy, hastanın uyumunu yükseltmek için hemşirelik girişimleri ile odak uyarana müdahale edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Senesac ve Roy, 2015). Bu çalışmadaki hasta grubu için odak uyarı depresyondur. Tablo 4.8 incelendiğinde, DePBU grubundaki hastaların depresyon düzeyinin şiddetli düzeyden minimum düzeye indiği görülmektedir. Bu durum hastaların depresyona bağlı olarak ortaya çıkan hemşirelik tanılarının odak uyarısının DePBU kapsamında uygulanan girişimlerle büyük ölçüde değiştiğini göstermektedir. Odak uyarı olan depresyonun bu kadar azalması hastalara verilen psikiyatrik bakımın amaca ulaşmasında büyük rol oynadığı düşünülmektedir. Unutulmamalıdır ki, depresyon hastalarında odak uyarının yanında birçok etkileyen uyarı bulunmaktadır. Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4 incelendiğinde odak uyarana ek olarak hemşirelik tanılarını ortaya çıkaran uyarılar görülmektedir. Bu uyarılar, birden fazla alanı etkileyerek hastada birçok uyumsuz davranışa yol açmakta ve birden fazla hemşirelik tanısı ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin, “*ilaç kullanımı*” konstipasyona neden olabileceği gibi, aynı zamanda hastada yorgunluk ya da uykusuzluk gibi uyumsuz davranışların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Benzer şekilde bir hastadaki “*sosyal destek yetersizliği*” hastada etkisiz başatma, umutsuzluk, güçsüzlük ya da rol performansında etkisizlik gibi tanılara özgü uyumsuz hasta davranışlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durum girişimlerin

seçilmesine de yansımaktadır. Yani bir uyaran birden fazla tanıda olabildiği için o uyarana bir girişimle müdahale edilirken aynı zamanda birden fazla hemşirelik tanısına müdahale edilmiş olunmaktadır. Örneğin, “*ağrı yönetimi*” girişimini “*ağrı*” tanısı için uyguladığımızda, “*ağrı*” aynı zamanda hastanın uykusunu da etkilediği için “*uyku örüntüsünde bozulma*” tanısına da etki etmekteyiz. Sonuç olarak bir uyaran bir hastada birçok uyumsuz davranışa yol açarak birden fazla tanıyı ortaya çıkarabileceği gibi, bir tanıyı ortaya çıkaran birden fazla uyaran olabilmektedir. Bu doğrultuda uygulanabilecek girişim sayısı da artabilmektedir. Bu nedenle depresyon hastalarına psikiyatrik bakım veren bir hemşirenin sistematik bir şekilde veri toplaması, analiz etmesi ve çok yönlü düşünmesi gerekmektedir.

Depresyon hastalarında ortaya çıkan fiziksel, davranışsal, duygusal ve bilişsel belirtiler hastaların biyopsikososyal uyumunu etkilemektedir (Ertekin Pınar ve Tel 2012; Varcarolis 2013; Koç, 2016; Videbeck, 2020). Depresyon hastalarında ortaya çıkan hemşirelik tanıları düşünüldüğünde, hastaların fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında uyum problemi yaşadıkları görülmektedir. Hastaların dört uyum alanında uyumunu artırmak, hastalarda ortaya çıkan bütün hemşirelik tanılarına müdahale etmekle mümkün olmaktadır. Roy, adaptif bir sistem olan insanın baş etme süreçlerini düzenleyici ve bilişsel baş etme alt sistemleri şeklinde iki majör alt sistem ile açıklamıştır (Roy, 2009a). Hemşirelik uygulamalarında bireyin uyum düzeyini yükseltmek için bu iki baş etme mekanizmasına yönelik girişimlerde bulunulması gerektiği belirtilmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu çalışmada birçok hemşirelik tanısında amaca ulaşılmış olması, psikiyatrik bakım kapsamında uygulanan girişimlerin, düzenleyici ve bilişsel baş etme alt sistemlerine olumlu yönde etki ettiğini göstermektedir.

Roy, hastanın uyaranlarla baş edebilmesi için hemşirenin hastaya yardım etmesi ve hemşirelik girişimleriyle odak ve etkileyen uyaranları manipüle etmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Senesac ve Roy, 2015). Hemşirelik girişimleri uyaranları değiştirmeyi ya da bireyin baş etme yeteneğini güçlendirmeyi içermelidir. Burada asıl amaç, hastanın mükemmel uyum düzeyine ulaşmasını sağlamaktır (Senesac ve Roy, 2015). Bu çalışmada birçok hastada amaca ulaşılması, hastaların çoğu hemşirelik tanısında mükemmel uyum düzeyine ulaştığını göstermektedir. Ancak, bazı

tanılarda hastaların tamamında amaca kısmen ulaşıldığı ya da ulaşılamadığı saptanmıştır. Bu durum hastaları etkileyen bazı uyaranların değiştirilebilme durumu ya da hastanın o uyaranlara karşı başetme yeteneğinin güçlendirilebilme durumu ile ilgilidir. Örneğin, “ağrı” tanısında üç hastada amaca kısmen ulaşılmıştır. Bu üç hasta yatış süresince EKT aldıkları için, yapılan girişimler ağrıyı azaltsa da süreklilik kazandıramamıştır. Amaca ulaşamayan bir hastada ise intihar girişimi sonrasında ayak bileğinde kalıcı deformasyon ortaya çıkmış ve hasta ayak bileğinin sürekli ağrıdığını ifade etmiştir. Bu hastada amaca ulaşamamada ayak bileğindeki “fiziksel yaralanma” uyaranının etkili olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde konstipasyon hemşirelik tanısında iki hastada amaca ulaşamamıştır. Bu iki hastada “ilaç kullanma” etkileyen uyaran olup, klinikte tedavisi devam eden bir hastanın böyle bir uyarana maruz kalması kaçınılmazdır. Ancak, hemşirelik girişimleriyle ilaçların olumsuz etkileri azaltılabilir. Bu bağlamda, “konstipasyon/riski” hemşirelik tanısı konulan 15 hastanın 13’ünde amaca ulaşılması “ilaç kullanma” uyarani devam ettiği halde girişimlerin konstipasyona etki ettiğini göstermektedir. Başka bir örnek verilecek olursa, “aile içi süreçlerde bozulma” hemşirelik tanısında hiçbir hastada tam olarak amaca ulaşamamıştır. Bu durum, uzun süren aile içi problemler gibi birden fazla kişinin içinde bulunduğu uyaranlara etki etmenin kolay olmadığını göstermektedir. Uygulanan girişimlerle hastanın başetme durumu güçlendirilebilir. Ancak, ailenin diğer üyelerinin problemleri inkar etmesi, bazı hastaların pandemi nedeniyle refakatçisinin olmaması, kliniğe ziyaretçi alınmaması, hasta yakınlarının hasta ile görüşmek istememesi gibi nedenler, hastaların amaca ulaşma durumunu etkilemektedir. Bu hemşirelik tanısının saptandığı hastaların çoğunda (7 hastanın 6’sı) amaca kısmen ulaşılması, girişimlerin hastaların uyaranlarla başetme yeteneğini güçlendirdiğini göstermektedir. Bu örneklerde vurgulanan mantık çerçevesinde; diğer bütün hemşirelik tanılarında hastaların amaca ulaşma durumu ya da ulaşılan uyum düzeyi değerlendirilebilir.

5.2. RUM’a Temellendirilmiş DePBU’nun Tedavi Uyumuna Etkisi

Bu araştırmanın sonuçlarına göre kontrol ve DePBU grubunun MTUÖ ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermemesi, araştırma öncesi her iki grubun tedaviye uyumunun birbirine benzer olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5). Tablo 4.5 incelendiğinde her iki grubun tedavi uyumunun orta düzeyde (sırasıyla; 2.48 ve 2.71)

olduğu görülmektedir. Ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farka göre kontrol grubunun tedaviye uyumunun anlamlı farklılık göstermediği, DePBU grubunun ise ön teste göre anlamlı bir şekilde artış gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunun orta düzeyde olan tedavi uyumu yine orta düzeyde kalırken, DePBU grubunun tedavi uyumunun yüksek düzeye çıktığı görülmektedir. Kontrol grubunun ön ve son testleri arasında fark olmaması, klinikte uygulanan rutin bakım uygulamaları ve tedavinin hastaların tedavi uyumuna herhangi bir katkı sağlamadığını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu durum, klinikteki hastaların depresyon ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliğinin ya da tedaviye uyumsuzluğunun giderilmediğini göstermektedir. Roy, bir hastanın uyum düzeyini yükseltmenin, hemşirenin hasta için seçtiği girişimlerle hastanın uyum süreçlerini güçlendirmekle ya da hastayı etkileyen uyarıları değiştirmekle mümkün olabileceğini açıkça belirtmiştir (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). DePBU grubundaki hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU kapsamında saptanan *“bilgi eksikliği”* ve/ya *“tedaviye uyumsuzluk”* hemşirelik tanılarına yönelik uygulanan *“öğretim: tedavi/hastalık süreci, destek sistemlerini güçlendirme, taburculuk planlama”* gibi girişimlerin hastalardaki *“bilgi yetersizliği, sosyal destek eksikliği”* gibi etkileyen uyarıları değiştirerek tedavi uyumunu artırdığını göstermektedir. İki grubun son testleri incelendiğinde, DePBU grubunun tedaviye uyum düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olması ($p=0.002$) *“depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre tedavi uyumunu artırır”* hipotezini doğrulamaktadır.

Depresyon hastalarının semptomlarını azaltmak ve nüksü önlemek için ilaç tedavisine uzun süre devam edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Athanasos, 2017). Bu süreçte hastalar, ilaç rejimine uymada zorlandıkları için tedavi almayı ihmal etmekte ya da tedaviyi tamamen bırakmaktadır (Yatham ve Kennedy, 2017; Warren, 2018). Bu nedenle, tedaviye (antidepresan) uyumun bütün dünyada yaygın bir problem olduğu belirtilmektedir (Martin-Vazquez, 2016; Solmi ve ark., 2020). Bu çalışmada tedavi uyumunu ölçmek için kullanılan ölçek maddeleri hastaların ilacı almayı unutma, hatırlamama, ilacı aldıktan sonra kendisini kötü hissettiği ya da kendini iyi hissettiği için tedaviyi bırakma ile ilgili maddeler içermektedir (EK-4). Bu maddeler doğrultusunda yapılan ön test ölçüm sonucu her iki grubun tedaviye uyumunun orta düzeyde bulunmuş

olması, hastaların tedavi uyumu konusunda problem yaşadıklarını göstermektedir. Her iki gruptaki hastaların yarısından fazlasının (%52.4) birden fazla yatış deneyiminin olması da bu durumu desteklemektedir (Tablo 3.2). Çünkü depresyonun nüksetme riskini artıran en önemli nedenlerden birinin tedaviyi bırakmak olduğu belirtilmektedir (Yatham ve Kennedy, 2017; Warren, 2018). Hastaların tedaviye devam etmek istememelerinin nedenleri arasında ayrıca tedavinin yan etkilerinin olması ve tedavi ile ilgili bilgi yetersizliği sayılmaktadır (Athanasos, 2017; Roaldset ve Sandberg, 2019). Bu bilgiler doğrultusunda “*bilgi yetersizliği*” depresyon hastalarının tedaviye uyumunu olumsuz etkileyen en önemli uyaran olarak değerlendirilebilir. Tablo 4.1’de “*bilgi eksikliği*” ve “*tedaviye uyumsuzluk*” tanılarında etkileyen uyaran olarak “*bilgi yetersizliği*” uyarını listenin başında yer almaktadır. Bu nedenle hastaların tedavi uyumunu yükseltmek için odak uyaran olarak ele alınan “*depresyon*” başta olmak üzere “*bilgi yetersizliği*” uyarısına ve hastalarda bulunan diğer etkileyen uyaranlara da müdahale edilmesi gerekmektedir. Bu şekilde hastaların tedavi uyumunu yükseltmek mümkün olabilmektedir. Çünkü hemşire-hasta arasında kurulacak işbirliği ile hastaların gerekli bilgiye sahip olmasının, tedavi uyumunu yükseltmek için en önemli yaklaşım olduğu belirtilmektedir (Athanasos, 2017). Bu çalışmada DePBU grubunun son test puan ortalamalarına göre tedavi uyumunun yüksek olması DePBU kapsamında hastalara verilen psikiyatrik bakımın etkinliğini açık bir şekilde göstermektedir. Özellikle “*bilgi eksikliği*” ve/ya “*tedaviye uyumsuzluk*” hemşirelik tanısı ile ilişkili olarak “*öğretim: tedavi/hastalık süreci*” ve “*taburculuk planlama*” girişimlerinin hastaların tedavi uyumunu yükseltmede etkili olan en önemli girişimler olduğu, hastalardaki “*bilgi yetersizliği*” uyarısını önemli ölçüde etkilediği ve RUM’a temellendirilmiş DePBU kapsamında verilen psikiyatrik bakımın hastaların tedaviye uyumunu artırdığı söylenebilir. Depresyon ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği ile tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki olduğu için (Gabriel ve Violato, 2010) bilgi yetersizliğini ortadan kaldıran müdahaleler hastaların tedavi uyumunu artırmaktadır. Günaydın ve Barlas (2017) tarafından yapılan bir çalışmada psikoeğitimin depresyon hastalarında tedavi uyumunu yükseltmede etkili olduğu bulunmuştur. Depresif hastalar ile ilgili yapılan başka bir çalışmada da hastalara verilen destekleyici hemşirelik bakımının hastaların ilaç uyumunu artırdığı saptanmıştır (Demirkıran ve Terakye, 1998). Başka bir çalışmada da tedavi

başlatma ve katılım programı altında yapılan psikososyal girişimlerin hastaların tedavi uyumunu artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Sirey ve ark., 2017). Sözü edilen çalışmaların sonuçları, bizim çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Kelleci ve Ata'nın (2011) çalışması psikiyatri hastalarının tedavi uyumu ile sosyal destekleri arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Bu sonuç bu çalışmada “*bilgi eksikliği*” ve/ya “*tedaviye uyumsuzluk*” hemşirelik tanıları kapsamında uygulanan “*destek sistemlerini güçlendirme*” girişiminin de hastaların tedavi uyumunu artıran önemli girişimlerden biri olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Chong ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir derleme çalışmasında hastaların tedavi (antidepresan) uyumunu artırmak için en etkili müdahalelerin hasta eğitimleri, telefonla izlem ve primer bakım vericilere tedavi ile ilgili geribildirim sağlama olduğu belirtilmektedir. Bu tez çalışmasının sonucuna göre RUM'a temellendirilmiş psikiyatrik bakımın tedavi uyumunu artıran müdahaleler arasında yer alarak literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir.

5.3. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Genel Öz-Yeterlik Düzeyine Etkisi

Bu araştırmada hem kontrol hem de DePBU grubunda genel öz yeterlik ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermemesi araştırma öncesi her iki grubun genel öz yeterlik düzeylerinin birbirine benzer olduğunu göstermektedir (Tablo 4.6). Hem kontrol grubunun hem de DePBU grubunun son test puan ortalamaları ön teste göre artmıştır. Kontrol grubunun öz yeterlik puan ortalamasındaki artışın nedeni, klinikteki rutin bakım uygulamalarına bağlanabilir. DePBU grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha fazla artmasında bu araştırma kapsamında hastalara verilen psikiyatrik bakımın etkisi ile olduğunu söylemek mümkündür. Her iki grubun son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık çıkmasa da anlamlılık düzeyine çok yakın olması ($p=0.054$) RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun etkisini göstermektedir. Ancak istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadığı için “*depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre genel öz yeterlik düzeyini yükseltir*” hipotezi doğrulanmamıştır.

Öz yeterliğin tanımında insanların gerekli davranışları gerçekleştirme becerilerine olan inancı, yetenekleri ile ilgili yargıları ve çevresi ile etkin bir şekilde başa çıkma yeteneği gibi kavramlar yer almaktadır (Bandura 1977; Bandura, 1997; Boyd, 2018; Lönnfjör ve

Hagquist, 2018). Bununla birlikte Trigoboff (2014) insanların uygun koşullar altında beceri edinmesinin, uygulamasının, başarılı sonuçlar elde etmesinin ve yaşamındaki problemlerle baş etmeye yönelik inanç geliştirmesinin öz yeterlik duygusu kazanmasına katkı sağladığını ifade etmektedir. Bu bilgiler dikkate alındığında; bir şeyler başarabilmenin ya da inanç geliştirmenin öz yeterlik için önemli kavramlar olduğu söylenebilir. Bu çalışmada DePBU grubunun öz yeterlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi, depresyon hastalarının var olan beceri ve yeteneklerine katkı sağlayacak klinik ortam ya da hastanede kalınan yatış süresinin böyle bir inanç geliştirmeye ya da var olan inancını değiştirmeye yeterince olanak sağlamadığını düşündürmektedir. Temel ve Kutlu'nun (2015) yaptığı çalışmada son testte fark bulunmayıp, üç ay sonra yapılan izlem testinin farklı çıkması öz yeterliğin gelişmesinin zamanla kalıcı duruma gelebileceğini göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca DePBU grubunun öz yeterliğinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklılık oluşturmaması sonucunu hastaları etkileyen uyaranlar açısından da ele almak yararlı olabilir. Bu çalışmadaki hasta grubunun etkileyen uyaranlarının yanında odak uyaran olarak “*depresyonun*” aşırı şiddetli düzeyden minimum düzeye inmesi (Tablo 3.5) DePBU kapsamında verilen psikiyatrik bakımın odak uyaran üzerindeki etkisini göstermektedir. Ayrıca, dört uyum alanına göre ortaya çıkan hemşirelik tanılarına yönelik yapılan değerlendirmelerin büyük çoğunluğunda amaca ulaşılmış olması da bu çalışmanın hem odak uyarana hem de etkileyen uyaranlara etki ettiğini göstermektedir. Bu değişikliklere rağmen öz yeterliğin anlamlı olarak yükselmemesinin, RUM'da insan sistemine etkisi belirlenemeyen ve “*olası uyaran*” olarak tanımlanan faktörlere (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015) bağlanabileceği düşünülmektedir. Nitekim öz yeterliğin tanımında olduğu gibi, olası uyaranın tanımında da bireyin kişisel deneyimlerine bağlı olarak sahip olduğu tutum ve inanç gibi kavramlar yer almaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014; Uzun, 2016). Temel ve Kutlu'nun (2015) yaptığı çalışmada Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilmiş ve depresyonlu bireylerin öz yeterlik düzeylerinin ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmış olması, bu tez çalışmasının sonucunu desteklemektedir. Literatürde depresyon hastalarında RUM'un öz yeterlik üzerine etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, DePBU grubunun öz yeterlik düzeyinin istatistiksel olarak

anlamli farklilik gostermemesi oz yeterlik olcegine gore bu calismannin ornkleminin bu farki ortaya cikarmak icin yeterli buyuklukte olmadigina da baglanabilir. Genel oz yeterligi olcmek icin kullanan olcege gore bu calismannin etki buyuklugunun 0.80 altinda olmasi bu durumu desteklemektedir (Tablo 3.1).

5.4. RUM'a Temellendirilmis DePBU'nun Benlik Saygisina Etkisi

Bu arastirmanin sonuclarina gore kontrol ve DePBU grubunun benlik saygisi on test puan ortalamalarinin istatistiksel olarak farklilik gostermemesi, arastirma oncesi her iki grubun benlik saygisi duzeylerinin birbirine benzer oldugunu gostermektedir (Tablo 4.7). Hem kontrol grubunun hem de DePBU grubunun son test puan ortalamalari on teste gore yukselmistir. Kontrol grubunun benlik saygisinin yukselmesinin nedenleri arasinda, klinikteki rutin bakim uygulamalari ve tedavinin etkisi sayilabilir. DePBU grubunun benlik saygisinin kontrol grubuna gore daha fazla yukselmesi bu arastirma kapsaminda hastalara verilen psikiyatrik bakimin etkisine baglanabilir. Iki grubun son testleri incelendiginde; DePBU grubunun benlik saygisinin kontrol grubuna gore yuksek olmasi ($p=0.000$), RUM'a temellendirilmis DePBU'nun acik bir sekilde etkili oldugunu gostermektedir. Bu sonuc, *“depresyon tanisi ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmis DePBU, kontrol grubuna gore benlik saygisini yukseltir”* hipotezini dogrulamaktadır.

Benlik saygisi bir bireyin kisilik yapisinin en onemli ozelligi olmakla birlikte kisinin oz deger duygusunun bir olcusu olduğu belirtilmektedir (Sadock ve ark., 2015; Akiskal, 2017). Depresyon hastalarinda benlik saygisi buyuk olcude azalmakta ve bu durum zamanla kronikleşebilmektedir (Athanasos, 2017; Videbeck, 2020). Ayrica, depresyon icin benlik saygisinin cok onemli bir etyolojik faktör olduğu da belirtilmektedir (McManus ve ark., 2009; Waite ve ark., 2012; Orth ve Robins, 2013; Townsend ve Morgan, 2018). Bu nedenle hemşirelik girisimleriyle hastalarin benlik saygisinin yukseltilmesi, depresyon duzeyinin azalmasi acisindan da cok onemli olabilmektedir (Orth ve Robins, 2013; Hilbert ve ark., 2019). Bu calismada DePBU kapsaminda belirlenmis hemşirelik tanilarina yonelik yapilan girisimlerin hastalarin benlik saygisini yukseltmede etkili olduğu kararına varilmistir. Özellikle *“dusuk benlik saygisi”* hemşirelik tanisina yonelik yapilan *“benlik saygisini guclendirme”*, *“basetmeyi guclendirme”* ve *“sosyalizasyonu guclendirme”* girisimlerinin onemli olcude etki ettigini

söyleyebiliriz. Nitekim bu girişimler psikiyatri kliniğinde hemşirelik bakımı kapsamında kullanılmak üzere, NANDA ve NIC tarafından önerilen girişimlerdendir (Bulechek ve ark., 2013; Ladwig ve Martinez-Kratz, 2017; Bulechek ve ark., 2017; Butcher ve ark., 2018). Benlik saygısı hemşirelik tanısının 17 hastanın 16'sında amaca ulaşılmış olması da DePBU kapsamında uygulanan bu girişimlerin benlik saygısı üzerine etkisini göstermektedir (Tablo 4.2). RUM açısından düşünüldüğünde bu çalışmadaki hastalar için odak uyarının depresyon olduğu belirtmişti. Roy, bir hastanın uyumunu artırmak için öncelikle odak uyarana müdahale edilmesi gerektiğini belirtmiştir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Senesac ve Roy, 2015). Bu çalışmada hastaların depresyon düzeyindeki azalma (Tablo 3.5), hastalara verilen psikiyatrik bakımın odak uyarını azaltmada büyük ölçüde etkili olduğunu göstermektedir. DePBU kapsamında hastalara verilen psikiyatrik bakımın odak uyarının yanında hastaları etkileyen diğer uyarılara da etki ettiğini ya da hastaların uyarılarla başetmelerini güçlendirerek benlik saygısını yükselttiğini düşündürmektedir. Ebrahimi ve arkadaşları (2014) tarafından destekleyici hemşirelik bakımının benlik saygısı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada girişim grubunun benlik saygısının kontrol grubuna göre yükseldiği saptanmıştır. Literatürde RUM'un depresyon hastalarında kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamış olup, Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programının kullanıldığı bir çalışmada depresyon hastalarının benlik saygısının yükseldiği saptanmıştır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020). Benlik saygısını yükseltmede Ebrahimi ve arkadaşlarının (2014) çalışması hemşirelik bakımının etkisi açısından, Başoğlu ve Buldukoğlu'nun (2020) çalışması ise model kullanımının etkisi açısından bu çalışmaya benzemekte ve bu çalışmanın sonucunu desteklemektedir. Ayrıca, bilişsel davranışçı terapinin kullanıldığı çalışmalarda da depresyon hastalarının benlik saygısının anlamlı olarak yükseldiği bulunmuştur (Chen ve ark., 2006; McManus ve ark., 2009; Waite ve ark., 2012; Neacşu, 2013). Sözü edilen tüm çalışmaların sonuçları bu çalışmanın sonucunu desteklemesi açısından önemlidir.

5.5. RUM'a Temellendirilmiş DePBU'nun Depresyon Düzeyine Etkisi

Bu araştırmanın ön test sonuçlarına göre kontrol ve DePBU grubunun depresyon düzeyi puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermemesi, araştırma öncesi her iki grubun depresyon düzeylerinin birbirine benzer olduğunu göstermektedir (Tablo 4.8).

Araştırmada her iki gruba alınan hastaların seçilmesinde randomizasyon yapılmadığı halde, iki grubun depresyon düzeyi açısından benzer şekilde dağılması araştırmanın kalitesinin artması açısından çok önemlidir. Araştırmanın ön test puan ortalamaları incelendiğinde; her iki grubun da şiddetli depresyon deneyimlediği görülmektedir. Son test puan ortalamalarına göre her iki grubun ön teste göre depresyon düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunun depresyon düzeyi şiddetli düzeyden kısmen şiddetli düzeye inerken, DePBU grubunun depresyon düzeyi şiddetli düzeyden minimum düzeye inmiştir. Kontrol grubunun depresyon düzeyindeki azalma klinikteki rutin bakım uygulamaları ve tedavinin etkisine bağlanmakta iken, DePBU grubunun depresyon düzeyinin kontrol grubuna göre daha fazla azalması, bu araştırma kapsamında hastalara verilen psikiyatrik bakımın etkisine bağlanmaktadır. İki grubun son testleri incelendiğinde, DePBU grubundaki hastaların depresyon düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde farklılık göstermesi ($p=0.000$) RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun etkisini açık bir şekilde göstermektedir. Bu sonuç, *“depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU, kontrol grubuna göre depresyon düzeyini azaltır”* hipotezini doğrulamaktadır.

Depresyon düzeyinin bir çok depresif belirtiliyle birlikte, umutsuzluk ya da çaresizlik duyguları ile bağlantılı olarak değişebildiği belirtilmektedir (Schwartz ve ark., 2014; Videbeck, 2020). Bu çalışmanın ön test puan ortalamalarına göre her iki gruptaki hastaların şiddetli düzey depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır. Şiddetli düzey depresyonu olan hastalarda birçok depresif belirtiliyle birlikte karamsarlık ve özellikle yoğun intihar düşüncelerinin görülmesi (Townsend ve Morgan, 2018) hastaların depresyon düzeyini azaltmanın ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Son test puan ortalamaları, kontrol grubundaki hastaların kısmen şiddetli düzeyde depresyon ile taburcu olduklarını göstermektedir. Bu durumda hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönmelerinin ya da devam ettirmelerinin zor olduğunu düşündürmektedir. Çünkü bireylerin günlük yaşam aktivitelerine dönebilmelerinin hafif düzey depresyonda olabileceği ifade edilmektedir (Townsend, 2016). Ayrıca şiddetli düzey depresyondaki depresif belirtilere ek olarak, psikotik özellikler de görülebilmektedir (Videbeck, 2020). Bu çalışmada psikiyatrik bakım verilen DePBU grubunun son test puan ortalamaları hafif düzeyin altında olup, hastaların minimum düzeyde depresyon ile taburcu olduklarını

göstermektedir. Bu durum hastaların normal yaşam süreçlerine dönmeleri, intihar düşünceleri gibi risk taşıyan belirtilerden kurtulmaları, psikotik semptomların gelişme olasılığının önüne geçilmesi açısından DePBU grubuna verilen psikiyatrik bakımın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

RUM'un, hastaların biyopsikososyal gereksinimlerine odaklandığı için hemşirelik bakımında bütüncül bir bakış açısı sağladığı belirtilmektedir (Fawcett, 2006; Roy, 2009a; Punjani, 2013). Depresyon RUM açısından incelendiğinde, hastaların bütün uyum alanlarına etki ettiği için bu çalışmada odak uyaran konumundadır. Bu nedenle odak uyaranın azalması hastalarının fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarındaki uyum düzeylerini yükseltmiştir. Ayrıca bu çalışmada RUM'a temellendirilmiş veri toplama formunun bütüncül bakış açısı ile veri toplama olanağı sunduğunu söylemek mümkündür. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre hastalara verilen psikoeğitimlerin depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Casañas ve ark., 2012; Casañas ve ark., 2015). Benzer şekilde Günaydın ve Barlas'ın (2017) çalışmasında da depresyonlu bireylerde psikoeğitim alan grubun depresyon düzeyinin üçüncü ve altıncı aylar sonunda anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Literatürde depresyon hastalarında RUM'un etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamış olup, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının ve Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş depresyonla başa çıkma programının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan iki çalışmada hastaların depresyon düzeyinde azalma saptanmıştır (Temel ve Kutlu, 2015; Başoğlu ve Buldukoğlu, 2020). Bu sonuçlar, bu tez çalışmasının sonucunu desteklemektedir. Başoğlu ve Buldukoğlu'nun (2020) çalışması depresyon hastalarında model kullanımı açısından, Temel ve Kutlu'nun (2015) çalışması ise hem model kullanımı hem de hemşirelik bakımı açısından bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarıyla birlikte düşünüldüğünde depresyon hastalarında model kullanımının ve psikiyatrik bakıma entegre edilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU kapsamında verilen psikiyatrik bakımın sonuçları sunulmuştur. Çalışma sonuçları, RUM'a temellendirilmiş DePBU kapsamında verilen psikiyatrik bakımın etkili olduğunu ve RUM'un depresyon hastalarında kullanımının uygun olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun tedavi uyumu, genel öz yeterlik, benlik saygısı ve depresyon düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik yapılan öneriler aşağıda verilmiştir.

- DePBU grubunun yatış süresinin ortalama 24.48 ± 2.85 gün, kontrol grubunun ise ortalama 28.62 ± 3.80 gün olduğu saptanmıştır.
- RUM'a temellendirilmiş veri toplama formu ile elde edilen verilerle DePBU grubunda fizyolojik alan ile ilgili 14, benlik kavramı ile ilgili 14, rol fonksiyon alanı ile ilgili üç ve karşılıklı bağıllık alanı ile ilgili üç olmak üzere toplamda 34 hemşirelik tanısı ortaya çıkmıştır.
- DePBU grubunda fizyolojik alanda en çok ortaya çıkan hemşirelik tanısı "*uyku örüntüsünde bozulma*"dır.
- DePBU grubunda benlik kavramı alanında en çok ortaya çıkan hemşirelik tanıları "*etkisiz baş etme ve öz kıyım (intihar) riski*"dir.
- DePBU grubunda rol fonksiyon alanında en çok ortaya çıkan hemşirelik tanısı "*rol performansında etkisizlik*"tir.
- DePBU grubunda karşılıklı bağıllık alanında en çok ortaya çıkan hemşirelik tanısı "*yalnızlık riski*"dir.
- DePBU grubuna verilen psikiyatrik bakımda hastaların çoğunda, hemşirelik tanılarının tamamına yakınında amaca ulaşıldığı saptanmıştır.
- RUM'a temellendirilmiş veri toplama formu dört uyum alanına yönelik veri toplamaya olanak sağlamıştır.
- Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun tedavi uyumunu artırmada etkili olduğu belirlenmiştir.
- Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun genel öz yeterlik düzeyini yükseltmede etkili olduğu, ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.
- Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun benlik saygısını yükseltmede etkili olduğu belirlenmiştir.

- Depresyon tanısı ile yatan hastalarda RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.
- RUM'un depresyon hastalarına verilen psikiyatrik bakımda kullanılmasının uygun olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar göz önüne alınarak uygulamaya, araştırmacılara ve eğitime yönelik öneriler aşağıda verilmiştir.

Uygulamaya yönelik olarak;

- Depresyonda psikiyatrik bakımda, bu araştırmada kullanılan RUM'a temellendirilmiş veri toplama formunun kullanılması,
- Depresyonda psikiyatrik bakımda RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun kullanılması,
- Depresyon hastalarına verilen psikiyatrik bakımda hastaları bütüncül bakış açısı ile değerlendirmek için bu çalışmada ortaya çıkan hemşirelik tanılarının dikkate alınması **önerilmektedir.**

Araştırmacılara yönelik olarak;

- DePBU'nun yatış süresi açısından maliyet etkililik araştırmalarında/projelerinde kullanılması
- RUM'a temellendirilmiş veri toplama formunun depresyon hastalarında daha büyük örneklemlemlerle çalışılması,
- RUM'a temellendirilmiş veri toplama formuna diğer psikiyatri hastalarına yönelik sorular eklenmesi ve kullanımının test edilerek geliştirilmesi,
- RUM'a temellendirilmiş DePBU'nun (bakım planı) diğer psikiyatri hastalarında kullanılması,
- RUM'a temellendirilmiş veri toplama formunun ve DePBU'nun (bakım planı) hemşirelik lisans öğrencilerinde test edilerek eğitime kazandırılması **önerilmektedir.**

Eğitime Yönelik;

- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere RUM'a temellendirilmiş DePBU ile ilgili eğitim verilmesi,
- RUM'a temellendirilmiş veri toplama formunun ve DePBU'nun hemşirelik lisans eğitiminde kullanılması **önerilmektedir.**

KAYNAKLAR

Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF. Nursing Diagnosis Handbook an Evidence-Based Guide to Planning Care. 11th ed. Missouri: Elsevier; 2017.

Akiskal HS. Mood disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017, pp: 4099-4139.

Albal E, Kutlu Y. The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. Journal of Psychiatric Nursing. 2010; 1: 115-120.

Amanak K, Sevil U, Karacam Z. The impact of prenatal education based on the Roy adaptation model on gestational hypertension, adaptation to pregnancy and pregnancy outcomes. JPMA. 2019; 69: 11-17.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2014, s: 91-112.

Athanasos P. Mood Disorders. In: Evans K, Nizette D, O'Brien A, eds. Psychiatric and Mental Health Nursing. 4th ed. Australia: Elsevier; 2017, p: 914-962.

Aydemir Ö. Major depresif bozuklukta tedavi hedefleri ve tedavinin izlenmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2011; 21: S1-S9.

Aypay A. Genel öz yeterlik ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 11: 113-131.

Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014; 15: 141-149.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977; 84: 191-215.

Bandura A. The Nature and Strucuture of Self-Efficacy. In: Bandura A, ed. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997, pp: 32-78.

Başıoğlu C. Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın Hastaların Başa Çıkma Stratejileri, Öz Saygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Antalya (Danışman: Prof. Dr. K Buldukoğlu).

Başıoğlu C, Buldukoğlu K. Neuman Systems Model With Depressed Patients: A Randomized Controlled Trial. Nursing Science Quarterly. 2020; 33: 148-158.

Birol L. Hemşirelikle İlgili Kuramlar. In: Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 3rd ed. İzmir: Etki Yayınları; 2009, p: 47-92.

Buldukoğlu K. Psikiyatrik Bakımda Değerler. Türkiye Klinikleri. 2015; 1: 9-15.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Part Six: NIC Interventions Linked to NANDA-I Diagnoses. In: Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C, eds. Nursing Interventions Classification (NIC). 6th ed. Missouri: Elsevier; 2013, p: 461-564.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th ed. Missouri: Elsevier; 2013.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Çeviri ed: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017.

Bulloch AG, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. Journal of affective disorders. 2017; 223: 65-68.

Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. Missouri: Elsevier; 2018.

Boyd MA. Psychosocial Theoretic Basis of Psychiatric Nursing. In: Boyd MA, ed. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. 6th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2018, p: 165-203.

Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

Casañas R, Catalán R, Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2012; 12: 230.

Casañas R, Catalán R, Penadés R, Real J, Valero S, Muñoz MA, Lalucat-Jo LL, Casas M. Evaluation of the effectiveness of a psychoeducational intervention in treatment-naïve patients with antidepressant medication in primary care: a randomized controlled trial. The Scientific World Journal. 2015; Special Issue.

Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. Archives of psychiatric Nursing. 2006; 20: 3-11.

Çatal E, Dicle A. Teori Araştırma Bileşeni. Roy'un Uyum Modeli Örneği. DEUHYOD. 2014; 7: 33-45.

Çayır Yılmaz M. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrolüne etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Tezi, 2017, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. E Yılmaz Karabulutlu).

Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. Int. J. Clin. Pract. 2011; 65: 954-975 (2011).

Çuhadaroglu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 1986, Ankara.

Demirkıran F, Terakye G. Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluları ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi. Kriz Dergisi. 1998; 9: 29-39

Ebrahimi H, Navidian A, Keykha R. Effect of supportive nursing care on self esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: A randomized controlled clinical trial. Journal of caring sciences. 2014; 3: 149-156.

Ekim A, Manav G, Ocakçı AF. Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2012; 5: 157-161.

Engin E, Ergün G. Depresyon. In: Çam O, Engin E, eds. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, p: 335-366.

Ertekin Pınar Ş, Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3: 86-91.

Fawcett J. Roy's Adaptation Model. In: Fawcett J, ed. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis comp; 2006, p: 364-437.

Fışkın G. Gestasyonel diyabetli gebelerde roy adaptasyon kuramına göre hazırlanan diyafragmatik solunum egzersiz programının etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Şahin).

Fortinash KM, Worret PAH. Care Plans: Depression (All Types). In: Psychiatric Nursing Care Plans. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007, p: 95-138.

Gabriel A, Violato C. Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The Antidepressant Adherence Scale (AAS). Journal of affective disorders. 2010; 126: 388-394.

Galbreath JG. Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: George JB, ed. Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice. 6th ed. London: Pearson Education Limited; 2014, p: 311-357.

Günaydın N. Depresyonlu Hastalarda Psikoeğitimin İlaç Uyumuna Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. GÜ Barlas).

Günaydın N, Barlas, GÜ. Effectiveness of a group and brochure psychoeducation intervention to improve depression level and treatment continuity among adults with depression in turkey: A controlled study. Biomedical Research. 2017; 28: 1493-1499.

Gündoğan T. Depresyon hastalarında psikolojik dayanıklılık odaklı psikoeğitimin etkileri. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. D Tanrıverdi).

Günüşen N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. In: Gürhan N, ed. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, p: 147-163.

Halter MJ, Kozy M. Depressive Disorders. In: Halter MJ, ed. Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach. 8th ed. Canada; 2018, p: 495-547.

Hannon-Engel SL. Knowledge Development: The Roy Adaptation Model and Bulimia Nervosa. Nursing Science Quarterly. 2008; 21: 126-132.

Hobelman JG, Clark MR. Psychosomatic Medicine: Management of Chronic Pain. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017, pp: 6101-6130.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> (Erişim Tarihi: 4 Temmuz 2019).

Hilbert S, Goerigk S, Padberg F, Nadjiri A, Übleis A, Jobst A, Dewald-Kaufmann J, Falkai P, Bühner M, Naumann F, Sarubin N. The role of self-esteem in depression: A longitudinal study. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2019; 47: 244-250.

İşeri Ö. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda Roy uyum modeline göre temellendirilen hemşirelik girişimlerinin bakım sonuçlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ö Karayurt).

Kabu Hergül F, Özbayır T. I Am As Normal As Everyone Now...: Examination of Experiences of Patients Undergoing Bariatric Surgery According to Roy's Adaptation Model: A Qualitative Study. Clinical nursing research. 2019; 1-23 <https://doi.org/10.1177/1054773819880291>

Kavuran E. Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin diyabet bakım profiline etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Yurttaş).

Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2: 105-110.

Kılıç E. Roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin hemodiyaliz hastalarının stres, psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Z Güngörmüş).

Koç M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. In: Gürhan N, ed. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, p: 475-538.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001; 16: 606-613.

Ladwig GB, Martinez-Kratz M. List of Nursing Diagnoses by Letter S: Chronic Low Self-Esteem. In: Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF, eds. *Nursing Diagnosis Handbook an Evidence-Based Guide to Planning Care*. 11th ed. Missouri: Elsevier; 2017, p: 763-767.

Lapate RC, Van Reekum CM, Schaefer SM, Greischar LL, Norris CJ, Bachhuber DR, Ryff CD, Davidson RJ. Prolonged marital stress is associated with short-lived responses to positive stimuli. *Psychophysiology*, 2014; 51: 499-509.

Lok N, Buldukoglu K, Barcin E. Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's adaptation model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020; 1-12.

Lönnfjörð V, Hagquist, C. The psychometric properties of the Swedish version of the general self-efficacy scale: A Rasch analysis based on adolescent data. *Current Psychology*. 2018; 37: 703-715.

Martin-Vazquez MJ. Adherence to antidepressants: a review of the literature. *Neuropsychiatry*. 2016; 6: 236-241.

Masters K. Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. 2nd ed. Burlington: Jones & Barlett Learning; 2015, p: 113.

Masters K. Frameworks for Professional Nursing Practice. In: Masters K, ed. Role Development in Professional Nursing Practice. 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2020, p: 110-189.

McManus F, Waite P, Shafran R. Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: a case example. Cognitive and Behavioral Practice. 2009; 16: 266-275.

Mehrekula Z. Hemofili hastalarının profilaksiye uyumlarını etkileyen faktörlerin roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Y Yıldırım).

Meleis AI. On Outcomes: Sister Callista Roy. In: Theoretical Nursing Development and Progress. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012, p: 324-351.

Mersin S. Depresyon tanısı konan erkek hastalarda sorun çözme eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Ünsal Barlas).

Moiene M, Irwin MR, Jevtic I, Olmstead R, Breen EC, Eisenberger NI. Sex differences in depressive and socioemotional responses to an inflammatory challenge: implications for sex differences in depression. Neuropsychopharmacology. 2015; 40: 1709-1716.

Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. Pediatrics. 2016; 138: 1-10.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986; 24: 67-74.

Nasstasia Y, Baker A, Lewin T, Halpin S, Hides L, Kelly B, Callister R. Motivational interviewing as a prelude to an exercise intervention enhances program engagement and self-efficacy in youth with major depression. Journal of Science and Medicine in Sport. 2019; 22: S98-S99.

Neacșu V. The efficiency of a cognitive-behavioral program in diminishing the intensity of reactions to stressful events and increasing self-esteem and self-efficiency in the adult population. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013; 78: 380-384.

Orth U, Robins RW. Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*. 2013; 22: 455-460.

Özsoy M. Roy adaptasyon modelinin fizyolojik alanı doğrultusunda verilen eğitimin, kalça veya diz artroplastisi olanların erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H Arslan Özkan).

Pektekin Ç. Sister Callista Roy ve Adaptation Kuramı. In: Pektekin Ç, ed. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013, p:111-118

Philips KD, Harris R. Adaptation Model. In: Alligood MR, ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2014, p: 303-331.

Roaldset Å, Sandberg H. Effect of group psychoeducation for major depressive disorder: a systematic review. The Arctic University of Norway Faculty of Health Sciences/Department of Community Medicine, Master's thesis, 2019, Tromsø (Supervisor: Professor Rigmor C Berg).

Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.

Roy SC. Elements of the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; 2009a, p: 25-54.

Roy SC. Elements of the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; 2009b, p: 2-24.

Roy SC. Self-Concept Mode of the Person. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; 2009c, p: 321-357.

Roy SC. The Nursing Process According to the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; 2009d, p: 55-86.

Roy SC. Protection. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; 2009e, p: 198-221.

Roy SC, Zhan L. Sister Callista Roy's Adaptation Model. In: Parker ME, Smith MC, eds. Nursing theories and nursing practice. 3rd. Ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2010, p: 167-181.

Roy SC. Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs. Nursing Science Quarterly. 2011; 24: 345-351.

Punjani NS. Comparison and contrast of Orem's Self Care theory and Roy's Adaptation model. i-Manager's Journal on Nursing. 2013; 3: 1-5.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Child Psychiatry - Introduction: Infant, Child, and Adolescent Development. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015, p: 2282-2331.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Mood Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015, p: 752-830.

Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: 2011, p: 5-6.

Sari YE, Kokoglu B, Balcioglu H, Bilge U, Colak E, Unluoglu, I. Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. Biomedical Research. 2016; Special Issue: S460-S462.

Schwartz HA, Eichstaedt J, Kern M, Park G, Sap M, Stillwell D, Kosinski M, Ungar L. Towards assessing changes in degree of depression through facebook. In Proceedings of the workshop on computational linguistics and clinical psychology: from linguistic signal to clinical reality, 2014; 118-125.

Seah XY, Tham XC. Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy adaptation model. Nursing Science Quarterly. 2015; 28: 136-141.

Senesac P, Roy SC. Sister Callista Roy's Adaptation Model. In: Smith, MC, Parker, ME, eds. Nursing Theories & Nursing Practice. 4th ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2015, p: 153-164.

Sineren S. Depresyon tanısı alan bireylerde fiziksel egzersizin depresif belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. N Karataş).

Sirey JA, Banerjee S, Marino P, Bruce ML, Halkett A, Turnwald M, Chiang C, Liles B, Artis A, Blow F, Kales HC. Adherence to depression treatment in primary care: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017; 74: 1129-1135.

Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, Berk M, Smith L, Quevedo J, Maes M, Correl CU, Carvalho AF. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020; 00 (AHEAD).

Şengün Fİ, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16: 132-139.

Şimşek AB, Dicle A. Primer Beyin Tümörlü Hastaların Roy Uyum Modeline Göre Uyum Durumlarının İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. Journal of Neurological Sciences. 2013; 30: 88-107.

Tamam L, Karaytuğ MO, Namlı Z. Depresyonun ekonomik maliyeti. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi. 2012; 5: 103-106.

Temel M. Depresyonla Baş etmede Marjory Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Y Kutlu).

Temel M, Kutlu FY. (2015). Gordon's model applied to nursing care of people with depression. International nursing review. 2015, 62: 563-572.

Townsend MC, Morgan KI. Depressive Disorders. In: Townsend MC, Morgan KI, eds. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice. 9th ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2018, p: 494-527.

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Ançel G. Depresif Bozukluklar. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016, s: 378-423.

Trigoboff E. Mood Disorders. In: Kneisl CN, Trigoboff E, eds. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. 3rd ed. London: Pearson Education; 2014, p: 336-365.

Trigoboff E. Cognitive and Behavioral Interventions. In: Kneisl CN, Trigoboff E, eds. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. 3rd ed. London: Pearson Education; 2014, p: 639-653.

Turan Kavrakdim S, Canli Özer Z. The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial. Scand J of Caring Sci. 2020; 34: 247-260.

Uzun Ş. Sister Callista Roy: Adaptasyon Modeli. In: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara GZ, eds. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. 1st ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2017, p: 369-442.

Üstün B, Gigliotti E. Nursing research in Turkey. Nursing science quarterly. 2009; 22: 206-208.

Varcarolis EM. Mood Disorders: Depression. In: Varcarolis EM, ed. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed. China: Elsevier Saunders; 2013, p: 245-275.

Velioğlu P. Roy'un Adaptasyon Kuramı Sister Callista Roy. In: Velioğlu P, ed. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. 2nd ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012, p: 364-387.

Vicdan AK, Karabacak BG. Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5: 255-259.

Videbeck SL. Mood Disorders and Suicide. In: Videbeck SL, ed. Psychiatric-Mental Health Nursing. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2020, p: 652-742.

Vlahov D. Transparent reporting of evaluations with nonrandomized designs (TREND). Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2004; 81: 163.

Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2012; 43: 1049-1057.

Warren BJ. Depression. In: Boyd MA, ed. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. 6th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2018, p: 756-797.

Whetsell MV, Gonzalez YM, Moreno-Fergusson ME. Models and Theories Focused on a Systems Approach. In: Butts JB, Rich KL, eds. Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice. 1st ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2011, p: 415-445.

WHO 2001. The World health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 Tarih: 23 Mayıs 2019.

WHO 2011. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf Tarih: 23 Mayıs 2019.

WHO 2017. https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/ Erişim tarihi: 22 Mayıs 2019.

WHO 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> Erişim tarihi: 06 Ocak 2021

Wilkinson JM, Barcus L. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviri ed: Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. 11th basım. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018.

Yatham LN, Kennedy SH. Mood Disorders: Pharmacological Treatment of Depression and Bipolar Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017, pp: 4299-4358.

Yıldız E. Roy adaptasyon modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Sivas (Danışman: Prof. Dr. Ş Karagözoğlu).

Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistemik derleme. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2017; 19: 57-74.



EKLER

EK-1: Araştırma Planı Zaman Çizelgesi

Yapılan Çalışmalar	2019							2020												2021	
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Literatür incelemesi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Araştırma planının hazırlığı	X	X																			
Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması		X	X	X																	
Uzman görüşünün alınması					X	X	X	X													
Ön uygulamanın yapılması ve değerlendirilmesi										X	X										
Kontrol grubunun ön test ve son test ölçümlerinin yapılması											X	X	X	X	X						
DePBU grubu için uygulamanın başlaması															X	X	X	X			
Verilerin analizi																			X		
Verilerin değerlendirilmesi ve raporun hazırlanması																				X	X

EK-2: Kişisel Bilgi Formu

Kişi no:

Yatış Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

1. Yaşınız:

(Belirtiniz)

2. Cinsiyetiniz?

a. Kadın

b. Erkek

3. Eğitim durumunuz?

a. Okur-yazar

b. İlkokul

c. Ortaokul

d. Lise

e. Ön lisans

f. Üniversite

g. Lisansüstü

4. Medeni durumunuz?

a. Evli

b. Bekar

c. Boşanmış

d. Eşi vefat etmiş

e. Ayrı yaşıyor

f. Diğer:

(Belirtiniz)

5. Çocuğunuz var mı?

a. Yok

b. Var:

(Belirtiniz)

6. Çalışma durumunuz?

a. İşsiz

b. Ev hanımı

c. Öğrenci

d. Çalışıyor (Kamu, işçi, çiftçi, serbest)

e. Emekli

7. Gelir durumunuz?

a. Çok kötü

b. Kötü

c. Orta

d. İyi

e. Çok iyi

8. Kimlerle yaşıyorsunuz?

a. Yalnız

b. Eşim ve/veya çocuğumla

c. Anne/baba ve kardeşlerimle

d. Akrabalarımle

e. Arkadaşlarımla

9. Ailenizde psikiyatrik hastalık var mı?

a. Hayır

b. Evet:

(Belirtiniz)

10. Başka bir hastalığınız var mı?

a. Hayır

b. Evet:

(Belirtiniz)

11. Bu hastalığınız nedeni ile şu an ki yatışınız ile birlikte kaç kez hastaneye yattınız?

a. Bir

b. İki

c. Üç

d. Dört

e. Dört'ten fazla

12. Son zamanlarda sizi etkileyen önemli bir olay yaşadınız mı?

a. Hayır

b. Evet (İşaretleyiniz)

()Ölüm

()Ayrılık

()Maddi kayıp

()Doğal Afet

()Diğer:

(Belirtiniz)

13. İlaç dışında bir tedavi aldı mı?

a. Hayır

b. EKT

c. TMS

Teşekkür ederim...

EK-3: RUM'a Temellendirilmiş Veri Toplama Formu

Hasta Hikayesi:

FİZYOLOJİK ALAN

A. Oksijenlenme

1. Nabız: /dk
2. Kan Basıncı: mm/Hg
3. Solunum sayısı-tipi: /dk -
4. Sigara tüketiyor musunuz? ☐ Evet (/gün) **(Belirtiniz)** ☐ Hayır
5. Solunumla ilgili bir hastalığınız var mı? ☐ Evet: **(Belirtiniz)** ☐ Hayır
6. Dolaşımla ilgili hastalığınız var mı? ☐ Evet: **(Belirtiniz)** ☐ Hayır
7. Diğer veriler:

B. Beslenme

1. Kilo: kg
2. Boy: cm
3. BKİ: kg/m²
4. Kiloda değişiklik var mı? ☐ Hayır ☐ Kilo kaybı (kg/ gün) ☐ Kilo artışı (kg/ gün)
5. İştah durumunuz nasıl (normal, iştahsız)? **(Belirtiniz)**
6. Yemeklerden zevk alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
7. Beslenme ile ilgili bir probleminiz var mı? ☐ Hayır ☐ Evet: **(Belirtiniz)**
8. Yeme alışkanlığınız? Ana öğün: Ara öğün: Miktar: **(Belirtiniz)**
9. Beslenme düzeninizde değişiklik var mı? ☐ Hayır ☐ Evet: **(Belirtiniz)**
10. Beslenme biçiminde değişiklik var mı? ☐ Hayır ☐ Yavaşlama ☐ Hızlanma
11. Bulantı kusmanız var mı? ☐ Hayır ☐ Bulantı ☐ Kusma
12. Herhangi bir şeye alerjiniz var mı? ☐ Hayır ☐ Evet: **(Belirtiniz)**
13. Diğer veriler:

C. Eliminasyon

1. Dışkılama alışkanlığınız? ☐ Evde: ☐ Klinikte: **(Belirtiniz)**
2. Bağırsak sesleri: /dk
3. Dışkılamada ağrı, yanma, kötü koku vb. var mı? ☐ Hayır ☐ Evet: **(Belirtiniz)**
4. İdrara çıkma alışkanlığı? ☐ Evde: ☐ Klinikte: **(Belirtiniz)**
5. İdrarda ağrı, yanma, kötü koku vb. var mı? ☐ Hayır ☐ Evet: **(Belirtiniz)**

6. Diğer veriler:

D. Aktivite ve Dinlenme

1. Günlük yaşam aktivitelerini yapabiliyor musunuz?

El-yüz yıkama	☐ Evet (kendi kendine)	☐ Yardımla	☐ Hayır
Banyo yapma	☐ Evet (kendi kendine)	☐ Yardımla	☐ Hayır
Giyinme	☐ Evet (kendi kendine)	☐ Yardımla	☐ Hayır
Tuvalet hijyeni	☐ Evet (kendi kendine)	☐ Yardımla	☐ Hayır
Yeme-içme	☐ Evet (kendi kendine)	☐ Yardımla	☐ Hayır
Ortam düzeni (oda, yatak)	☐ Evet (kendi kendine)	☐ Yardımla	☐ Hayır

2. Yaptığınız aktivitelerden zevk alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

3. Egzersiz yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

4. Yapmaktan hoşlandığınız aktiviteler nelerdir? (Belirtiniz)

5. Gün içinde genellikle kendinizi nasıl hissediyorsunuz? ☐ Yorgun ☐ İsteksiz

☐ Halsiz ☐ Güçsüz ☐ Dinç ☐ Enerjik ☐ Diğer: (Belirtiniz)

6. Gündüz uyku alışkanlığı: ☐ Evde: ☐ Klinikte: (Belirtiniz)

7. Gece uyku alışkanlığı: ☐ Evde: ☐ Klinikte: (Belirtiniz)

8. Uykuya dalmada güçlük çekiyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet: (Belirtiniz)

9. Kesintisiz uyuyabiliyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır: (Belirtiniz)

10. Uykuda kabus, rüya vb. görüyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet: (Belirtiniz)

11. Diğer veriler:

E. Korunma

1. Ateş: (Belirtiniz)

2. Enfeksiyon belirtileri/bulguları? ☐ Ateş ☐ Kızarıklık ☐ Şişlik

☐ Ağrı ☐ Diğer: (Belirtiniz)

3. Kullandığınız ilaçlar? (Belirtiniz)

4. Kullandığınız ilaçların tedavinize/iyileşmenize etkisi ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

☐ Etkili ☐ Etkisiz ☐ Diğer: (Belirtiniz)

5. Diğer veriler (İmmün sistem, hijyen, basınç ülseri, kaşıntı vb.):

F. Duyular

1. Beş duyu ile ilgili probleminiz var mı? ☐ Görme ☐ İşitme ☐ Koklama

☐ Tat alma ☐ Dokunma (illüzyon, halüsinasyon varsa belirtiniz)

2. Stres oluşturan durumlar nelerdir? (Belirtiniz)

3. Stresli durumlarda neler yapıyorsunuz? (Belirtiniz)
4. Diğer veriler:

G. Sıvı, Elektrolit ve Asit-Baz Dengesi

1. Günlük aldığınız sıvı miktarı? ml (Belirtiniz)
2. İlişkili laboratuvar sonuçları (Na, K, Ca gibi)? (Belirtiniz)
3. Diğer veriler (Asidoz, alkaloz, pH vb.):

H. Nörolojik Fonksiyon

1. Bilinç durumu: (Belirtiniz)
2. Yönelim: (Belirtiniz)
3. Kontrol ve koordinasyon: (Belirtiniz)
4. Hafıza: (Belirtiniz)
5. Konuşma: (Belirtiniz)
6. Hesaplama: (Belirtiniz)
7. Okuma-Yazma: (Belirtiniz)
8. Diğer veriler:

I. Endokrin Fonksiyon

1. Tiroid Testleri? Serbest T3: Serbest T4: TSH: (Belirtiniz)
2. Endokrin ve metabolizma hastalıkları varlığı (DM, Hipoglisemi, Hipotiroidi gibi)
() Hayır () Evet: (Belirtiniz)
3. Diğer veriler (hormonal değişiklikler, sıcak basması, terleme, titreme, menapoz, andropoz vb.):

BEN/BENLİK KAVRAMI (Fiziksel Benlik: Beden algısı, beden imajı; Kişisel Benlik: Öztutarlılık, ideal benlik, ahlaki-etik-spiritüel benlik) **ALANI**

1. Fiziksel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz? () Yorgun () Dinlenmiş () Halsiz
() Güçsüz () Güçlü () Enerjik () Diğer: (Belirtiniz)
2. Fiziksel olarak kendinizi nasıl görüyorsunuz? () Zayıf () Şişman
() Güzel () Çirkin () Sevimli () Diğer: (Belirtiniz)
3. Fiziksel olarak en çok hangi özelliğinizi beğeniyorsunuz? () Boyumu () Saçımı
() Gülüşümü () Yüz ifademi () Kilomu () Diğer: (Belirtiniz)
4. Fiziksel görünüşünüzü değiştirmek isteseydiniz, hangi özelliğinizi değiştirirdiniz?
() Boyumu () Saçımı () Kilomu () Dişlerimi () Diğer: (Belirtiniz)

5. Fiziksel görünüşünüzle ilgili ne hissediyorsunuz? ☐ Memnunum
☐ Memnun değilim ☐ Diğer: (Belirtiniz)
6. Tedavi ve hastalığınızın cinselliğinize etkisi oldu mu? ☐ Hayır ☐ Evet: (Belirtiniz)
7. Kendinizi tanımlar mısınız, kişisel özellikleriniz nelerdir? (Belirtiniz)
8. Değiştirmek istediğiniz bir yönünüz ya da özelliğiniz var mı?
☐ Hayır ☐ Evet: (Belirtiniz)
9. En beğendiğiniz özelliğiniz nedir? (Belirtiniz)
10. En beğenmediğiniz özelliğiniz nedir? (Belirtiniz)
11. Kendinizle ilgili en çok hissettiğiniz duygu nedir? (Belirtiniz)
12. İntihar etme düşünceniz ya da girişiminiz oldu mu? ☐ Hayır
☐ Evet: (Sıklığını ve son dönemde böyle bir düşünce varsa belirtiniz)
13. Manevi değer ve inancınıza yönelik yaptığınız uygulamalar nelerdir?
(Belirtiniz)
14. Sağlık durumunuza ilişkin duygusal tepkiniz: ☐ Öfke ☐ Suçluluk ☐ Pişmanlık
☐ Korku ☐ Kaygı ☐ Ümitsizlik ☐ Diğer: (Belirtiniz)
15. Günlük yaşamınızı sürdürmede kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Başarılı ☐ Başarısız ☐ Diğer: (Belirtiniz)
16. Kontrol amaçlı sağlık kuruluşuna ne sıklıkta gidiyorsunuz?
☐ Haftalık ☐ Aylık ☐ Yıllık ☐ Hiç ☐ Diğer: (Belirtiniz)
17. Yaşam tarzınızla ilgili değiştirmeyi planladığınız değişiklikler var mı?
☐ Sigara ☐ Alkol ☐ Aktiviteler-Alışkanlıklar ☐ Diğer: (Belirtiniz)
18. Sağlıklı olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? (Belirtiniz)
19. Hasta olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? (Belirtiniz)
20. Diğer veriler:

ROL FONKSİYON ALANI (Birincil, ikincil, üçüncül rol)

1. Yaşınız: (Belirtiniz)
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Mesleğiniz? (Belirtiniz)
4. Mesleğinizde başarılı olduğunuzu düşünüyor musunuz? ☐ Evet:
☐ Hayır: (Nedenini belirtiniz)
5. Aile içindeki rolünüz: ☐ Anne ☐ Baba ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer: (Belirtiniz)
6. Aile ile ilişkileriniz nasıldır? ☐ Güçlü ☐ Orta ☐ Zayıf
7. Ailenizde en çok kime güvenirsiniz? (Belirtiniz)

8. Ailenize karşı en çok hissettiğiniz duygu nedir? (Belirtiniz)
9. Ailenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?
()Evet: (En çok destek olan kişiyi belirtiniz)
()Hayır: (Destek almak istediğiniz konu varsa belirtiniz)
10. Üstlendiğiniz rolleri yeterince yerine getirdiğinizi düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır: (Nedenini belirtiniz)
11. Rollerinizi yerine getiremediğinizde hissettiğiniz duygular nelerdir? (Belirtiniz)
12. Diğer veriler:

KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI (Yakın ilişkiler ve iletişim, Destek sistemleri)

1. Sosyal çevreniz kimlerden oluşmaktadır? (Belirtiniz)
2. Kişilere güven ile ilgili probleminiz var mı? () Hayır ()Evet: (Nedenini belirtiniz)
3. Kolay güveniyor musunuz? () Evet () Hayır: (Belirtiniz)
4. Düzenli görüştüğünüz arkadaşlarınız var mı (komşu, iş, okul vb.)?
()Evet: (Belirtiniz) ()Hayır: (Nedenlerini belirtiniz)
5. Arkadaş gibi sosyal çevreden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?
() Evet: (En çok destek olan kişiyi belirtiniz)
() Hayır: (Destek almak istediğiniz konu varsa belirtiniz)
6. Diğer hastalar ile ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (Belirtiniz)
7. Sağlığınızı etkileyen sosyal/kültürel unsurlar var mı? () Hayır () Evet: (Belirtiniz)
8. Çevre ile ilişkilerinizde hangi duyguyu daha yoğun olarak yaşıyorsunuz?
()Sevgi ()Saygı ()Yalnızlık ()Yabancılaşma ()Dışlanma
()Aidiyet ()Düşmanlık ()Öfke ()Diğer: (Belirtiniz)
9. Yaşadığınız çevrenin hastalığınıza bakışı nasıldır? (Belirtiniz)
10. Çevrenizin hastalığınıza bakış açısı sizi nasıl etkilemektedir? (Belirtiniz)
11. Diğer veriler:

NOT: MTUÖ, GÖYÖ, RÖSÖ ve HSA-9 ölçüm araçlarından elde edilen veriler de hemşirelik tanılaması için kullanılacaktır.

EK-4: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

Sıra No	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	Evet	Hayır
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	☐	☐
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	☐	☐
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	☐	☐
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	☐	☐

EK-5: Genel Öz-Yeterlik Ölçeği

Bu ölçek, bireylerin stresli yaşantılarla başa çıkabilme ve bunlara uyum sağlayabilme becerilerine yönelik algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda bazı düşünceleri içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere katılma derecenizi “Tamamen yanlış”, “Biraz doğru”, “Orta düzeyde doğru”, “Tamamen doğru” seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyerek göstermeniz beklenmektedir. Lütfen her bir ifadeye belirtilen düşüncenin size ne kadar uyduğunu düşününüz. Her bir ifadeye katılma derecenizi kendinize en uygun gelen seçeneğin altındaki kutucuğu işaretleyerek gösteriniz. Lütfen hiçbir maddeyi yanıtsız bırakmayınız. Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

	Tamamen yanlış	Biraz doğru	Orta düzeyde doğru	Tamamen doğru
1. Yeterince çaba harcarsam, zor sorunları çözenin bir yolunu daima bulabilirim.	☐	☐	☐	☐
2. Bana karşı çıkıldığında, istediğimi elde etmemi sağlayacak bir yol ve yöntem bulabilirim.	☐	☐	☐	☐
3. Amaçlarıma bağlı kalmak ve bunları gerçekleştirmek benim için kolaydır.	☐	☐	☐	☐
4. Beklenmedik olaylarla etkili bir biçimde başa çıkabileceğime inanıyorum.	☐	☐	☐	☐
5. Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl baş edebileceğimi biliyorum.	☐	☐	☐	☐
6. Gerekli çabayı gösterirsem, birçok sorunu çözebilirim.	☐	☐	☐	☐
7. Baş etme gücüme güvendiğim için zorluklarla karşılaştığımda soğukkanlılığımı koruyabilirim.	☐	☐	☐	☐
8. Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle birkaç çözüm yolu bulabilirim.	☐	☐	☐	☐
9. Başım dertte olduğunda, genellikle bir çözüm düşünebilirim.	☐	☐	☐	☐
10. Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim.	☐	☐	☐	☐

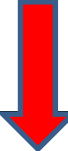
EK-6: Rosenberg Öz Saygı Ölçeği

Lütfen her bir madde ile ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	O	O	O*	O*
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	O	O	O*	O*
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	O*	O*	O	O
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.	O	O	O*	O*
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	O*	O*	O	O
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	O	O	O*	O*
7. Genel olarak kendimden memnunum.	O	O	O*	O*
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	O*	O*	O	O
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.	O*	O*	O	O
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.	O*	O*	O	O

EK-7: Hasta Sağlık Anketi-9

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkta rahatsız etti? (Cevabınızı yuvarlak içine alınız)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün				
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3				
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3				
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmede zorluk veya çok fazla uyumak	0	1	2	3				
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3				
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3				
6. Kendinizi kötü hissetmeniz – veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3				
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3				
8. Başkalarının farkedebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine – normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3				
9. Ölmüş olsanız veya bir şekilde kendinize zarar verseniz daha iyi olacağınız düşünceleri	0	1	2	3				
<i>Ofis Kodlaması İçin</i>	0 + _____ + _____ + _____ =Toplam skor:_____							
Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?								
Hiç zorluk yaratmadı Oldukça zorluk yarattı Çok zorluk yarattı Aşırı derecede zorluk yarattı								
OOOO								

EK-8a: RUM’a Temellendirilmiş DePBU**Kişi No:****Tarih:**

Uyum Alanı/Uyaranlar/Hasta Davranışı(Veri Toplama Formu, Ölçüm Araçları)	Hemşirelik Tanısı (NANDA) Amaç Sonuç Kriterleri (NOC-Hasta Çıktıları)	Girişimler (NIC, Hemşirelik Yönetmeliği)	Değerlendirme (NOC-Hasta Çıktıları)
		Girişimler ve Uygulanan Aktiviteler	
Uyum alanı: Odak uyaran: Etkileyen uyaran: Olası uyaran: Hasta davranışı: Bu bölüme belirlenen hemşirelik tanısının RUM’un hangi alanı ile ilgili olduğu, tanıyı ortaya çıkaran uyaranlar ve bu uyaranların etkisi ile ortaya çıkan hasta davranışları kaydedilir.	Hemşirelik tanısı: Bu bölüme hasta için belirlenen NANDA hemşirelik tanısı yazılır. Amaç: Tanıya yönelik hasta ile birlikte belirlenen amaç cümlesi yazılır. Sonuç kriterleri: Hasta için beklenen hasta çıktıları ve sonuç kriterleri bu alana numaralandırılarak yazılır.	Bu bölüme hemşirelik tanısına yönelik belirlenen girişimler maddeler halinde yazılır. Aşağıda “kırmızı ok” ile gösterilen alana ise girişimlerle ilgili uygulanan aktiviteler kaydedilir. 	Bu bölümde daha önce belirlenen hasta çıktılarına ve sonuç kriterlerine göre değerlendirme yapılır. Değerlendirme sonucu aşağıdaki ifadelerden biri yazılır. +: Amaca ulaşıldı ±: Amaca kısmen ulaşıldı -: Amaca ulaşılamadı
Uygulanan Aktiviteler: Girişimler bölümünde maddeler halinde yazılan girişimler bu alana yazılır. Her bir girişimin altına girişim ile ilgili uygulanan aktiviteler sırayla kaydedilir.			

EK-8b: DePBU – Dört Uyum Alanına Yönelik Dört Örnek Hemşirelik Tanısı**Kişi No:1****Tarih: 04.08.2020**

Uyum Alanı/Uyaranlar/Hasta Davranışı (Veri Toplama Formu, Ölçüm Araçları)	Hemşirelik Tanısı (NANDA) Amaç Sonuç Kriterleri (NOC-Hasta Çıktıları)	Girişimler (NIC, Hemşirelik Yönetmeliği)	Değerlendirme (NOC-Hasta Çıktıları)
		Girişimler ve Uygulanan Aktiviteler	
Uyum Alanı: Fizyolojik alan Odak: Depresyon Etkileyen: İlaç kullanımı, anksiyete, yalnız kalma isteği Olası: - Hasta davranışı: Çok fazla uyuduğunu ifade etmesi (gece:15 saat, gündüz: 3 saat), uykulu görünüm, yorgunluk, halsizlik	Tanı: Uyku örüntüsünde bozulma Amaç: Düzenli bir uyku örüntüsü geliştirmesi ve sürdürmesi Sonuç Kriterleri 1. Gündüz uykusu azalacak (en fazla 1 saat) 2. Kliniğin uyuma ve uyanma programına uyacak 3. Gün içinde kendini yorgun hissetmeyecek 4. Uykulu görünümü olmayacak 5. Kaygısının olmadığını ifade edecek	1. Uykunun güçlendirilmesi 2. İlaç uygulanması: Oral 3. Anksiyenin azaltılması 4. Öğretim: Hastalık süreci/tedavi 5. Sosyalizasyonu güçlendirme 	±: Amaca kısmen ulaşıldı.
Uygulanan Aktiviteler 1. Uykunun güçlendirilmesi 1. Hastanın uyku düzeni belirlendi. Kliniğin uyuma programı anlatıldı. Annesi bilgilendirildi. 2. Uykunun depresyonda önemi açıklandı. 3. Hastanın uykusunu artıran nedenler belirlendi (anksiyete, yalnız kalma isteği, ilaçlar) 4. Hastanın ilaçlarının uyku üzerine etkisi açıklandı. 5. Gün içinde uyanık kalması için aktivitelere katılımı sağlandı. Gün içinde tenis, okey oynadı. 6. Oda düzeni sağlandı. Gündüz yatağını toplaması sağlandı. Annesinden destek alındı. 7. Kliniğin uyuma saatinden önce uyumasına yardım eden aktiviteler (kitap okuma, ılık duş) önerildi. 8. Yatma zamanından önce stres, sıkıntı oluşturan durumların ortadan kaldırılması için hastaya yardım edildi. Duygularını ifade etmesi sağlandı. 9. Uykuyu kolaylaştıran ya da engelleyen durumları belirlemek için tüketilen yiyecek ve içecekler sorgulandı. Ara öğünde verilen sütü yatma saatine yakın içmesi önerildi. 10. Yatma zamanı ve yatma zamanından önce uykuyu olumsuz etkileyen yiyecek ve içeceklerden kaçınması konusunda hasta bilgilendirildi. 11. Gündüz uyanık kalması için aktivitelere katılımı sağlanarak gündüz uykuları sınırlandırıldı. 12. Hastanın kendini rahat hissetmesi için yanında bulunma, duygusal dokunma gibi rahatlatıcı yöntemleri uygulandı. 2. İlaç uygulanması: Oral 1. Hekim kararı ile oral yoldan ilaç uygulaması yapıldı (Anksiyolitik) 2. Uygulanan ilaçlarla ilgili hastaya bilgi verildi.		3. Anksiyenin azaltılması 1. Hastaya yapılan bütün girişimlerde sakin, güven verici bir yaklaşım sergilendi. 2. Hastada stres yaratan durumları hastanın bakış açısından anlamaya çalışıldı. Dikkat ve ilgiyle dinlendi. 3. Hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili bilgiler verildi. 4. Duygu, düşünce ve algılarını ifade etmesi için cesaretlendirildi. 5. Klinik içi aktivitelere yönlendirildi. Spor aktivitelerine katılımı sağlandı. 6. Anksiyete oluşturabilecek durumları tanınması için hastaya yardım edildi. Uygun savunma mekanizmalarını kullanması için desteklendi. 7. Gevşeme teknikleri öğretildi. 8. Anksiyetenin sözel ve sözel olmayan tepkileri değerlendirildi. 9. Oda düzeni sağlandı. 10. Yapılan aktivitelere annesinin katılımı sağlandı. Annesinden destek alındı. 4. Öğretim: Hastalık süreci/tedavi 1. Hastanın depresyon ile ilgili bilgi düzeyi değerlendirildi. 2. Hastalığın belirtileri hakkında bilgi verildi. 3. Depresyon ve uyku arasındaki ilişki anlatıldı. 4. Sabah kalkma saatine uyması ve tedaviden önce kahvaltı yapması önerildi. Annesinden destek alındı. Tedaviden önce kahvaltı yapmanın önemi anlatıldı. 5. İlacın uyku hali gibi yan etkilerini azaltmak amacıyla tedaviden sonra spor yapıldı. 5. Sosyalizasyonu güçlendirme 1. “Sosyal izolasyon” tanısı altında verilmiştir.	

EK-8b: DePBU – Dört Uyum Alanına Yönelik Dört Örnek Hemşirelik Tanısı Devamı

Uyum Alanı/Uyaranlar/Hasta Davranışı (Veri Toplama Formu, Ölçüm Araçları)	Hemşirelik Tanısı (NANDA) Amaç Sonuç Kriterleri (NOC-Hasta Çıktıları)	Girişimler (NIC, Hemşirelik Yönetmeliği)	Değerlendirme (NOC-Hasta Çıktıları)
		Girişimler ve Uygulanan Aktiviteler	
Uyum Alanı: Benlik Kavramı Alanı Odak: Depresyon Etkileyen: İntihar girişim öyküsü, suçluluk, ümitsizlik, başarısızlık, düşük benlik saygısı, sosyal destek eksikliği, ölme isteğini ifade etme Olası: Yaşamın anlamının olmadığına dair algısı, düşüncesi Hasta davranışı: -	Tanı: Öz kıyım (intihar) riski Amaç: Öz kıyımın önlenmesi Sonuç Kriterleri 1. Değersizlik düşüncelerinin olmadığını ifade edecek 2. İntihar düşüncelerinin olmadığını ifade edecek 3. Yaşama ve geleceğe yönelik ümidini ifade edecek 4. Kaygısının azaldığını ifade edecek	1. İntihar girişimini önleme 2. Başetmeyi güçlendirme 3. Var olma/yanında bulunma 4. Ümit aşılama 5. Benlik saygısını güçlendirme 6. Dürtü kontrol öğretimi 7. Anksiyetenin azaltılması	+ : Amaca ulaşıldı
Uygulanan Aktiviteler 1. İntihar girişimini önleme 1. Hastanın intihar girişim planının olup olmadığı soruldu. 2. Anksiyetesini azaltmak ve duygularını stabilize etmek için ilaç tedavisi uygulandı. 3. Tedaviden sora ağız kontrolü yapıldı. 4. Hastanın kendi bakımına katılımı sağlandı. Annesinden destek alındı. 5. Hasta ile sözlü anlaşma yapıldı. Bu düşüncenin hastalığın bir belirtisi olduğu vurgulandı ve intihar düşünceleri olduğunda en yakınındaki sağlık personeline bildirmesi söylendi. 6. Hastanın bakımını sürdürmek, iletişime açık tutmak ve duyguları hakkında konuşmasına fırsat vermek için her gün etkileşimde bulunuldu. 7. Hastaya kendine zarar verme dürtüsü olduğunda sağlık personelinin yardım isteme konusunda cesaretlendirildi. 8. Hastaya kendisini intihardan alıkoyacak destek sistemleri sorgulandı. 9. Hastayı hayata bağlayan değerlerin olup olmadığı sorgulandı. 10. Sürekli gözlem yapıldı. Potansiyel silah olabilecek objeler sorgulandı. 11. Klinik giriş çıkışında arama yapıldı. 12. Oda havalandırılırken hastanın aşağıdaki salona inmesi sağlandı. 13. İntihar belirtisi olabilecek davranışlarının olup olmadığı gözlemlendi. 14. Annesine bilgi verildi. Riskli durumlarını bildirmesi istendi. 15. Taburculuk planlanırken intihar açısından değerlendirildi. Annesi de katıldı. 2. Başetmeyi güçlendirme 1. Hastanın sorunlarını yapıcı bir şekilde çözmesi için hastaya yardım edildi. 2. Hastanın hastalık sürecini nasıl algıladığı değerlendirildi. 3. Hastaya sakin ve güven verici yaklaşım sergilendi. 4. Stres oluşturan durumlara karşı hastanın bakış açısı değerlendirildi. 5. Diğer hastalarla etkileşimde bulunması için cesaretlendirildi. Klinik içi aktivitelere katılımı sağlandı. 6. Hastanın sorunlarla daha önceki baş etme yöntemleri araştırıldı. Uygun savunma mekanizmaları desteklendi. 7. Duygularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirildi. Öfke duygularını daha yapıcı bir şekilde dışa vurması için desteklendi. 8. Kendi gücünü ve yeterliklerini keşfetmesi için hastaya yardım edildi. 9. Hastaya gevşeme teknikleri ve derin solunum egzersizleri öğretildi. 3. Var olma/yanında bulunma 1. Hastanın deneyimleri ve endişeleri dinlendi. Empatik yaklaşım sergilendi. 2. Hastanın omuzuna uygun şekilde dokunuldu ve yanında olduğu ifade edildi. 3. İhtiyaç duyduğunda beni nerede ne zaman bulacağı anlatıldı. Klinikte bulunduğum süre içinde istediği zaman ulaşılabilir konumda olduğum vurgulandı. 4. Diğer hastalarla etkileşimi sağlandı.			

EK-8b: DePBU – Dört Uyum Alanına Yönelik Dört Örnek Hemşirelik Tanısı Devamı

4. Ümit aşılama 1. “Rol performansında etksizlik” tanısı altında verilmiştir. 5. Benlik saygısını güçlendirme 1. Hastanın kendine verdiği değere ilişkin bilgi edinmek amacıyla hasta ile görüşme yapıldı. 2. Hastanın kendi kararlarına güvenme durumunu belirlemek için hasta ile görüşme yapıldı. 3. Hastanın kendi güçlerini tanıması için cesaretlendirildi ve kendini kabullenmesi için hastaya yardım edildi. 4. Görüşmeci ile ve diğer hastalarla iletişim kurarken göz teması kurmasının gerekliliği anlatıldı ve göz teması kurması için teşvik edildi. 5. Hastanın kendinde güçlü gördüğü yönleri üzerinde konuşuldu ve güçlendirildi. 6. Hastanın her gün kendiyle ilgili olumlamalar yapması ve bunları sözel olarak ifade etmesi ve kendisiyle ilgili konuşması için cesaretlendirildi. 7. Hastanın kendi kendine yapabileceği ve otonomisini artıracak seçenekler sunuldu. Klinik içi aktiviteler planlandı ve katıldı. 8. Olumsuz eleştiriden kaçınıldı. Olumlu geribildirimlere uygun tepki vermesi sağlandı. 9. Benlik saygısına katkıda bulunacak eylemlerde bulunduğu zaman hastaya olumlu geribildirimler verildi. Yapabileceklerini görmesi sağlandı.	10. Hastanın baş etme yeteneğine olan güven sık sık hatırlatıldı. 11. Gerektiğinde yardım istemesi için hasta cesaretlendirildi. Hastaya yardım edildi 12. Hastanın geçmişteki başarı deneyimleri ve başarıları ile ilgili görüşme yapıldı. Hastanın kendisi ile ilgili olumsuz algılarını gözden geçirmesi için cesaretlendirildi. Öz eleştiri ve suçluluk duygularının nedenleri üzerine konuşuldu. 13. Benlik saygısına katkıda bulunacak klinik aktiviteler hakkında bilgilendirildi. Klinik programı tanıtıldı. Aktivitelere katılması için cesaretlendirildi. Aktivitelerde hastaya eşlik edildi. 14. Hastanın hedeflere ulaşmak için gösterdiği ilerlemelerden dolayı geribildirim verilerek kutlandı. Hedeflere ulaşma konusunda eksiklikleri varsa kaydedildi. 15. Zaman içinde benlik saygısı düzeyindeki değişimler izlendi. 16. Okul hayatı ile ilgili görüşme yapıldı. Okula devam edebilme kararı desteklendi. 6. Dürtü kontrol eğitimi 1. Kontrolsüz bir şekilde eyleme geçmeden önce hastaya kendi kendine “dur ve düşün” ipucu öğretildi. 2. İntihar düşünceleri olduğunda en yakınındaki sağlık personeline bildirmesi ve yardım istemesi konusunda cesaretlendirildi. 7. Anksiyetenin azaltılması 1. “Uyku örüntüsünde bozulma” tanısı altında verilmiştir.
---	--

EK-8b: DePBU – Dört Uyum Alanına Yönelik Dört Örnek Hemşirelik Tanısı Devamı

Uyum Alanı/Uyaranlar/Hasta Davranışı (Veri Toplama Formu, Ölçüm Araçları)	Hemşirelik Tanısı (NANDA) Amaç Sonuç Kriterleri (NOC-Hasta Çıktıları)	Girişimler (NIC, Hemşirelik Yönetmeliği)	Değerlendirme (NOC-Hasta Çıktıları)
		Girişimler ve Uygulanan Aktiviteler	
Uyum Alanı: Rol Fonksiyon Alanı Odak: Depresyon Etkileyen: Ümitsizlik, düşük benlik saygısı, gelecek kaygısı Olası: Kararsızlık, kendine olan inancını kaybetmesi Hasta davranışı: Sorumluluklarını yerine getirmedigini ifade etmesi, iyi bir abi, kardeş ya da evlat olmadığını ifade etmesi, okulu bırakması, hayırsız evlat olduğunu söylemesi, neye el atsam batırım demesi, çalışmak istememe	Tanı: Rol performansında etkisizlik Amaç: Üstlendiği rollerin sorumluluğunu bilmesi ve yerine getirmesi Sonuç Kriterleri 1. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirecek 2. Rollerini tanımlayacak ve yapabileceğini ifade edecek 3. Kişisel güçlerinin farkına varacak ve bunları ifade edecek 4. Geleceğe yönelik kaygılarının azaldığını ve ümitli olduğunu ifade edecek	1. Rol güçlendirme 2. Öz etkililiği güçlendirme 3. Ümit aşılama 4. Benlik saygısını güçlendirme 5. Karar vermeyi destekleme 6. Anksiyetenin azaltılması	+: Amaca ulaşıldı
Uygulanan Aktiviteler 1. Rol Güçlendirme 1. Hastaya yaşamındaki rolleri tanımlaması için yardım edildi. 2. Ailedeki rollerini tanımlamasına fırsat verildi. 3. Rol yetersizliklerini ve bu durumda neler hissettiklerini ifade etmesi için cesaretlendirildi. 4. Hasta ve annesi ile karşılıklı ilişkilerindeki beklentileri tartışması için cesaretlendirildi. 5. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi için cesaretlendirildi. Evde de yapabileceği ile ilgili desteklendi. 6. Eğitim yaşantısı ile ilgili konuşuldu. Hastanın ne düşündüğü öğrenildi. 7. Çalışma durumu ile ilgili düşünceleri sorgulandı. Babasının işinin olduğunu söyledi. Babasının işinin kendisi için seçenek olabileceği ile ilgili görüşme yapıldı. 2. Öz-Etkililiği Güçlendirme 1. İstenilen davranışları gerçekleştirmek için hastanın kapasitesi ve algısı üzerine görüşme yapıldı. 2. Kendisinden beklenen davranışları yapmanın yararları hakkında konuşuldu. 3. Kendisinden beklenen davranışları hakkında bilgi verildi. 4. Kendisinden beklenen davranışları yapmanın olumsuzlukları üzerine konuşuldu. 5. Kendisinden beklenen davranışları yapması ve harekete geçmesi konusunda cesaretlendirildi. 6. Herhangi bir eylem ya da davranışta bulunduğu anda emosyonel destek verildi. Olumlu geribildirimlerle desteklendi. 7. Yapabildiği uygulamalar sonrası deneyimini paylaşması için cesaretlendirilerek duygularını ifade etmesi sağlandı. 8. Kendisinden beklenen davranışları gerçekleştirebilmesi için hastanın yeteneğine ilişkin olumlu ifadeler kullanıldı.			
3. Ümit Aşılama 1. Hastanın içinde bulunduğu durum ve süreç ile ilgili görüşme yapıldı. Hastanın durumu ile ilgili algıları kontrol edildi. 2. Hastaya hastalığının kendisinin sadece bir yönü olduğu ve sadece bu hastalıktan ibaret olmadığı anlatıldı. Diğer yönlerine dikkatini vererek ümit davranışları sergilemesi için cesaretlendirildi. 3. Hastanın baş etme mekanizmaları değerlendirildi. Olumlu baş etmeleri desteklendi. 4. Hastanın geçmişteki başarı ve deneyimlerini hayalinde yeniden yaşatması ve bunun tadına varması istendi. 5. Hasta bakımına aktif olarak katılması sağlandı. 6. Ümidin olumlu yönleri (hastanın sevgi gereksinimini yansıtan, anlamlı konularda konuşmayı geliştirme) hakkında annesine bilgi verildi. 7. Eğitim ve iş yaşantısı ile ilgili görüşme yapıldı. 4. Benlik Saygısını Güçlendirme 1. “Öz kıyım (intihar) riski” tanısı altında verilmiştir. 5. Karar Vermeyi Destekleme 1. Hastanın kararsızlık yaşadığı durumlar üzerine görüşme yapıldı. 2. Okul, aile ve iş ile ilgili roller tanımlandı. Rollerine yönelik düşünceleri sorgulandı. 3. Hastanın rolleri ile ilgili düşünceleri sorgulandı. Olumlu kararları desteklendi. 6. Anksiyetenin Azaltılması 1. “Uyku örüntüsünde bozulma” tanısının altında verilmiştir.			

EK-8b: DePBU – Dört Uyum Alanına Yönelik Dört Örnek Hemşirelik Tanısı Devamı

Uyum Alanı/Uyaranlar/Hasta Davranışı (Veri Toplama Formu, Ölçüm Araçları)	Hemşirelik Tanısı (NANDA) Amaç Sonuç Kriterleri (NOC-Hasta Çıktıları)	Girişimler (NIC, Hemşirelik Yönetmeliği)	Değerlendirme (NOC-Hasta Çıktıları)
		Girişimler ve Uygulanan Aktiviteler	
Uyum Alanı: Karşılıklı Bağlılık Alanı Odak: Depresyon Etkileyen: Değersizlik duygusu, yalnız kalma isteği, düşük benlik saygısı, güvensizlik-kimseye güvenememe Olası: Dışlandığına dair algısı, başarısız ilişki kurma deneyimleri Hasta davranışı: Arkadaşlarından uzaklaşması, devamsızlık yapması ve okulu bırakması, sürekli odasında kalması, yalnız kalma istediğini ifade etmesi	Tanı: Sosyal İzolasyon Amaç: Sosyalizasyonu güçlendirme Sonuç Kriterleri 1. Başkaları ile etkileşim başlatacak 2. Klinik içi aktivitelere katılacak 3. Yalnız kalmamaya özen gösterecek	1. Sosyalizasyonu Güçlendirme 2. Benlik Saygısını Güçlendirme 3. Destek Sistemlerini Güçlendirme 4. Davranış Modifikasyonu: Sosyal Beceriler	+: Amaca ulaşıldı
Uygulanan Aktiviteler 1. Sosyalizasyonu Güçlendirme 1. Sosyal etkileşimi sağlamak için klinik içi aktivitelere yönlendirildi. 2. Kendini diğer hastalara tanıtmaları için cesaretlendirildi. 3. Aktivitelerden sonra hastaya olumlu geribildirimler verildi. 4. Hastanın diğer hastalar ile iletişimi gözlemlendi. Güçlü ve zayıf yönlerine yönelik farkındalık kazanması için bilgilendirildi. Göz teması kurması vurgulandı. 5. İletişim kurması gereken durumlarda hastadan iletişim kurması için yeterli zaman verildi. İletişime geçmediği durumlarda iletişime geçmesi için cesaretlendirildi. 6. Hastalarla birlikte okey, tenis ve spor aktivitelerine katılımı cesaretlendirildi. 7. Hastaya diğer hastalar ile etkileşimde bulunduğu olumlu geribildirimler verildi. 8. Etkileşimlerden sonra nasıl hissettiği ile ilgili soru soruldu. Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirildi. 9. Odada yalnız kalmaması önerildi. Annesine bu konuda yardım etmesi önerildi. 10. Hasta ile arkadaşlık kuruldu. Taburcu olduktan sonra arkadaşlıklar edinebileceği ile ilgili cesaretlendirildi. 2. Benlik Saygısını Güçlendirme 1. “Öz kıyım (intihar) riski” tanısı altında verilmiştir.			
3. Destek Sistemlerini Güçlendirme 1. Mevcut sosyal destekleri belirlendi. 2. Aile desteği ve diğer destek kaynakları belirlendi. 3. Bakım ve planlamaya annesinin katılımı sağlandı. 4. Annesine sosyal etkileşimin artması için hastaya nasıl yardım edebileceği ile ilgili açıklama yapıldı. 5. Diğer depresyon hastalarıyla iletişim kurması sağlandı. 4. Davranış Modifikasyonu: Sosyal Beceriler 1. Hastaya kişilerarası yaşadığı problemleri tanımlamasına yardım edildi. 2. Hasta kişilerarası süreçlerle ilgili duygularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirildi. 3. Hasta ve annesi sosyal beceri ile ilgili bilgilendirildi. 4. Hasta sosyal etkileşim kurduğu durumlarda sosyal etkileşimin sonuçları ile ilgili kendini değerlendirmesi için cesaretlendirildi. Olumlu sonuçlar için geribildirimler verildi.			

EK-9: Sister Callista Roy'dan Alınan Uzman Görüşü

Receiving opinion and permission use the RAM



Gelen Kutusu x



Ahmet Gökteş

24 Ara 2019 21:52 ☆

Dear Roy, I am a PhD student in Turkey. I would like to use the Roy Adaptation Model in my PhD th...



Callista Roy

16 Oca 2020 22:34 (11 saat önce) ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ İletiyi çevir

İngilizce için kapat x

Dear Almet Gokas,

Thank you for your interest in my work and for sharing your dissertation research.

I believe it is very well developed project. I have reviewed all the attachments. Your Date Collection Document seems complete and should yield useful data. I believe the Psychiatric Care practice is well done and an accurate portrayal of putting the Roy Adaptation Model with the nursing specialty of psychiatric nursing. It is a real contribution to nursing knowledge to test this approach. Your design is clear and appropriate for answering your research questions.

I wish you well with your dissertation research and continued contributions to nursing.

I regret my reply was delayed because we just returned to our campus and my home after recovering from a major brush fire in Southern California. We are doing well and grateful that the cleaning and repairs are completed and damage was not worse.

Peace,

Callista Roy

EK-10: RUM Kullanım İzni



January 15, 2020

Arş. Gör. Ahmet GÖKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Dear Colleague:

Permission is hereby granted to use the Roy Adaptation Model in your PhD Dissertation research.

This permission includes future use of the Roy Adaptation Model for educational, research, or nursing practice purposes. It excludes only entrepreneurial ventures for which a separate agreement would be required.

Sincerely,

EK-11: Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

31.07/2019

Sayı : 70904504/ 387
Konu :

Sayın
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Roy uyum modeline temellendirilmiş depresyonda psikiyatrik bakım uygulamasının tedavi uyumu, genel öz yeterlilik, benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

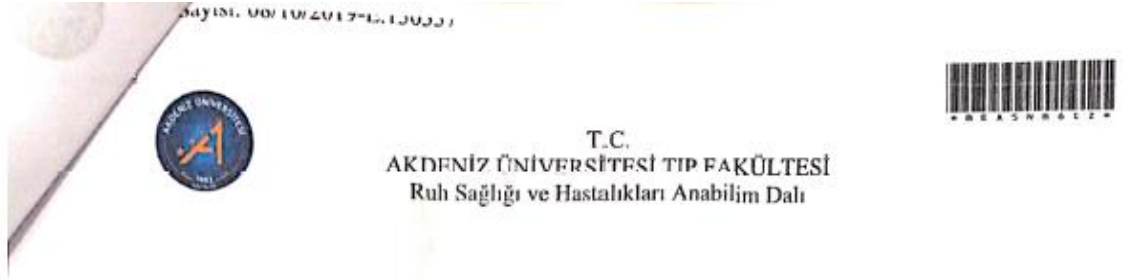
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Roy uyum modeline temellendirilmiş depresyonda psikiyatrik bakım uygulamasının tedavi uyumu, genel öz yeterlilik, benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkisi
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 730	Tarih: 24.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın ilgili birimden izin alma kaydı ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-12: Kurum İzni



Sayı : 52742241-900-E.130337
Konu : AKK (Ahmet GÖKTAŞ'ın Uygulama
İzni)

08/10/2019

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 20/09/2019 tarih ve 26708535/E.120483 sayılı yazınız,

İlgi yazınıza istinaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Ahmet GÖKTAŞ'ın "Roy Uyum Modeline Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının Tedavi Uyumu, Genel Öz Yeterlik, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeyine Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Aralık 2019 tarihinden itibaren Anabilim Dalımız bünyesinde yapabilmesi ile ilgili alınan Akademik Kurul Kararı ekte bilgilerinize sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

EK-13: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Kullanım İzni



Alıcılar: ben ✓



Selamlar;

Bu konuyla ilgilenmeniz ve ölçeği kullanmak istemenizden duyduğum memnuniyeti bildirmek istedim. Ölçeği ve değerlendirmesi konusundaki bilgiyi ekte gönderiyorum. Ekte yer alan şekliyle kaynak göstererek kullanmanızda hiç bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarınızdan haberdar ederseniz sevinirim.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.



EK-14: Genel Öz Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni



Alıcılar: ben ✓



Merhaba Ahmet,

Çalışmada kullanmak istediğin ölçek
ektedir. Ters madde yok. Tek boyutlu bir
ölçek. Yüksek puan genel öz yeterliğin yük,
düşük puan düşük olduğuna işaret eder.



EK-15: Rosenberg Öz Saygı Ölçeği Kullanım İzni

Rosenberg Öz Saygı Ölçeği kullanım izni

Gelen Kutusu x



Ahmet Göktaş <[redacted]>

11 Kas 2019 15:42 (4 gün önce)



Alıcı: [redacted] ter

Merhaba, iyi günler...

Prof. Dr. [redacted] tarafından geçerlik güvenirliği yapılan ve kullanım hakkı Derneğimize verilen Rosenberg Öz Saygı Ölçeğini planladığımız bir çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanabilir miyiz? Eğer uygunsa ölçeği ve değerlendirme puanlarını gönderebilir misiniz?

Katkılarınız için şimdiden Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

...

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

12 Kas 2019 09:11 (3 gün önce)



Alıcı: Fusun, ben

Rosenberg Ölçeği'nin kullanım hakları Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'ne verilmiştir. Ölçeği ve değerlendirme formunu Dernek'e [redacted] bağış karşılığında alabilirsiniz'. Hesap numarası **ektedir.teşekkürler**

Ahmet Göktaş <[redacted]>

Alıcı: Türkiye

Rosenberg Öz Saygı Ölçeği'nin kullanımı için belirttiğiniz hesaba bağış yaptım. Teşekkür ederim.

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği <[redacted]>, 12 Kas 2019 Sal, 09:11 tarihinde şunu yazdı:

...

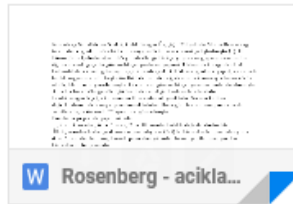
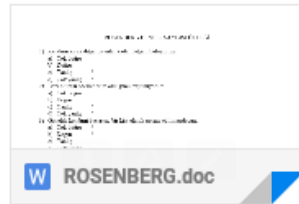
Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Alıcı: ben

Ahmet Göktaş <[redacted]>, 12 Kas 2019 Sal, 12:19 tarihinde şunu yazdı:

...

2 Ek



EK-16: Hasta Sağlık Anketi-9 Kullanım İzni

Ahmet bey

Ölçeği kullanabilirsiniz. Anket puanlamasını orjinal makaleden bulabilirsiniz.

Doç. Dr. [REDACTED]

▲ **Ahmet Göktaş**

Gönderilmiş Öğeler



20 Şubat 2020 Perşembe 15:11

Sayın Hocam Merhaba, iyi günler

Tarafınızdan geçerlik güvenirliği yapılan Hasta Sağlık Anketi-9'u yapmayı planladığımız bir çalışmada kullanmak istiyoruz. Anketinizi kullanabilir miyiz?

Eğer uygunsa anketinizi ve değerlendirme puanlarını gönderebilir misiniz?

Katkılarınız için şimdiden Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Arş. Gör. Ahmet GÖKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

EK-17: Bilgilendirilmiş Onam Formu (DePBU grubu)

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve **Arş. Gör. Ahmet GÖKTAŞ** tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın DePBU grubunda olduğum, uygulamanın içeriği, olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuz tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon No:

Tarih:

Adresi:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Ahmet GÖKTAŞ

İmzası:

EK-18: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol grubu)

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve **Arş. Gör. Ahmet GÖKTAŞ** tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın kontrol grubunda olduğum, rutin klinik uygulamalar dışında herhangi bir uygulamada bulunulmayacağı, olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuz tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Telefon No:

Tarih:

Adresi:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Ahmet GÖKTAŞ

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ahmet	Uyruğu	TC
Soyadı	GÖKTAŞ	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Bitlis Beş Minare Lisesi	2005
Lisans	Siirt Üniversitesi	2012
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2016
Doktora	Akdeniz Üniversitesi	2021

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Özel Tatvan Can Hastanesi	4 ay (2012-2012)
Hemşire	Bitlis Devlet Hastanesi	1 ay (2013-2013)
Araştırma Görevlisi	Bitlis Eren Üniversitesi	1 yıl (2013-2014)
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi	4 yıl (2014-2018)
Araştırma Görevlisi	Bitlis Eren Üniversitesi	9 ay (2018-2018)
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi	2 yıl (2019-2021)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	70.00
İngilizce	IELTS	6.00

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller: -

Yayınlar ve Bildiriler:

Göktaş A, Buldukoğlu K. Psikiyatri kliniklerinde fiziksel tespit uygulaması ve psikiyatri hemşireliği yaklaşımı. Journal of Human Sciences. 2017; 14: 4206-4218.

Arslan BŞ, Göktaş A, Buldukoğlu K. Peer learning and ethics in nursing education. Journal of Human Sciences. 2017; 14: 2999-3005.

Göktaş A, Buldukoğlu K. Determination of psychiatric clinic nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding the use of physical restraints. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 9: 1-10.

Göktaş A, Özer Z, Buldukoğlu K. The Effect of Aromatherapy on Agitation in Dementia Patients: Systematic Review. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 9: 123.

Arslan BŞ, Göktaş A, Buldukoğlu K. "How do you prefer to be addressed?": The relationship between forms of address in nurse-patient communication and nursing care. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2019; 10: 89-95.

Göktaş A, Buldukoğlu K. Nurses' Knowledge, Attitude and Practices Towards Physical Restraints. *International Congress on Ethics in Nursing Applications*. 11-12 Eylül 2017, İzmir, Türkiye (Sözel Bildiri).

Arslan BŞ, Göktaş A, Buldukoğlu K. Peer learning and ethics in nursing education. *International Congress on Ethics in Nursing Applications*. 11-12 Eylül 2017, İzmir, Türkiye (Sözel Bildiri).

Arslan BŞ, Göktaş A, Buldukoğlu K. How do you prefer to be addressed: The effect of form of address on nursing care in Turkish Culture. *International Congress of Black Sea Nursing Education*. 12-13 Ekim 2017, Samsun, Türkiye (Sözel Bildiri).

Göktaş A, Buldukoğlu K. Fiziksel Tespit Uygulaması ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı. II. *International Academic Research Congress*. 18-21 Ekim 2017, Antalya, Türkiye (Sözel Bildiri).

Göktaş A, Buldukoğlu K. Fiziksel Tespit Uygulamalarını Azaltma Kapsamında Uygulanan Müdahaleler. II. *International Academic Research Congress*. 18-21 Ekim 2017, Antalya, Türkiye (Sözel Bildiri).

Göktaş A, Buldukoğlu K. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Yardım Arama Davranışları. II. *International Academic Research Congress*. 18-21 Ekim 2017, Antalya, Türkiye (Sözel Bildiri).

Göktaş A, Özer Z, Buldukoğlu K. Demans Hastalarında Aromaterapinin Ajitasyon Üzerine Etkisi: Sistemik Derleme. V. *Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*. 20-23 Kasım 2018, Antalya, Türkiye (Sözel Bildiri).