



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN
BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÜZERİNE ETKİLERİ**

Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2017



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN
BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÜZERİNE ETKİLERİ**

Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2017

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

DEPRESYON HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN BİLİŞSEL
ÇARPITMALAR ÜZERİNE ETKİLERİ

RABİA KÜRÜMLÜOĞLUĞİL

Tez Savunma Tarihi: 30.06.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

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

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Tez Danışmanı

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

Tez Jürisi

Prof. Dr. Ayşe OKANLI

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

İmzası

BEYAN

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

30.06.2017

RABİA KÜRÜMLÜOĞLUGİL

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında engin bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana yol gösterici olan, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen ve her yönüyle örnek aldığım değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ' ye, yoğun çalışma temposunda bana zaman ayırıp görüş ve önerilerini her daim paylaşan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a, bu süreçte desteğini her zaman hissettiğim kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Ahmet Ünal'a, psikoeğitim seanslarında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Sayın Fatma GÖKPINAR'a, destek ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Mustafa TEKİN'e, çalışmaya katılan hastalarım ve hayatımın her anında olduğu gibi bu süreçte de yanımda olan değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL

Gaziantep/2017

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	1
TABLolar LİSTESİ	2
ŞEKİLLER LİSTESİ	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Depresyonun Tarihçesi.....	6
2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	7
2.3. Depresyonun etiyolojisi	8
2.3.1. Biyolojik Faktörler	8
2.3.2. Psikososyal faktörler	9
2.4. Majör Depresif Bozukluk.....	14
2.5. Depresyonda Tedavi.....	16
2.5.1. Farmakoterapi.....	16
2.5.2. Elektrokonsulsif Terapi (EKT)	18
2.5.3. Psikososyal Girişimler.....	18
2.5.3.1. Depresyon ve Bilişsel-Davranışçı Terapi	18
2.5.3.2.Psikoeğitim ve Hemşirelik Süreci	19
2.5.3.3.Bilişsel Davranışçı Terapi ve Hemşirelik Süreci.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın türü	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.6. Araştırma Süreci.....	28

3.7. Psikoeğitim Programı.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.9. Araştırmanın Etik ilkeleri.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKLAR	53
8.EKLER	66
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu.....	66
Ek 2: Otomatik Düşünceler Ölçeği.....	68
Ek 3: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)	69
Ek 4: İlişkilere İlişkin Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği	71
Ek 5: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu.....	73
Ek 6: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı.....	75
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması (n: 60)	24
Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikoeğitim Öncesi ODÖ, FOTÖ ve İBÇÖ Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
Tablo 3. Psikoeğitimin İçeriği.....	29
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların ODÖ, FOTÖ ve İBÇÖ Min/Max Değerleri ve Puan Ortalamaları	34
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların ODÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplar arası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	35
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların FOTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplar arası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	37
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İBÇÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplar arası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..	39

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Bilişsel kuram bireyin bilişsel yapısı.....	11
Şekil 2. Beck’ in bilişsel kuramının basamakları.	14
Şekil 3. Araştırma uygulama şeması	31



KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
COPE	: Creating Opportunity for Personel Empowerment
CWD	: The Coping with Depression Course
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvulsif Terapi
FOTÖ	: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği
ICD	: International Classification of Diseases
İBÇÖ	: İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği
KİT	: Kişilerarası İlişkiler Terapisi
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
ODÖ	: Otomatik Düşünceler Ölçeği
PE	: Psikoeğitim
SÇT	: Sorun Çözme Terapisi

ÖZET

DEPRESYON HASTALARINA VERİLEN PSİKOEĞİTİMİN BİLİŞSEL ÇARPITMALAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Haziran 2017, Sayfa 75

Çalışma, depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin hastaların bilişsel çarpıtmaları üzerine etkisini belirlemek amacıyla, ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yapılmıştır. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran en az 6 aydır depresyon tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerine uyan 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler 'Kişisel Bilgi Formu', 'Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ)', 'Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)' ve 'İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (İBÇÖ)' ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda t-testi ve ki-kare analizi kullanılmıştır. Psikoeğitim haftada 1 kez, toplam 8 oturum olarak bireysel eğitim şeklinde uygulanmıştır. Eğitim öncesi değerlendirmede, deney ve kontrol gruplarındaki hastalarda kişiyi depresyona yatkın kıldığı düşünülen varsayım ve şemaların, fonksiyonel olmayan tutumların ve kişilerarası ilişkilerde sergiledikleri bilişsel çarpıtmaların ortalamanın üzerinde sıklıkla ortaya çıktığı görülmüştür. Deney grubundaki bireylerin ön testte FOTÖ, ODÖ ve İBÇÖ puan ortalamalarında kontrol grubuna göre anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Son testte deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre fonksiyonel olmayan tutumları daha az kullandığı, olumsuz otomatik düşüncelere ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalara anlamlı düzeyde daha az sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0.05$). Psikoeğitimin depresyon hastalarında olumsuz otomatik düşüncelerin, ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaların ve fonksiyonel olmayan tutumların kullanımının azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Psikoeğitim, Bilişsel Çarpıtmalar, Hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECTS OF THE PSYCHOEDUCATION ON COGNITIVE DISTORTIONS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL

Thesis of Master, Nursing Department

Master programme of Psychiatric Nursing

Advisor: Asso. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

June 2017, 75 pages

This study was conducted to determine the effects of the psychoeducation on cognitive distortions of patients diagnosed with depression. This semi-experimental study was conducted using pre and post-tests, with control groups. All the patients diagnosed as depression at least for 6 months by Gaziantep University Medical Faculty Şahinbey Research and Application Hospital in during the study constitute the research population. The sample of the research has been consisted of 60 patients who are suitable for the criteria of research, 30 patients in research group and 30 patients in control group. The data has been collected by using The Personal Information Form, Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ), The Dysfunctional Attitude Scale (DAS) and Interpersonal Cognitive Distortions Scale (ICDS). For evaluating the data, percentile, arithmetic mean, standard deviation, t- test for dependent and independent groups and chi-square analysis has been used. Psychoeducation was provided in the form of individual training once a week in total of 8 sessions. For the pre-test, assumption and schemas that make people predispose to depression, dysfunctional attitudes and cognitive distortions in interpersonal relationships were seen frequently to be above average in all patients. It wasn't seen to be significantly difference between DAS, ATQ and ICDS pre-test scores of patients in experimental and control groups ($p>0.05$). It was determined that patients in the experimental group used significantly less dysfunctional attitudes and to had lower negative automatic thoughts and interpersonal cognitive distortions compared with patients in the control group in post-test ($p<0.05$). Consequently, it was determined that psychoeducation has become considerably effective in decreasing the use of negative automatic thoughts, interpersonal cognitive distortions and dysfunctional attitudes in patients with depression. **Keywords:** Depression, Psychoeducation, Cognitive Distortions, Nursing

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Majör depresif bozukluk (MDB) psikiyatrinin sık görülen ve kişilerin yaşam kalitesi üzerine çokça olumsuz etkisi olan bir bozukluğudur (1,2). MDB dünya üzerinde hemen hemen bütün toplumları etkiler ve küresel hastalık yüküne önemli derecede etkisi vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) majör depresif bozukluğun çocukları, yetişkin ve yaşlıları etkilediğini ve dünya çapında tüm engelliliklerin yaklaşık %12'sinin başta gelen sebebi olduğunu bildirmiştir (3). DSÖ'nün raporuna göre depresyonun yaklaşık 350 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir (4).

Depresyonun daha çok erken yaşta başladığı ve kişinin işlevselliğini bozduğu bilinmektedir. Bu yüzden depresyon, dünya çapında yeti yitimine bağlı kaybedilen yaşam yılları (Years life disabled [YLD]) açısından önde gelen nedendir. Öte yandan ölüm ve intihar düşüncelerinin ortaya çıkması gibi trajik sonuçlara sebep olabilmektedir (5-7).

Majör depresif bozukluğun gelişmesinde pek çok faktör bildirilmiştir (8). Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon temelinde bilişsel bir bozukluktur. Duygudurum bozukluğu bilişsel bozukluğa sekonder olarak ortaya çıkar. Depresyona yatkın olan bireylerde yaşamın ilk yıllarından beri, yer edinmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar (Beck' e göre şemalar) önce olumsuz yargılara, sonra olumsuz düşüncelere ve son olarak da olumsuz tutumlara neden olur. Birey herhangi bir durumun ilk olarak olumsuz yönlerini algılar ve düşünür (9). Bu olumsuz düşüncelerin, bireylerin ruh halleri üzerinde direkt olarak etkili olduğu kabul edilir. Örneğin, hastanın otomatik düşünceleri, çabalarının başarısızlığa mahkum olduğuna dair kanaatler içeriyorsa, kendisinin yararına olan bir harekette bulunma cesareti gösteremez (10). Depresyon düzeyi ile bilişsel çarpıtmalar arasında (11,12) ve olumsuz otomatik düşünceler arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren birçok araştırma vardır (13-15). Bu nedenle depresyonun tedavi sürecinde bilişsel çarpıtmaların ele alınması önemlidir.

Kişinin işlevselliğini aşırı derecede bozan ve intihar düşünceleri ve girişimlerine sebep olan depresyonun tedavisinde yalnızca farmakolojik tedaviden yararlanmak yerine, bununla birlikte psikososyal girişimlerinde bir arada uygulanması önerilmektedir. Psikososyal girişimlerin depresyonun tedavisinde kullanılan etkili yollardan olduğu bildirilmiştir (16). Bu psikososyal tedavilerden birisi, psikoeğitimidir. Psikoeğitim, psikoterapi ve eğitimsel müdahalelerin bütünleştirildiği profesyonel olarak uygulanan bir tedavi yöntemidir (17). Psikoeğitim; hastanın benlik saygısını artırmayı, hastalıkla ilgili hatalı düşünceleri düzeltmeyi, bilişsel çarpıtmaların farkına vardırmayı ve bu çarpıtmaları daha uygun alternatif düşüncelerle yer değiştirmesini sağlamayı, stresle uygun bir şekilde baş etme yöntemlerini öğrenmeyi ve problem çözme becerileri kazanmasında rehberlik etmeyi içermektedir (18,19).

Depresyonun tedavisinde uygulanan psikososyal yöntemlerden biri olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin farklı pek çok ruhsal bozukluğa uygulanabildiği literatürde gösterilmiştir (20-25). Depresyon BDT ile tedavi edilebilen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir (26, 27). Bilişsel temelli yaklaşımda bireyin günlük hayatını etkileyen duygu, düşünce ve yorumları ele alınarak, bilişsel sistemdeki bu hatalı şartlanmaların farkına varması ve bu olumsuz düşüncelere alternatif düşünceler üretmesi sağlanır (28). Depresyonun bilişsel tedavisi bireyin, bu olumsuz şemaların etkinliğini azaltmayı ve bu şekilde ruhsal durumunu ve hayata karşı bakış açısını iyileştirmeyi kapsamaktadır. Tedavi, kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkındaki bilişsel çarpıtmalarını değiştirmek için uygulanan teknikler bütünüdür (10). BDT yöntemleri hemşireler tarafından birçok çalışmada uygulanmıştır (29-32) ve psikoeğitim sürecini içerir (33). Stangier ve arkadaşları (2013) tekrarlama riski orta derece olan depresyon hastaları için, yapılandırılmış psikoeğitimin bilişsel terapiye eşit derecede etkili olabileceğini bildirmişlerdir. Cuijpers (1998), yirmi çalışmayı kapsayan meta analiz çalışmasında, içeriği bilişsel-davranışçı nitelikte olan psikoeğitim (The Coping with Depression Course-CWD) programının depresyon tedavisi için etkili bir yol olduğunu belirtmiştir. Ekip çalışmalarında hasta ve ailesi ile devamlı iletişim halinde olan psikiyatri hemşirelerine psikososyal girişimleri uygulama yönünden önemli görevler düşmektedir (18, 19). Literatürde hafif ve orta düzeyde depresyon belirtilerini azaltmada hemşireler tarafından uygulanan psikoeğitimin etkili olduğunu bildiren çalışmalar bildirilmiştir (34,35). Bu nedenlerden dolayı araştırmamızda uyguladığımız psikoeğitim programı BDT tekniklerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Literatürde

depresyon hastalarında BDT ve psikoeğitimin etkili olduğu görüldüğünden bu çalışma, BDT odaklı psikoeğitim programının hastaların bilişsel çarpıtmaları üzerine etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₁:Psikoeğitim, depresyon hastalarının olumsuz otomatik düşüncelerini azaltmada etkilidir.

H₂:Psikoeğitim, depresyon hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarını azaltmada etkilidir.

H₃:Psikoeğitim, depresyon hastalarının ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarını azaltmada etkilidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin kaynaklarında ağır çökkünlük dönemleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. İlk defa Hipokrat tarafından ifade edilen Melankoli deyimini yüzyıllardır duygudurum bozukluklarının karşılığı olarak kullanılmaya devam etmiştir (9, 36-40).

İslamiyetin yayılmasını takiben hakim olan Yunan-Roma tıbbının yerini Yakın Doğu ve İran aldı. MS. 980'de Buhara'da doğan İbni Sina, sonraki 500 yıl için kaynak olarak kullanılmış olan eseri "Kanun"u yazmış bir bilim adamıdır. İbni Sina, duygudurum bozukluklarında vücut sıvılarıyla ilgili teoriyi ileriye taşımıştır (41).

Depresyon kelimesi (Latince: deprimere) kademeli olarak 18. yüzyılda kullanılmaya başlamıştır (42). Emil Kraepelin daha önce kullanılan kavramları gözden geçirerek melankoliyi yeniden tanımlama yoluna gitmiştir (36). Emil Kraepelin' in gelişi ilerleyen yüzyıllarda depresyonu anlama yolumuzu derinlemesine etkilemiştir (43). Eugen Bleuler (M.S. 1857-1937), manik depresif hastalıkların sınırını genişletmiş ve bu grup içinde duygudurum değişikliklerine de yer vermiştir (36).

Sigmund Freud (M.S. 1865-1939), 20. yüzyılın başlangıç dönemlerinde psikodinamik teori ve psikanalizin kabulü geniş alanda yer edinmiştir (43). 1917 yılında "Yas ve Melankoli" adlı yapıtında depresyonların psikodinamiği üzerinde durmuş ve depresyonda "sevilen nesne kaybının" önemini belirtmiştir. Freud, bir taraftan depresyonda ruhsal yaşantının önemine değinirken, diğer taraftan da depresyonun oluşmasında kimyasal-fizyolojik bir etkenin de rol oynayabileceğini belirtmiştir (36).

Kraepelin'in öncülüğünü yaptığı ruhsal hastalıkların tanılanması ve sınıflandırılması sonraki dönemlerdeki sınıflandırmalarda da etkisini devam ettirmiştir. Günümüzde, ülkemizde de yaygın olarak kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan "DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" ve hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi olan "ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" gibi sistemler mevcuttur. Sınıflandırmalar ile ilgili bu arayışlar gelecek dönemlerde de sürecektir (8, 36).

2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Majör depresyon dünyada ve ülkemizde ciddi sağlık sorunlarının başında gelen, yüksek yaşam boyu yaygınlığı olan bir hastalıktır. Kabaca her beş kişiden biri, yaşamlarında bir dönem depresyon geçirir (44).

Major depresif bozukluk psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülenlerden biridir. Yaşam kalitesi üzerinde yarattığı olumsuz etkiyle çoğu kronik tıbbi hastalığı geride bırakmaktadır (1). Depresyon gelişmiş ülkelerde yeti yitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmektedir ve tüm dünyada ise dördüncü sırada olmakla birlikte 2020 yılında ise tüm dünya genelinde ikinci yeti yitimi nedeni olacağı kabul edilmektedir (45). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütülen çalışmada hastalık yükü sıralamasında unipolar depresif bozukluk 4. sırada yer almıştır (46).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Araştırması'na göre MDB yaygınlığı %3-5.8 kadardır. Ulusal Komorbidite Araştırmasına göre hayat boyu risk kadınlar için % 21- 24, erkekler içinse %12- 15 kadardır. Genel toplumda yaşam boyu prevelans %15 kadardır. Kılıç (1998)'ın yaptığı 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' araştırmasında ise MDB yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur. Bu fark gerçek bir fark olup yardım arama davranışlarındaki farklılıklardan kaynaklanmamaktadır (47,48).

Depresif semptomlar düşük sosyoekonomik düzeydekilerde, ayrılmış ya da boşanmış kişilerde daha yüksek oranda bulunmuştur (49,50). MDB herhangi bir yaşta görülebileceği gibi orta yaşta ve bilhassa da 25-45 yaşları arasında daha yaygın görülen bir ruhsal hastalıktır (50). Majör depresyonun ergenlik öncesi dönemde kız ve erkekler arasında görülme sıklığı benzerken; ergenlikten sonra yaş ilerledikçe kadınlarda yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir (44).

Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarla elde edilen bilgilerle ruhsal hastalıkların etiyolojisinin daha iyi anlaşılması sağlanabilmektedir ve böylelikle verilen sağlık hizmetleri daha programlanmış bir şekilde düzenlenebilir (49).

2.3. Depresyonun etiyolojisi

2.3.1. Biyolojik Faktörler

Genetik faktörler

Psikiyatrik bozuklukların genetik olarak geçebilme ihtimali olduğu belirtilmiştir. Özellikle tek yumurta ikizlerinin birinde depresyon ortaya çıktığında diğer kardeşte de depresyonun ortaya çıkma ihtimalinin normale göre yüksek olması; ailelerinde depresyon görülen kişilerde depresyon görülme ihtimalinin yüksek oluşu bu görüşü desteklemektedir (51-54).

Biyokimyasal Faktörler (Nörotransmitterler)

Kainatta neyle karşılaştırırsanız karşılaştırmaya ama insan beyni kadar hiçbir şey size kompleks ve etkileyici gelmez (55). Çeşitli pek çok faktör biyolojik olarak eğilimi olan bireylerde depresyon oluşumuna neden olabilir. Özellikle şizofreninin oluşumunda rol oynadığı kabul edilen stres- diatez modelinin, depresyon gibi diğer ruhsal bozuklukların gelişiminde de etkili olduğu yadsınamaz bir durumdur (56).

Depresyonun biyolojik etiyolojisi açıklanırken ilk olarak savunulan düşünce noradrenalin ve serotonin eksikliğinin depresyon gelişiminde rol oynadığı kabul edilen “Monoamin Varsayımı”dır (57, 58). Dopaminin de depresyonun oluşumunda etkili olan nedenlerden biri olduğuna ilişkin kanıtlar sunulmuştur (44, 51, 59). Serotonin, Noradrenalin ve Dopamin haricinde asetil kolin, gama amino-bütirik asit ve glutamat da depresyon gelişiminde rol oynayan diğer faktörlerdendir (58,60). Nöradrenalin, serotonin, dopamin ve asetilkolin günümüzün “kara safra, sarı safra, balgam ve kan”ı olarak görülebilir (55). “Nörotransmitter Reseptörü Varsayımı” ise, kilit monoamin nörotransmitterlerin reseptörleriyle ilgili problem olduğunu öne sürer. Bu varsayıma göre, monoamin nörotransmitterlere ait reseptörlerin anormalliği depresyona neden olur (58).

Nöroendokrin Faktörler

Hormonlar davranışların gelişmesinde ve ifade edilmesinde kritik role sahiptir. Psikiyatrik bozuklukların patofizyolojisinde ve psikotrop ilaçların etki mekanizmasına olası katkıları, hormonların davranışlar üzerine etkilerinin bir yönüdür, özellikle depresyonda olasıdır (61). Endokrin organlar, adrenal bezler ve gonadlar gibi, nöroendokrin faktörler yoluyla santral sinir sistemi ile iletişime geçer ve mental

fonksiyonlara katkıda bulunur. Hipotalamus, hipofiz ve adrenal bez arasındaki bu ağ hipotalamus- pitüiter - adrenal eksen olarak adlandırılır, strese yanıtta kritik yolaklardan biridir (62,63).

Tiroid hormonu depresyon tanılı bireylerde çok önemli bir hormon olup depresyonun altında yatan nedenlerden biri olabilir. Depresyonlu bireylerin önemli bir bölümünde tiroit hormonlarındaki azalmayla birlikte TSH artışı görülür. Antidepresan ilaçlarla hastalık belirtileri üzerine bir yanıt elde edilemediği durumlarda tedavi tiroit hormonu kullanımı ile desteklenir (2,63,64).

Doğum sonrası kadınlarda östrojen ve progesteron seviyelerinde bir düşüş gözlenir. Postpartum hüznün bu dönemde oluşması, bu durumu endokrin bir olay olarak görebileceğimizi düşündürmektedir (65-68).

2.3.2. Psikososyal faktörler

Psikanalitik Kuram

Psikanaliz için şunu söylemek hiç de yanlış olmaz: elinizi verirsiniz, kolunuzu da kaptırırsınız...Freud (69).

Freud ve Abraham tarafından ilk kez öne sürülen psikanalitik kurama göre depresyonda sevgi nesnesinin kaybı söz konusudur. Nesne kaybı kavramı daha sonra daha da genişletilmiştir. Kayıp olarak adlandırılan durum yalnızca sevilen biri olarak düşünülmeyp, sevilen herhangi bir nesne yada soyut bir nosyon olarak da düşünülür olmuştur. Hatta kayıp gerçek olmayabilir. Aslında öyle bir kaybın söz konusu olmadığı fakat bireyin kayıp olarak algıladığı bir durum da söz konusu olabilir (59). Her kayıp bir öncekini canlandırır (70).

Depresif bozuklukların oluşumunda bilinçli olarak algılanan durumlar, yaşantılar dışında bilinçdışı olarak algılanan, bastırılmış durumlar da önemli etkindir (2). Freud zihnin yapısal incelenmesinde İd-Ego-Süperego kavramlarını geliştirmiştir. Ego ruhsal aygıtın ilkel parçası olan id ile dünya arasında uyumu sağlamaya çalışırken süperego tarafından ödüllendirilebildiği gibi tam tersi ağır bir şekilde cezalandırıcı da olabilir. Egonun Süperego tarafından anormal cezalandırılması sonucunda depresyon gelişir (2). Ego, kendi evinin efendisi değildir (69). Aşırı baskın veya kıskanç süperego, olabilecek depresyonun inatçılığını, kronikleşmesini ve şiddet seviyesini etkiler (70). İhtiyaçlarının karşılanmadığı, davranışın engellendiği, takdir görmeyip hep eleştirildiği durumlar da depresyonun ortaya çıkmasına neden olan etkenlerdir (2).

Bilişsel Kuram

İnsanoğlunun sahip olduğu pek çok özellik vardır. Bütün bunlar arasında insanı diğer canlılardan ayıran kendine has olan özelliği düşünebilme yeteneğidir. Düşüncenin ruh bilimindeki önemi üzerinde durulması çok eski dönemlere kadar uzanmaktadır. Modern psikolojide düşünceye layık olduğu yeri veren ilk kişi New York' lu psikolog Albert Ellis'tir. Ellis' in kurucusu olduğu Düşünsel Duygulanımcı Terapi (Rational Emotive Therapy) insanın ruhsal sorunlarının önemli ölçüde bireyin akılcı ve gerçeğe uygun olmayan inançlarından kaynaklandığını savunur (71,72). Daha sonra 1960' lı yıllarda Aaron T. Beck' in klinik birikimlerinden ve deneysel araştırmalarından geliştirdiği Bilişsel Terapi (Cognitive Therapy) düşüncenin önemini psikoloji ve psikiyatri alanına kabul ettirmiştir (71-74).

Beck' in modeline göre depresyonun bilişsel yönlerinin, sendromun tanımlanmasında mihver olduğu görüşü savunulur. Depresyonlu hastanın düşünme tarzında, 'bilişsel üçlü' nün etkili olduğu düşünülür. Bilişsel üçlü: Kendine yönelik olumsuz düşünceler (düşük özsaygı gibi), dünyaya (hastanın deneyimleri) ve geleceğe yönelik (umutsuzluk gibi) olumsuz düşüncelerdir (10, 74-77). Kendilerini her zaman yenilmiş olarak, dünyalarını doyumlarını engelleyen nesneleri içeren bir çevre olarak algırlar ve gelecek için de içerisinde ümit barındıramazlar (78). Umutsuzluk, en uç noktada intihar düşüncelerine katkıda bulunabilir (74).

Kişilerin dünyaya bakışları ve yorumlarını belirleyen bilişsel yapıda yer alan beklentiler ve inançlar çarpıksa veya işlevsel değilse kişinin hayatında problemler ortaya çıkmaya başlar. Bu durumda bireylerin karşılaştıkları problemler büyük ölçüde yanlış sayıltılar (koşullu beklentiler, örneğin çalışırsam başarıyorum gibi) ve kurallara bağlı olarak, meydana çıkan eksik veya yanlış değerlendirmelerle gerçekliğin çarpıtılmasına bağlıdır. Yani aslında bireylerin keyfini kaçırان kötü hissetmesine yol açan direkt olarak yaşadığı olaylar değil de bireyin o olaylara karşı olan algılamasından ve yorumlama biçiminden kaynaklanır (71).

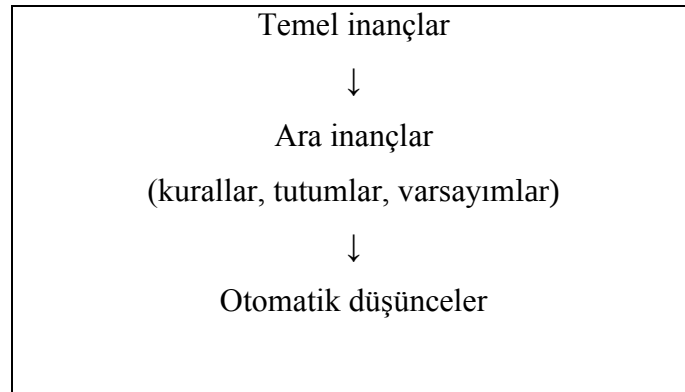
Bilişsel Kurama Göre Ruhsal Yapı ve Psikopatoloji:

Bilişsel kuram klinik olarak kişilerin bilişsel süreçlerini açıklamada ele aldığı bilişleri iki temel başlıkta inceler: Otomatik düşünceler ve şemalar. Şemalar, ara inançlar ve temel inançlar olarak incelenebilir (71).

Otomatik Düşünceler: Otomatik düşünceler zihinde yer alan ve özellikle de duygusal olarak kötü hissettiğimiz zamanlar da ortaya çıkan o ana has bilişlerdir. Otomatik düşünceler spontane olarak açığa çıkarlar, kontrol halinde olmayan bir düşünce türü olduğu söylenebilir (71). Bu düşünceler psikolojik sorunları olan insanlara özgü düşünceler değil; herkese özgü deneyimlerdir (79), ancak bu durum depresif hastalarda farklılaşır (80).

Ara inançlar ve Kurallar: Otomatik düşüncelerin alt katmanında yer alan, kişinin bu düşüncelerini ifade etmese de inandığı ve davranışını etkileyen bu düşünce yapıları ara inançlar, kurallar ve sayılıtlardır. Bu düşüncelerin doğuştan getirilmediği kişinin yaşantıları sonucunda oluşmuş ve kalıcı hale gelmiş olduğu söylenebilir (71).

Temel İnançlar (Core Beliefs):Fonksiyonel olmayan bu ara inançlar bizi daha sonra en temelde yer alan inançlara yönlendirir. Bazen “şema” ile “temel inanç”lar kastedilmektedir ancak temel inançlar şemaların alt grubunu oluştururlar (71). En merkezi ya da temel inançları; kendilerine bile çoğu zaman dile getirmedikleri için kalıcıdır, köklü ve derinlerdedir (79). Bu inançlar, maddelerin “var olması” gibi kesin doğrular olarak kabul edilir. Temel inançlar geniş kapsamlı, katı ve aşırı genellenmiştir. Temel inançlar tutum, kural ve varsayımlardan oluşan ara inançların oluşumunda etkindir. Bu inançlar onun dış dünyaya kendine karşı olan bakış açısını etkiler; sonuç olarak kişinin düşünceleri, duyguları ve davranışları ona göre şekillenir (79).



Şekil 1. Bilişsel kuram bireyin bilişsel yapısı (79).

Bilişsel Çarpıtmalar: Otomatik düşünceler kişinin yaşadığı durumlarla ilgili bilgilerin işlenmesinde yaptığı bilişsel hata olarak ortaya çıkar. Aslında kişinin yaşadığı durumla çok da bağdaşmayan bu olumsuz otomatik düşünceler belli özelliklerine göre gruplandırıldığında bilişsel çarpıtmalar başlığı oluşur. Yaygın olarak kullanılan bilişsel çarpıtmalar şunlardır:

1. **Keyfi çıkarsama:** Yaşanan herhangi bir durumla ilgili destekleyici bir emare, kanıt olmadan o durumla ilgili kesin bir kanıya varılmasıdır. Keyfi çıkarsama “facialaştırmayı” da içerebilir. Kişi tam tersi kanıtları olsa bile durumla ilgili felaket senaryoları çizebilir. Toplantı hakkında fikir almak amacıyla patronun görüşmek istediği memurun “Yaptığım işler kötü olduğu için benimle görüşüyor” diye düşünerek, konuşmanın olumlu yönlerini takdir edilme olarak algılamak yerine kendisine acıdığını düşünmesi (“Bana acıdığı için beğendiğini söyledi”) gibi (71, 72).
2. **Seçici soyutlama:** Durumu bütününden kopararak belli bir detayına takılarak diğer yönlerinin görmezden gelinmesi (49). Bir ortamda yaptığı sunum çoğu kişi tarafından takdir edilen kişinin tam tersi olarak onu eleştiren kişileri düşünüp durması ve duygusal olarak sıkıntı yaşaması bu duruma örnek olabilir (71).
3. **Aşırı genelleme:** Sınırlı sayıda yaşadığı olumsuz durumdan yola çıkarak bu olumsuzluğu yaşamının her alanına uygulamak, kural haline getirmektir. Örneğin sevgilisinden ayrılan kişinin “Benimle hiç kimse ilgilenmeyecek ve sevmeyecek” sonucunu çıkarması gibi (71).
4. **Büyütme ve Küçültme:** Bir duruma gereğinde fazla önem gösterme ya da gereğinden daha az önem göstermektir. Bir öğrenci kötü not aldığı dersi gözünde büyütmesi (büyütme) yüksek not aldığı dersi gözünde değersiz hale getirmesi (küçültme) bu duruma örnek verilebilir (71, 72).
5. **İkili (Hep ya da Hiç Biçiminde) Düşünme:** Herhangi bir yaşantı ya da deneyimi belli bir süreçte değerlendirmek yerine iki uç kutupta değerlendirmektir (49). Bu düşünce yapısında “siyah” ya da “beyaz” tonlar mevcuttur “gri” ye yer verilmez. Bir şey ya tam anlamıyla olmalı ya da hiç olmamalıdır. “Eğer her işimi mükemmel olarak yapmıyorsam başarılı değilimdir”, “ Beni tek bir noktada dahi eleştiriyorsa hiç sevmiyor demektir” (71, 72).
6. **Kişiselleştirme:** Kişiler kendileriyle ilgili olsun olmasın olumsuz bir durum veya olayla karşılaştıklarında, bunların nedeninin kendisi olduğunu düşünmesidir ve kendi ruhsal sıkıntısına anormal şekilde dikkatini vermesidir. Bu durum karşısında verdikleri tepki ise reddedildiklerini ve suçlandıklarını düşünmeleridir. Örneğin sınavdan kötü not alan bir çocuğun annesinin “İyi bir

anne değilim, bu benim başarısız bir anne olduğumu gösterir” sonucuna varması gibi (71).

7. **Felaketleştirme:** Gerçekle daha ilgili olan durumlar göz önünde bulundurulmadan geleceğin kötü olacağı düşüncesidir (49). Elinde olan küçük bir kanıtı dayanarak olası diğer kanıtları düşünmeksizin hep olan ya da olacak olan olumsuzlukları düşünme; “pireyi deve yapmak” sözü bu durumu özetleyebilir. “Çok kötü hissediyorum. Bu durum hep böyle gidecek”, “ İş zamanında yetiştiremedim, patron beni kovacak” gibi düşüncelerdir (71).
8. **Zorunluluk ifadeleri:** Albert Ellis’in “-meli, -malı” cılık dediği bu düşünce tarzında (81) kişiler kendisinin ve çevresinin nasıl olması ve nasıl davranması gerektiğiyle ilgili kesin sınırlara sahiptir (71). Kişi “Şu işimi bitirmeliyim” “Bu projemi yetiştirmeliyim” şeklinde kendilerinde istek uyandırmaya çalışır. Aksine bu düşünce tarzı kişiler üzerinde baskı yaratır ve öfkeye neden olur (81).
9. **Zihin okuma:** Kişinin kendi varsayım ve inançlarından hareketle çevredeki insanların ne düşündüklerini bildiğine inanmasıdır. Ayrıca çevredeki kişiler tarafından da kendisinin düşüncesinin bilindiği ya da bilmeleri gerektiği inancını taşımasıdır. “Üzerinde tartışmaya gerek yok, ona değer vermediğimi düşünecek”(71).
10. **Duygudan sonuca ulaşma:** Varılan sonucu destekleyen kesin kanıtlar olmamasına rağmen hatta tam tersi durumların söz konusu olduğu zamanlarda bile tüm bunları görmezden gelerek, olumsuz olan düşünceye yönelmektir. Burada ön planda olan duygulardır (71). “Çok umutsuzum, problemlerin çözümü mümkün olmayacak”, “Kendimi yetersiz hissediyorum, bu işte başarılı olmayacağım” (81).
11. **Etiketleme:** Kişinin kendisi veya çevresindekilerinin davranışları yaptıkları tek bir şeyle ölçülemez (81). Daha makul değerlendirmeler yapmak yerine, olumsuz etiketler yapıştırılması ve bu etiketleme doğrultusunda değerlendirme yapmaktır (71). Genellemenin ilerlemiş boyutudur (81). Herhangi bir işte başarısız olan birinin bu düşüncüyü genel duruma yayarak “Başarısızın tekiyim” diye etiketleme yapması (71).

Zayıf ilk ilişkiler → Fonksiyonel olmayan şema + olaylar → Olumsuz otomatik düşünceler → Depresyon

Şekil 2. Beck’ in Bilişsel Kuramının Basamakları (82).

Mücadele edilmesi gereken üç bilişsel katman karşımıza çıkar: Birincisi temel kabullerdir. İkincisi ise kişinin durumlara yönelik peşin hükümlü bir şekilde iletişim sistemini oluşturan katmandır. Üçüncü katmanda ise otomatik olumsuz düşünceler veya savunma mekanizmaları vardır. Olumsuz otomatik düşünceler daha kolay belirlenip olumlu düşünce yapılarıyla yer değiştirilebilirken, fonksiyonel olmayan şemalar ve temel inançların belirlenmesi ve değiştirilmesi daha derinlemesine bir çalışmayı içerir (83).

Öğrenilmiş çaresizlik

Öğrenilmiş çaresizlik (learned helplessness), bireyin sergilemiş olduğu davranışların sonuca ulaşmaması halinde, bireyde oluşan sonuçları kontrol edemeyeceğine dair inançtır (84, 85, 86). Öğrenilmiş çaresizlik konusundaki ilk deneysel verileri Seligman ve Maier (1967) hayvanlar üzerine yaptığı laboratuvar deneyleriyle elde etmiştir. (86, 87, 88, 89). Öğrenilmiş çaresizlik, tek bir canlı türüne özgü olmamasından dolayı benzer şartlar yaşayan insanlarda da aynı davranış örüntüsünün olması beklenir (86,90).

Seligman’ın araştırmaları sayesinde, kişilerin, yaşamlarının çoğu alanına yayılan, durumsal olaylardan çok kişisel faktörlerle ilgili ve daha çok kalıcı olan sebepleri kontrol altına alma konusundaki eksiklik kişileri depresyona yakalanmaya daha yatkın hale getirmektedir. Bu anlayış sayesinde, ciddi depresyonları tanılamada, müdahale ve tedavi edilme daha iyi hale gelmiştir (87).

İnsanlar ve hayvanlar, bulundukları şartları değiştiremediklerinde, “kontrol kaybı duygusu” yaşayabilmektedirler. Kontrol kaybı motivasyonel, duygusal ve bilişsel açıdan yaşanabilir (91).

2.4. Majör Depresif Bozukluk

Tanı ve Sınıflandırma

Ruhsal bozukluklar önemli bir halk sağlığı problemidir ve en yaygın görülenlerinden birisi depresyondur (92). Depresyon dünya çapında toplumlar için önemli bir sorun teşkil etmektedir (93,94).

MDB, duygulanım (affect) ve duygudurumda (mood), vegetatif fonksiyonlarda (iştah ve uyku bozuklukları gibi), kognitif (uygun olmayan suçluluk ve değersizlik duyguları gibi) ve psikomotor aktivitede (ajitasyon ve retardasyon gibi) anormallikler içeren tıbbi bir durumdur (95).

Depresyonda, çökkün duygudurum, karamsarlık, derin üzüntü, bunaltı hali, değersizlik, güçsüzlük ve çaresizlik düşünceleri görülür. Bu belirtilere ek olarak, depresif kişilerde psikomotor yavaşlama ve günlük olağan etkinliklerde ya da eskiden zevk aldığı aktivitelerden zevk alamama da görülür (9, 96). Umutsuzluk, çaresizlik ve değersizlik hissi gelecekteki intihar düşüncesi ve eylemlerinin göstergesi olabilir (97, 98). İntihar düşünceleri ve girişimleri depresyonun önemli belirtilerindendir (47). İnatçı uykusuzluk ve aşırı psikomotor retardasyon ve anksiyete/iritabilite özellikle dikkat gerektiren semptomlardır. Sabah erken uyanma çoğu depresif hastalarda görülür ve intihar girişimlerinin çoğu o zamanlarda yapılır. Bu yüzden öncelik uykusuzluk tedavisine verilmelidir (97). Depresif kişiler bazen de yeterli süre uyudukları halde uyandıklarında dinlenmiş olarak kalkmadıklarını ifade ederler (47).

Depresyonda bilişsel değişiklikler önemli belirtilerdendir. Düşünce, konsantrasyon, karar verme, düşünceleri formüle etme, yargılama ve anımsamayı etkiler. Ek olarak depresif hastalarda kendi hakkında olumsuz değerlendirmeler, ölüm ve intihar düşünceleri, geçmiş basit hataları hakkında kurup durma, sanrı ve varsanı gibi ciddi bilişsel bozukluklar olmaktadır (47). Dikotom biçimi düşünce de denilen ikili düşünme eğilimi vardır. Ya hep ya hiç şeklinde düşünürler, dünyayı ya siyah ya da beyaz görürler. Keyfi sonuç çıkarma, aşırı genelleme yapma, büyütme-küçültme, seçici soyutlama gibi bilişsel çarpıtmaları mevcuttur. Hastada bilişsel çarpıtmalar duygu ve davranışları da etkileyerek bunlarda da uyumsuzluk yaşamasına sebep olur (99).

DSM 5 tanı için IV' e benzer biçimde iki haftalık süreyi gerekli saymaktadır. Bu süre içinde depresif duygudurum, ilgi ve zevk azlığı, kilo kaybı veya kilo alma (diyete bağlı olmayan), insomnia veya hipersomnia, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, konsantrasyon yetisinde azalma veya kararsızlık, ölüm ve özkıyım düşünceleri veya özkıyım girişimleri gibi belirtilerden en az 5 tanesinin varlığı gerekir. Ancak bu belirtilerden birisi ilk iki belirtiden birisi olmalıdır. Belirtiler başka bir tıbbi nedene veya maddenin etkisine bağlı olmamalıdır. İşlevsellikte bozulur. Belirtiler şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk,

diğer psikozlar ile daha iyi açıklanamamalıdır. Öyküde de manik veya hipomanik atak bulunmaz (47, 100).

DSM 5’ te IV’ teki “yasla daha iyi açıklanamaz” kuralı kaldırılmıştır. Ancak DSM 5 yas ve önemli kayıplara tepkilerin depresyona benzediğini, tanı koyarken dikkatle değerlendirmenin gerekli olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca DSM 5 manik ve hipomanik belirtilerin tabloya eşlik edebileceğini kabul etmiştir. Bu bağlamda “ karışık özellikler” de bir klinik belirleyici olarak eklenmiştir. Ancak bu belirtilerin hipomani veya mani ölçütlerini karşılaması halinde tanı bipolar I veya II olarak konması gerekir (47).

Tanı koyarken hafif, orta ve ağır diye gruplandırılır. Ayrıca psikotik özellikli olup olmaması, psikotik özelliklerin duyguduruma uygun olup olmaması, remisyonda olup olmaması, karışık özellikler, katatonik özellikler, melankolik özellikler, atipik özellikler, anksiyetenin eşlik etmesi, özkıym risk değerlendirmesi, peripartum başlangıç ve mevsimsel özellik belirtilmelidir (47).

2.5. Depresyonda Tedavi

2.5.1. Farmakoterapi

Depresyon, tedavi edildiğinde ekseriyetle tam bir düzelme sağlanır (101). Depresyonun tedavisinde öncelikli olan doğru tanının konulması ve buna yönelik uygulanacak tedavi yöntemlerinin belirlenmesidir (102).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar etki mekanizmalarına göre şöyle gruplandırılırlar:

Trisiklik ve Tetrasiklik Antidepresanlar:

- Trisiklik Antidepresanlar
- Tetrasiklik Antidepresanlar

Trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar presinaptik gerilim düzeneklerini etkileyerek noradrenalin ve serotonin geri alımını bloke ederler ve ortamdaki varlığını artırır (101,103).

Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri:

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (Örn. Paroksetin, Sitalopram, Fluvoksamin, Sertralin, Fluoksetin) etkinliklerini serotonin geri alımını inhibe ederek gösterirler (101).

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri:

Monoamin oksidaz inhibitörleri, hem depresyonun hem de panik bozukluğun tedavisinde etkilidir. Günümüzde tedaviye dirençli olgularda kullanılmaktadır. En önemli yan etkisi hipertansif krizdir. Bu nedenle hastalar monoamin oksidaz inhibitörleri alırken tiraminden zengin yiyeceklerden kaçınılması konusunda uyarılmalıdır. Ülkemizde bu grupta moklobemid bulunmaktadır (44).

Diğerleri:

- Trazodon
- Amoksapin
- Bupropion
- Venlafaksin (101).

Depresyon hastalarında ilaç kullanımı ile ilgili, ilacın planlanan süre kadar kullanılmaması, ilaç dozuna uyulmaması ya da ilacın hiç kullanılmaması gibi bazı problemler görülebilir. Bu ilaç uyumsuzluğunu doğuran nedenler arasında hastanın tedavi planını karmaşık bulması, ilaç yan etkileri, depresyon ve ilaç tedavisine yönelik bilgi eksikliği, ilacı kullansam da bir fayda sağlamayacak tarzında düşünceye sahip olması sayılabilmektedir (104).

Depresyon nüks oranı yüksek bir hastalıktır. Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin depresyonun tedavisi sürecinde hasta ile sürekli bir arada olduklarından dolayı hem hasta hem de ailesiyle bu süreçteki iş birliği önem arz etmektedir. Hemşireler bu tedavi sürecinde hastaların ilaç uyumu konusundaki davranışlarını yakından takip etmelidirler. Psikiyatri hemşiresi tarafından hastanın farmakolojik tedavi başlanmadan önceki fizyolojik ve ruhsal durumu iyi değerlendirilmelidir. Bu sayede ilaçların oluşturabileceği yan etkilerle hastada ilaç tedavisi öncesinde de var olan belirtilerin karıştırılmaması sağlanır (104).

2.5.2. Elektrokonvulsif Terapi (EKT)

EKT, beyin dokusunun elektrik akımıyla uyarılmasıyla psikiyatrik rahatsızlıkların sağaltımında kullanılan tedavi yöntemidir (105). EKT, nörotransmitterlerin değişimine yol açarak depresif duygudurumunu ortadan kaldırmaktadır (44).

2.5.3. Psikososyal Girişimler

MDB bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, işlevselliğini bozan ve ekonomik problemlere yol açan ciddi ruhsal bozukluklardandır. Gittikçe daha sık görülen depresyonda uygulanan farklı tedavi yöntemleri önem arz etmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından kullanılan psikososyal girişimler de bunlardan biridir (3). Psikososyal tedaviler, depresyon tedavisinde önemli bir bileşen olmaya devam etmektedir. Psikososyal tedaviler ve farmakoterapinin kombinasyonu, tek başına farmakoterapiden daha etkilidir. Kombinasyon terapisi özellikle tedavi uyumu geliştirmede yardımcıdır (106,107). Çeşitli psikososyal girişimler mevcuttur. BDT ve psikoeğitim bunlardan bazılarıdır (3).

2.5.3.1. Depresyon ve Bilişsel-Davranışçı Terapi

Bilişsel model, bütün duygusal tepkilerimizin kökeninde düşüncelerimizin yattığını varsaymaktadır. Bu varsayımdan hareketle, psikopatolojinin temelinde de düşüncelerdeki hatalar yatmaktadır. Psikolojik sorunların temelinde düşünce hataları yattığına göre tedavileri de hatalı düşünce, işlevsel olmayan tutum ve inançların yerine doğru düşünce, işlevsel olan tutum ve inançların konması ile gerçekleştirilecektir (108).

Ruhsal sorunları olan kimselerin düşünce, inanç, tutum ve beklentileri işlevsel değildir. İşlevsel olmayan düşünceler kişinin sorun yaşamasına neden olur. Bilişsel-davranışçı terapideki ana hedef, kişinin yukarıda sözü edilen işlevsel olmayan bilişlerini belirlemek ve daha işlevsel olanlarıyla yer değiştirmektir. İlk baştaki hedef, kişinin olumsuz otomatik düşüncelerini olumlu olanlarıyla değiştirmektir. Esas hedef ise kişinin işlevsel olmayan temel inançlarını daha işlevsel olanlarıyla değiştirmektir. Temel inançların değiştirilmesi kalıcı sonuçlar doğurur (108).

Bilişsel-davranışçı terapinin ilk aşamasında hasta ve sorunları hakkında olabildiğince ayrıntılı bilgi toplanır. Hastanın sorunlarının neler olduğunun üzerinden geçilir. Hastaya duygu ve düşünceler arasındaki ayrımı fark edebilmesi için bilgi verilir. Tedavinin neden gerekli olduğu konusu görüşülür. Bilişsel-davranışçı tedavi modeli hastaya anlatılır. İkinci ve diğer görüşmelere başlamadan bir önceki görüşmede uygulaması

istenen ödevler ele alınarak gün içinde ele alınacak konuları kapsayan bir program oluşturulur. Görüşmede hastanın temel ve ara inançlarıyla otomatik düşüncelerinin belirlenmesi sağlanmaya çalışılır. İşlevsel olmayan düşüncelerin saptanmasında, ev ödevlerinde kullanılan düşünce kayıt formları çok önemlidir. Bu görüşmelerde temel olan, mantık veya düşünme hatalarının neler olduğunun belirlenmesidir (108).

Fava ve arkadaşları (2004)'nın yaptığı çalışmada, antidepresan ilaç tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş olan, yineleyen majör depresyon tanısı alan 40 hasta, klinik tedavi ya da rezidüel semptomların bilişsel-davranışçı tedavisi için rastgele (randomize) ayrılmıştır. Altı yıllık takipte, bilişsel-davranışçı terapinin (%40), klinik tedaviden (%90) önemli oranda daha düşük relaps oranı sağladığını belirtmişlerdir (109).

2.5.3.2.Psikoeğitim ve Hemşirelik Süreci

Psikoeğitim hem toplum merkezli hem de klinik çalışmalarda ortaya çıkmış olan kanıta dayalı pratikler arasında en etkili olanıdır. İlgili durumu yönetmek için hastalıkla ilgili spesifik bilgi ve aracı birleştiren modelin esnekliğinden dolayı, psikoeğitim pek çok hastalık ve çeşitli yaşam zorlukları için geniş potansiyele sahiptir (17).

Psikoeğitim, hasta ve ailesi için psikososyal tedavi yöntemlerini içerir. Psikoeğitim sürecinde hastalara sorunlarla baş etme yöntemleri öğretilmeye çalışılır (19).

Psikoeğitimsel gruplara yönelişin pek çok sebebi vardır:

- Ruhsal hastalıkların sebeplerinden olan biyo-psiko-sosyal faktörleri hasta ve aile işbirliğiyle inceleyerek bu belirtileri ile daha güçlü bir şekilde başa çıkmalarını sağlamak.
- Hastane yatış sürelerinin uzaması tedavilerin ekonomik yükünü arttırır. Bu açıdan kısa süreli yatışların ve uygulanan tedaviye psikoeğitimsel yöntemlerin dahil edilmesi önem arz eder.
- Nüks ve relapsların önlenmesinde dikkate değer bir şekilde faydalı olduğu bilinmektedir (110). Yapılan çalışmalar psikoeğitimin depresyon tedavisinde etkili yöntemlerden biri olduğunu ortaya koymuştur (111,112).

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

1. MDB'nin semptomları ve tedavisi ile ilgili eğitim hasta tarafından kolaylıkla kavranabilecek sadelikte dil kullanılmalıdır.
2. Hastanın izni ile aile fertleri ve hastanın günlük hayatında bulunan diğer kişiler de; hastalık, süreç üzerindeki etkileri ve tedavisi hakkındaki eğitimden faydalanabilir.
3. Antidepresan ilaçlarla ilgili bağımlılık yaptığı düşüncesi gibi yanlış inanışlara açıklık getirilir.
4. MDB hakkında eğitim tedavinin tüm süreci, relaps riski, tekrarlayan semptomların erken tanınması ve komplikasyon riski ya da major depresyon epizotunun ilerlemesini azaltmak için imkan olduğunca erken muhtemel tedavi ihtiyacı belirlenmelidir.
5. Hastalara yoksunluk semptomları veya semptomların tekrarlanması riskini asgariye indirmek amacıyla, antidepresan ilaçları birden bırakmak yerine alınan dozların azaltılarak kesilmesi gerektiği belirtilmelidir.
6. Hasta eğitimi bunlarla birlikte fiziksel aktivite, iyi uyku hijyeni, sağlıklı beslenme, sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanımı azaltılması gibi sağlıklı davranışlar hakkında bilgilendirmeyi kapsar.
7. Yüz yüze verilen eğitimi daha etkili kılmak amacıyla kitap, broşür ve güvenilir web adreslerinden faydalanılabilir (3).

Depresyonun en sık görülen ruhsal hastalıklarının başında gelmesi, uzun süreli tedavi yatışlarının yüksek maliyete neden olması, özkıyım riskinin olması ve relaps riski dikkate alındığında bilhassa ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından psikoeğitim özellikle incelenmesi gereken bir yöntemdir. MDB ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal yöntemlerin etkinliği bildirilmiştir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri bu yöntemlerle ilgili gerekli eğitimi alarak uygulamalar yapıp bu uygulamaların etkinliğini araştırmalarla ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenlerden dolayı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin MDB'nin önlenmesi ve tedavisinde etkili bu yöntemlerle ilgili gerekli bilgi ve becerileri kazanması ve bu alanda yapılan çalışmaları arttırması önemlidir (3).

2.5.3.3.Bilişsel Davranışçı Terapi ve Hemşirelik Süreci

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği; bireyin davranışlarını anlamlandırmayı amaçlayan, hastayla olduğu gibi bireyin kendisiyle de ilgilenmesini içeren ve bilgiyi, tecrübeyi, hemşirelik becerisini, kendi benliğini terapötik kullanma sanatını birleştiren bir disiplindir (113).

Psikiyatri hemşiresinin dâhil olabileceği psikososyal tedavi yöntemlerinden biri de bilişsel-davranışçı terapilerdir. BDT'ler bireyi bilgilendirme, ilaç ve tedaviye uyumu artırma ve problemlerle baş etmeyi öğrenme yöntemlerini kapsar. Psikiyatri hemşiresi, kişide ortaya çıkan olumsuz düşüncelerin, istenmeyen tutum ve davranışların sergilenmesinin engellenmesi için BDT stratejilerinden faydalanabilir (18). BDT yöntemleri tıpkı hemşirelik sürecinde olduğu gibi hasta merkezlidir ve hemşire, hasta ve ailesi ile iş birliği içerisinde olması önemlidir. BDT de olduğu gibi hemşirelik sürecinde kanıta dayalı tedavi yöntemlerini ve çeşitli ölçme araçlarını kullanmayı kapsar. BDT de öncelikli amaç gerçek dışı olan ya da birey açısından sorun teşkil eden duygu ve düşüncelerin saptanmasıdır. Psikiyatri hemşiresi fonksiyonel olmayan bu düşüncelerin bireyin hayatında nasıl olumsuz etki yarattığını fark etmesine yardımcı olur. İlk olarak bu düşünceler fark edildikten sonra ortaya çıkan zorluklarla düşünceler arasında ilişki kurulur. BDT uygulanırken hastanın duygu, düşünce ve davranışlarının ele alınmasının yanı sıra yaşadığı sorunlar da belirlenir. Bütün bu nedenlerden dolayı bireyin tedavi uyumunu arttırmak ve uygun baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlamak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından bakım sürecinde BDT yöntemlerinden faydalanılması önemlidir (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın türü

Araştırma, ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapıldı. Araştırma Mayıs 2015- Haziran 2017 tarihleri arasında, Psikiyatri Polikliniği'nde bulunan Ruh Sağlığını Destekleme ve Koruma Birimi'nde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran en az 6 aydır depresyon tanısı ile tedavi edilen hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden 78 depresyon hastası (Deney grubu 42, kontrol grubu 36) araştırma örneklemine alınmıştır. Deney grubundan 12 hasta, Kontrol grubundan ise 6 hasta çeşitli nedenlerle araştırma dışı kabul edilmiştir. Araştırmaya alınmama nedenleri ise şöyledir:

- 2 hastanın tıbbi tanısının değişmesi,
- 1 hastanın eşinin izin vermemesi,
- 1 hastanın şehir dışında yaşaması,
- 4 hastanın eğitime devam etmek istememesi,
- 4 hastanın öğrenci olmasından dolayı derslerin psikoeğitim saatleriyle çakışması,
- 6 kontrol grubu hastasının ise son teste katılmaması.

Araştırma, kriterlere uyan 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta ile tamamlanmıştır. Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar araştırmaya alınış sırasına göre randomize olarak belirlenerek sırasıyla deney ve kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. DSM-V ölçütlerine göre depresyon tanısıyla izlenmek
4. En az 6 aydır depresyon tedavisi alıyor olmak
5. Okur- yazar olmak
6. Son 5 yıl içinde hastalığına yönelik böyle bir eğitim programına alınmamış olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Komorbid bir ruhsal hastalığı bulunanlar
2. Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel durumu bulunan hastalar
3. Okuma yazma bilmeme
4. Görüşme için rıza göstermeyen hastalar

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, depresyon hastalarının olumsuz otomatik düşüncelerinin, fonksiyonel olmayan tutumlarının ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının düzeyidir.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni, hastalara verilen psikoeğitimidir.

Kontrol Değişkeni

Deney ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, tanı süresi, hastaneye yatış durumu, intihar girişimi ve ilaç kullanımı kontrol değişkenleri yönünden homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$, Tablo 1).

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması (n: 60)

Özellikler	Deney Grubu (n:30) %		Kontrol Grubu (n:30) %		Test Değeri ve Anlamlılık
Cinsiyet					
Kadın	27	90	26	86.7	$\chi^2=0.16$ $p=0.68$
Erkek	3	10	4	13.3	
Yaş Grup					
18-25 arası	15	50	10	33.4	$\chi^2=2.58$ $p=0.46$
26-35 arası	5	16.7	7	23.3	
36-45 arası	5	16.7	9	30.0	
46-60 arası	5	16.7	4	13.3	
Eğitim Durumu					
İlköğretim	8	26.7	13	43.3	$\chi^2= 4.45$ $p= 0.10$
Lise	6	20.0	9	30.0	
Üniversite ve üstü	16	53.3	8	26.7	
Medeni Durum					
Evli	9	30.0	13	43.3	$\chi^2= 1.68$ $p= 0.43$
Dul	2	6.7	3	10.0	
Bekâr	19	63.3	14	46.7	
Çalışma Durumu					
Çalışan	4	13.3	9	30.0	$\chi^2= 3.60$ $p= 0.30$
Ev Hanımı	10	33.3	11	36.7	
İşsiz	2	6.7	2	6.7	
Öğrenci	14	46.7	8	26.7	
Tanı Süresi					
6 ay	11	36.7	5	16.7	$\chi^2= 3.39$ $p= 0.18$
7-12 ay	6	20.0	10	33.3	
12 ay↑	13	43.3	15	50.0	
Mevcut Rahatsızlıktan Dolayı Hastaneye Yatış Durumu					
Var	6	20.0	9	30.0	$\chi^2= 0.80$ $p= 0.37$
Yok	24	80.0	21	70.0	
İntihar Girişimi					
Yok	17	56.7	18	60.0	$\chi^2= 1.13$ $p= 0.56$
Girişim var	7	23.3	4	13.3	
Düşüncesi var	6	20.0	8	26.7	
İlaç Kullanımı					
Tamamen Uyumsuz	4	13.3	3	10.0	$\chi^2= 2.85$ $p= 0.24$
Azda Olsa Aksamalar Var	6	20.0	12	40.0	
Tedaviye Uyumlu	20	66.7	15	50.0	

χ^2 : Ki-Kare Testi

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikoeğitim Öncesi ODÖ, FOTÖ ve İBÇÖ Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Ön Test		
ODÖ	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test Değeri ve Anlamlılık
Kişinin kendine yönelik negatif düşünceler	29.50±13.60	31.30±10.56	t=-.572 p=0.60
Şaşkınlık/Kaçma fantezileri	19.30± 7.67	21.33±5.84	t=-1.15 p=0.25
Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri	10.76±3.02	10.96±2.97	t=-.258 p=0.80
Yalnızlık/İzolasyon	12.56±4.65	13.83±4.37	t=-1.08 p=0.30
Ümitsizlik	12.80±4.89	13.33±4.27	t=-.449 p=0.65
ODÖ Toplam Puan	84.93±31.74	90.76±26.31	t=-.775 p=0.44
FOTÖ			
Mükemmелci tutum	63.93±24.82	71.50±22.11	t=-1.247 p=0.21
Onaylanma ihtiyacı	49.83±12.61	54.06±8.30	t=-1.535 p=0.13
Bağımsız/Otonom tutum	20.63±6.81	24.93±5.84	t=-2.62 p=0.01
Değişken tutum	20.33±4.79	21.36±4.88	t=-.827 p=0.41
FOTÖ Toplam Puan	154.73±37.09	171.86±34.54	t=-1.851 p=0.06

Tablo 2. Devam

İBÇÖ			
Yakınlıktan kaçınma	25.53±8.24	25.60±6.27	t=-.035 p=0.97
Gerçekçi olmayan ilişki beklentisi	27.76±5.76	27.36±5.26	t=.281 p=0.80
Zihin okuma	9.40±3.46	9.90±2.64	t=-.629 p=0.53
İBÇÖ Toplam Puan	62.70±14.41	62.86±10.84	t=-.051 p=0.96

t: Independent t testi

Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların ODÖ, FOTÖ ve İBÇÖ Toplam Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Homojenite Durumları

Deney ve kontrol grupları arasında ODÖ ön test toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmayıp ($p>0.05$) deney ve kontrol grupları homojendir.

Ön testte gruplar arasında FOTÖ toplam puan ortalaması ve mükemmeltci tutum, onaylanma ihtiyacı ve değişken tutum alt boyutları puan ortalamaları arasında fark anlamlı düzeyde bulunmamış olup ($p>0.05$) deney ve kontrol grupları homojendir.

Ön testte gruplar arasında İBÇÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olup ($p>0.05$) deney ve kontrol grupları homojendir (Tablo 2).

3.5. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, kimlerle yaşandığı, tanı alma süresi, hastaneye yatış öyküsü, intihar düşüncesi veya girişimi ve ilaç kullanımı) 10 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

Otomatik Düşünceler Ölçeği -ODÖ:

Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilen bu ölçek 30 maddeden oluşmakta ve depresyonla ilişkili olan olumsuz düşüncelerin bireylerin aklından otomatik olarak geçiş sıklığını saptamayı amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, Aydın & Aydın, (1990) ve Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır. Aydın & Aydın (1990) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .95 olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .97 olarak saptanmıştır. Ölçek “kendine yönelik negatif düşünceler (2,3,7,8,17,18,21,23,24,27), şaşkınlık/kaçma fantezileri (13,14,15,19,20,22), kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri (9,26,29), yalnızlık/izolasyon (1,4,10,28) ve ümitsizlik (6,11,12,25)” olmak üzere beş faktörden oluşmaktadır (114). 5'li likert tipinde hazırlanan ölçeğin her bir maddesinde bireylerin aklından otomatik olarak geçebilecek bir düşünce betimlenmekte ve kişilerden bu düşüncenin bir önceki hafta boyunca akıllarından ne kadar sıklıkla geçtiğini, “1- Hiç, 2- arasıra, 3- oldukça sık, 4- sık sık, 5- her zaman” seçeneklerinden kendilerine uygun olan seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 150 olmaktadır. Yüksek puan depresyonla ilişkili görülen otomatik düşüncelerin kişinin aklından geçme sıklığının yüksek olduğuna, bir başka deyişle depresyona özgü bilişsel yapının ve olumsuz benlik değerlendirmesinin varlığına işaret etmektedir (13).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği- FOTÖ:

Ölçek depresyonla ilişkili olan fonksiyonel olmayan tutumların ortaya çıkma sıklığını ölçmek amacıyla 1978 yılında Wiessman ve Beck tarafından geliştirilmiştir (Wiessman, 1979) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği 1992'de Şahin ve Şahin tarafından yapılmıştır. Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılan Türkçe uyarlama çalışmalarında Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .79 olarak bulunmuştur (114). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .89 olarak belirlenmiştir. Ölçek “mükemmeci tutum (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9,10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 26, 31, 33), onaylanma ihtiyacı (19, 21, 22, 23, 27, 28, 32, 34, 38, 39, 40), bağımsız/otonom tutum (2, 12, 17, 18, 24, 35) ve değişken tutum (6, 29, 30, 36, 37)” olarak 4 faktörden oluşmaktadır. Ölçek 40 maddeden oluşur. FOTÖ, 1-7 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 40-280 dir. Toplam puan her bir maddeye verilen yanıtların toplanmasından elde edilmektedir. Bu değerlendirmede puanlama “1=Tümüyle katılıyorum, 2=Genellikle katılıyorum, 3=Oldukça katılıyorum, 4=Biraz katılıyorum, 5= Ender olarak katılıyorum,

6=Çok az katılıyorum, 7=Hiç katılmıyorum” şeklinde yapılır. Ancak fonksiyonel tutum içeren “(2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37 ve 40)” maddeler ters puanlanır “(1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1)”. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının fazlalığını gösterir (114).

İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği- İBÇÖ:

İBÇÖ, bireylerin ilişkilerinde sergiledikleri bilişsel çarpıtmaları değerlendirmek amacıyla Hamamcı ve Büyüköztürk (2003) tarafından geliştirilmiştir (114, 115). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hamamcı ve Büyüköztürk (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tümü için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .67’dir (114, 115). Araştırmamızda ölçeğin tümü için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Ölçek, 19 bilişsel çarpıtma ifadesinden oluşmaktadır. Ölçekte, “yakınlıktan kaçınma (1,2,3,4,10,12,13,19), gerçekçi olmayan ilişki beklentisi (5,9,11,14,15,16,17,18) ve zihin okuma (6,7,8)” olmak üzere üç boyut bulunmaktadır. Bu ölçekte yer alan ifadeler verilen tepkiler; “tamamen katılıyorum, oldukça katılıyorum, kısmen katılıyorum, çok az katılıyorum ve hiç katılmıyorum” biçiminde olmak üzere 5’li likert tipinde derecelendirmek üzere hazırlanmıştır. Puan hesaplamalarında alınabilecek en düşük puan 19 iken en yüksek 95’tir. Yüksek puan alınması, kişilerin ilişkilerinde kullandıkları bilişse çarpıtmalara sahip olduklarını ifade eder (114).

3.6. Araştırma Süreci

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar poliklinik doktoru tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Ruh Sağlığını Destekleme ve Koruma Birimi’ ne davet edilen hastalar öncelikle araştırma hakkında bilgilendirildi. Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalara ön testler (Kişisel Bilgi Formu, FOTÖ, ODÖ ve İBÇÖ) uygulanmıştır. Deney grubunda bulunan hastalarla yapılan ilk görüşmede eğitim hakkında bilgi verilmiş, hasta hakkında bilgi alınmış ve eğitim günleri belirlenmiştir. Daha sonra deney grubunu oluşturan hastalarla psikoeğitim bireysel olarak, haftada bir kez, sekiz hafta süren, sekiz oturumdan oluşan ve her oturumu 40-50 dk sürecek şekilde uygulanmıştır. Eğitim için görüşmeler Ruh Sağlığını Destekleme ve Koruma Birimi’nde yapılmıştır. Hastalarla görüşmeler, eğitim günü ve saati eğitim öncesinde telefonla aranıp hatırlatılarak sağlanmıştır. Eğitim oturumları tamamlandıktan bir hafta sonra deney grubu ve kontrol grubu hastalarına son testler (FOTÖ, ODÖ ve İBÇÖ) yapılmıştır. Kontrol grubuna son

test uygulandıktan sonra eğitim kitapçığı dağıtılmıştır. Bu dönem süresince hem deney hem de kontrol grubundaki hastalar farmakolojik tedavileri ve doktor kontrollerine devam etmiştir.

3.7. Psikoeğitim Programı

Psikoeğitim programı, literatür araştırmaları doğrultusunda ve APA'nın 2010'da yayınladığı "Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi İçin Rehber" indeki önerilen eğitim çerçevesinde hazırlandı (116, 117). Psikoeğitim sözlü anlatım, görsel malzeme (projeksiyon), soru-cevap, çeşitli alıştırma ve ev ödevleri ile devam ettirildi. Ev ödevleri bir sonraki haftanın oturumunda tekrar gözden geçirilerek geri bildirimler paylaşıldı.

Tablo 3. Psikoeğitimin İçeriği

1. Oturum: Depresyon nedir? • Depresyonun belirtileri, • Depresyonun sebepleri, • Depresyonun sonuçları, • Depresyonun tedavisi.	2. Oturum: Depresyonun Bilişsel Yönü, Duygu, Düşünce ve Davranış Arasındaki İlişki • Depresyonun bilişsel yönü, • Bilişsel yeniden yapılandırma, • Sorunlarımızı anlamak.
3. Oturum: Otomatik Düşünceler • Otomatik düşünceler, • Etkin düşünceler, • Kanıt bulma	4. Oturum: Bilişsel Çarpıtmalar • Düşünme biçimini ve düşünce hatalarını saptama(Bilişsel çarpıtmalar),
5. Oturum: Otomatik Düşüncelere Alternatif Düşünceler Üretme • Alternatif ya da gerçekçi düşünme, • Deneyler ve eylem planları.	6. Oturum: Varsayımlar ve Temel inançlar • Varsayımlar ve temel inançları belirlemek, • Temel inançları sınamak, • Alternatif temel inançları belirlemek ve sağlamlaştırmak,
7. Oturum: Aktivite Planlama • Sizi bir şeyler yapmaktan alıkoyan düşünceler, • Otomatik düşünceler ve olası yanıtlar.	8. Oturum: Depresyonla Baş Etme Yolları • Depresyondan kurtulmak için ne yapabilirsiniz?

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 paket programında analiz edildi.

Verilerin değerlendirilmesinde;

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımlarında yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma,
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi,
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçekler toplam ve alt boyutları puanlarının tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma,
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön-test ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların son-test ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,
- Deney grubundaki hastaların ön-test ve son-test ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi,
- Kontrol grubundaki hastaların ön-test ve son-test ölçekler toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır ve $p < 0.05$ ve $P < 0.001$ düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik ilkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı 06.03.2015 tarihli toplantısından etik kurul onay alınmıştır (EK-6). Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” imzalatıldı (EK-5). Kontrol grubuna son test uygulandıktan sonra psikoeğitim kitapçığı dağıtılmıştır. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda ve araştırmaya katıldıktan sonra istedikleri zaman ayrılmakta özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi, araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirildi.

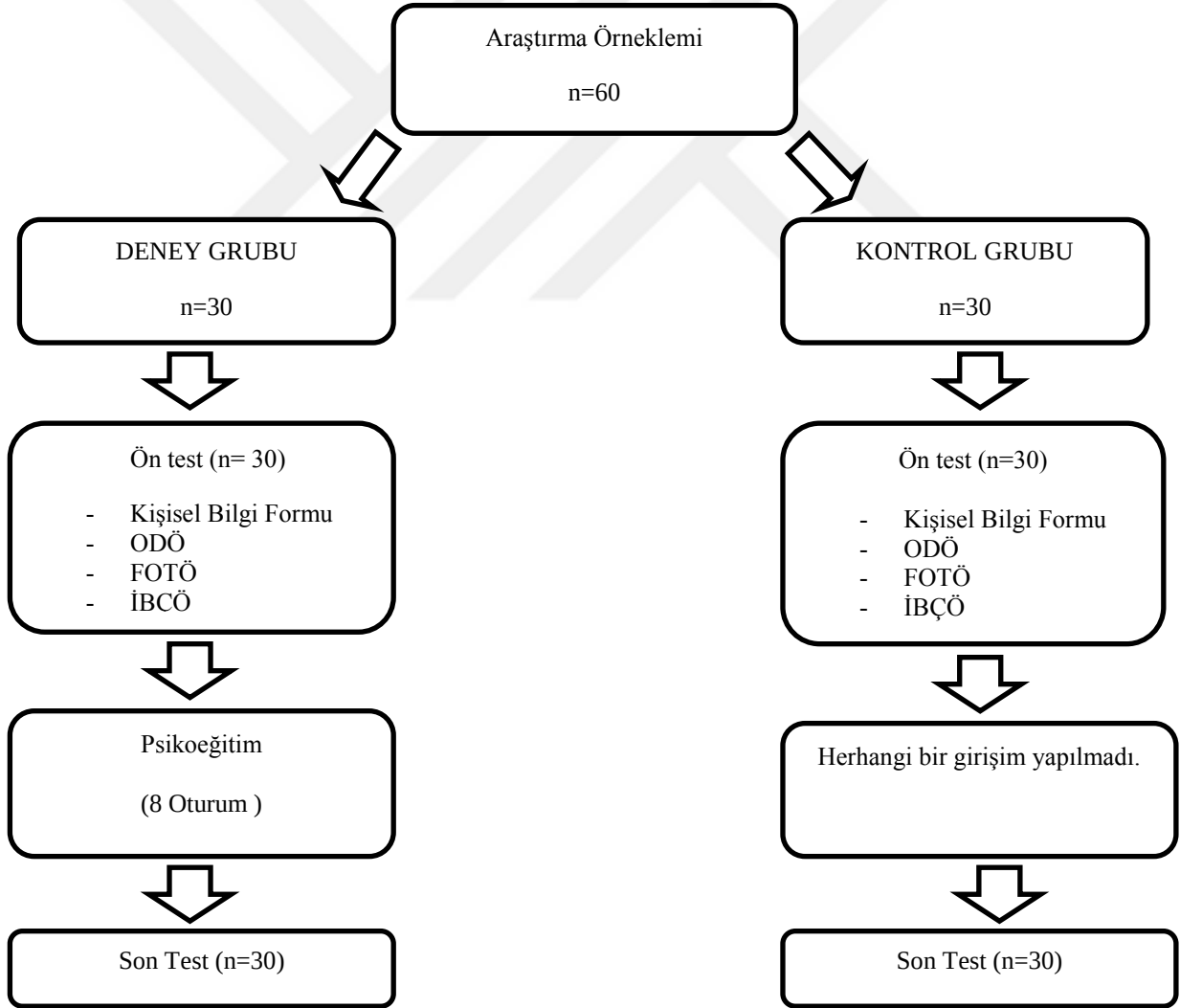
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmada son testlerin psikoeğitimin sona ermesinden bir hafta sonra yapılması ve tekrar izleniminin yapılmaması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Deney grubuna uygulanan psikoeğitim sekiz oturumdan oluşmaktadır. Oturum sayısının az tutulması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Araştırmada psikoeğitim bireysel olarak uygulanmıştır. Bireylerin grup içi etkileşimin sağlayacağı faydalardan yararlanamaması yine araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Araştırma sadece Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde ayakta tedavi gören bireylerle yapıldığından dolayı tüm evrene genellenemez. Örneklemin küçüklüğünden dolayı araştırma sonuçları bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.



Şekil 3. Araştırma uygulama şeması

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 60)

Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	(n:30)	%	(n:30)	%
Cinsiyet				
Kadın	27	90	26	86.7
Erkek	3	10	4	13.3
Yaş Grup				
18-25 arası	15	50	10	33.3
26-35 arası	5	16.7	7	23.3
36-45 arası	5	16.7	9	30.0
46-60 arası	5	16.7	4	13.3
Eğitim Durumu				
İlköğretim	8	26.7	13	43.3
Lise	6	20.0	9	30.0
Üniversite ve üstü	16	53.3	8	26.7
Medeni Durum				
Evli	9	30.0	13	43.3
Dul	2	6.7	3	10.0
Bekâr	19	63.3	14	46.7
Çalışma Durumu				
Çalışan	4	13.3	9	30.0
Ev Hanımı	10	33.3	11	36.7
İşsiz	2	6.7	2	6.7
Öğrenci	14	46.7	8	26.7
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Eş ve Çocuklar	10	33.3	12	40.0
Anne, baba, kardeş	16	53.3	17	56.7
Diğer	4	13.3	1	3.3

Tablo 4. Devam

Tanı Süresi				
6 ay	11	36.7	5	16.7
7-12 ay	6	20.0	10	33.3
12 ay↑	13	43.3	15	50.0
Mevcut Rahatsızlıktan Dolayı Hastaneye Yatış Durumu				
Var	6	20.0	9	30.0
Yok	24	80.0	21	70.0
İntihar Girişimi Durumu				
Yok	17	56.7	18	60.0
Girişim var	7	23.3	4	13.3
Düşüncesi var	6	20.0	8	26.7
İlaç Kullanım Durumu				
Tamamen Uyumsuz	4	13.3	3	10.0
Azda Olsa Aksamalar Var	6	20.0	12	40.0
Tedaviye Uyumlu	20	66.7	15	50.0
Yaş (X±SS)	30.96±12.77		32.16±11.04	
Min/Max	Min: 18/Max: 60		Min: 18/Max: 55	

χ^2 : Ki-Kare Testi

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 30.96 ± 12.77 , kontrol grubundaki hastaların ise 32.16 ± 11.04 'dir. Deney grubunda bulunan hastaların %90'ı, kontrol grubundakilerin ise %86,7'si kadındır. Deney grubunun %43,3'ü kontrol grubunun %50'si 12 aydan daha uzun süredir majör depresyon tanısı almıştır. Deney grubu hastaların %56,7'sinin kontrol grubu hastaların %60'ının intihar girişiminin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların ODÖ, FOTÖ ve İBÇÖ Min/Max Değerleri ve Puan Ortalamaları

Ölçekler	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS
ODÖ				
Kişinin kendine yönelik negatif düşünceler	10-50	29.50±13.60	10-50	31.30±10.56
Şaşkınlık/Kaçma fantezileri	6-30	19.30±7.67	7-30	21.33±5.84
Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri	4-15	10.76±3.02	4-15	10.96±2.97
Yalnızlık/İzolasyon	5-20	12.56±4.65	4-20	13.83±4.37
Ümitsizlik	4-20	12.80±4.89	6-20	13.33±4.27
ODÖ Toplam Puan	36-135	84.93±31.74	36-135	90.76±26.31
FOTÖ				
Mükemmelci tutum	22-119	63.93±24.82	17-108	71.50±22.11
Onaylanma ihtiyacı	29-77	49.83±12.61	35-71	54.06±8.30
Bağımsız/Otonom tutum	7-32	20.63±6.81	12-34	24.93±5.84
Değişken tutum	11-30	20.33±4.79	11-29	21.36±4.88
FOTÖ Toplam Puan	105-225	154.73±37.09	87-222	171.86±34.54
İBÇÖ				
Yakınlıktan kaçınma	9-40	25.53±8.24	13-36	25.60±6.27
Gerçekçi olmayan ilişki beklentisi	18-37	27.76±5.76	17-36	27.36±5.26
Zihin okuma	3-15	9.40±3.46	5-15	9.90±2.64
İBÇÖ Toplam Puan	30-89	62.70±14.41	39-85	62.86±10.84

Deney grubunda bulunan hastaların ODÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 84.93±31.74, kontrol grubunun ODÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 90.76±26.31'dir.

Deney grubunda bulunan hastaların İBÇÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 62.70±14.41, kontrol grubunun İBÇÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 62.86±10.84'dür.

Deney grubunda bulunan hastaların FOTÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 154.73±37.09, kontrol grubunun FOTÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 171.86±34.54'dür (Tablo 5).

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların ODÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplar arası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ODÖ	Gruplar	Öntest X±SS	Sontest X±SS	t*	p
Kişinin kendine yönelik negatif düşünceler	Deney	29.50±13.60	22.16±9.01	2.288	.030
	Kontrol	31.30±10.56	29.06±8.82	.902	.375
	t**	-.572	-2.996		
	p	0.60	0.004		
Şaşkınlık/Kaçma fantezileri	Deney	19.30± 7.67	15.43±5.53	2.085	.046
	Kontrol	21.33±5.84	19.56±5.26	1.326	.195
	t**	-1.15	-2.961		
	p	0.25	0.004		
Kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri	Deney	10.76±3.02	8.20±2.67	3.077	.005
	Kontrol	10.96±2.97	10.56±2.12	.611	.546
	t**	-.258	-3.796		
	p	0.80	0.000		
Yalnızlık/İzolasyon	Deney	12.56±4.65	9.83±2.97	2.458	.020
	Kontrol	13.83±4.37	12.43±3.04	1.414	.168
	t**	-1.08	-3.345		
	p	0.30	0.001		
Ümitsizlik	Deney	12.80±4.89	9.53±3.92	2.630	.014
	Kontrol	13.33±4.27	12.40±3.89	.867	.393
	t**	-.449	-2.840		
	p	0.65	0.006		
ODÖ Toplam Puan	Deney	84.93±31.74	65.16±22.58	2.556	.016
	Kontrol	90.76±26.31	84.03±21.63	1.110	.276
	t**	-.775	-3.304		
	p	0.44	0.002		

t*: Paired t testi, t**: Independent t testi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların otomatik düşünceler ölçeği toplam ve alt boyutlarının grup içi ve gruplar arası ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’te verilmiştir.

Deney grubu ODÖ alt boyutları puan ortalamalarının ön testte; kişinin kendine yönelik negatif düşünceleri 29.50±13.60, şaşkınlık/kaçma fantezileri 19.30± 7.67, kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri 10.76±3.02, yalnızlık/izolasyon 12.56±4.65, ümitsizlik 12.80±4.89 ve ön test ODÖ toplam puan ortalamasının ise 84.93±31.74 olduğu belirlenmiştir. Son test ODÖ alt boyutları puan ortalamalarının ise; kişinin kendine

yönelik negatif düşünceleri 22.16 ± 9.01 , şaşkınlık/kaçma fantezileri 15.43 ± 5.53 , kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri 8.20 ± 2.67 , yalnızlık/izolasyon 9.83 ± 2.97 , ümitsizlik 9.53 ± 3.92 ve son test otomatik düşünceler ölçeği toplam puan ortalamasının ise 65.16 ± 22.58 olduğu görülmüştür. Deney grubunda bulunan hastaların ODÖ ön test ve son test grup içi karşılaştırılmasında toplam ve alt boyutları puan ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeydedir ($p < 0.05$). Girişim sonrası hastaların otomatik düşünceler ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.

Kontrol grubu ODÖ alt boyutları puan ortalamalarının ön testte; kişinin kendine yönelik negatif düşünceler 31.30 ± 10.56 , şaşkınlık/kaçma fantezileri 21.33 ± 5.84 , kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri 10.96 ± 2.97 , yalnızlık/izolasyon 13.83 ± 4.37 , ümitsizlik 13.33 ± 4.27 ve ODÖ toplam puan ortalamasının ise 90.76 ± 26.31 olduğu belirlendi. Son test ODÖ alt boyutları puan ortalamalarının; kişinin kendine yönelik negatif düşünceleri 29.06 ± 8.82 , şaşkınlık/kaçma fantezileri 19.56 ± 5.26 , kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri 10.56 ± 2.12 , yalnızlık/izolasyon 12.43 ± 3.04 , ümitsizlik 12.40 ± 3.89 ve son test otomatik düşünceler ölçeği toplam puan ortalamasının ise 84.03 ± 21.63 olduğu belirlendi. Kontrol grubunda bulunan hastaların ODÖ ön test ve son test grup içi karşılaştırılmasında ise toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grupları arasında ODÖ ön test toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p > 0.05$). Son test ODÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunup ($p < 0.05$), deney grubu toplam ve alt boyut puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlendi.

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların FOTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplar arası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

FOTÖ	Gruplar	Öntest X±SS	Sontest X±SS	t*	P
Mükemmелci tutum	Deney	63.93±24.82	45.10±18.52	3.793	.001
	Kontrol	71.50±22.11	59.50±19.80	2.180	.037
	t**	-1.247	-2.909		
	p	0.21	0.005		
Onaylanma ihtiyacı	Deney	49.83±12.61	45.73±11.66	1.536	.135
	Kontrol	54.06±8.30	54.03±11.14	.013	.989
	t**	-1.535	-2.818		
	p	0.13	0.007		
Bağımsız/Otonom tutum	Deney	20.63±6.81	16.10±6.13	2.524	.017
	Kontrol	24.93±5.84	17.03±6.40	3.941	.000
	t**	-2.62	-.577		
	p	0.01	0.566		
Değişken tutum	Deney	20.33±4.79	19.36±4.93	.716	.480
	Kontrol	21.36±4.88	20.00±5.13	.968	.341
	t**	-.827	-.487		
	p	0.41	0.628		
FOTÖ Toplam Puan	Deney	154.73±37.09	126.30±32.66	3.687	.001
	Kontrol	171.86±34.54	150.56±34.60	2.225	.034
	t**	-1.851	-2.793		
	p	0.06	0.007		

t*: Paired t testi, t**: Independent t testi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların FOTÖ toplam ve alt boyutlarının grup içi ve gruplar arası ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

Deney grubu ön test FOTÖ alt boyutları puan ortalamalarının; mükemmелci tutum 63.93±24.82, onaylanma ihtiyacı 49.83±12.61, bağımsız/otonom tutum 20.63±6.81, değişken tutum 20.33±4.79 ve toplam puan ortalamasının 154,73±37.09 olduğu görülmüştür. Son testte ise FOTÖ alt boyutları puan ortalamalarının; mükemmелci tutum 45.10±18.52, onaylanma ihtiyacı 45.73±11.66, bağımsız/otonom tutum 16.10±6.13, değişken tutum 19.36±4.93 ve toplam puan ortalamasının 126.30±32.66 olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda bulunan hastaların FOTÖ ön test-son test toplam

puan ve mükemmelci tutum, bağımsız/otonom tutum alt boyutları puan ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeydedir ($p<0.05$). Girişim sonrası hastaların fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği toplam ve ilgili alt boyut puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Diğer taraftan deney grubu ön test son test grup içi karşılaştırılmasında FOTÖ alt boyutlarından onaylanma ihtiyacı ve değişken tutum puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Kontrol grubu ön test FOTÖ alt boyutları puan ortalamalarının; mükemmelci tutum 71.50 ± 22.11 , onaylanma ihtiyacı 54.06 ± 8.30 , bağımsız/otonom tutum 24.93 ± 5.84 , değişken tutum 21.36 ± 4.88 ve toplam puan ortalaması 171.86 ± 34.54 olarak belirlenmiştir. Son test FOTÖ alt boyutları puan ortalamalarının; mükemmelci tutum 59.50 ± 19.80 , onaylanma ihtiyacı 54.03 ± 11.14 , bağımsız/otonom tutum 17.03 ± 6.40 , değişken tutum 20.00 ± 5.13 ve toplam puan ortalaması ise 150.56 ± 34.60 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda bulunan hastaların FOTÖ ön test son test grup içi karşılaştırılmasında ölçek alt boyutlarından onaylanma ihtiyacı, değişken tutum puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0.05$) mükemmelci tutum, bağımsız/otonom tutum alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 7).

Ön testte gruplar arasında FOTÖ toplam puan ortalaması ve mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı ve değişken tutum alt boyutları puan ortalamaları arasında fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0.05$). Son testte gruplar arasında FOTÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlarından mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunup ($p<0.05$), deney grubunun toplam puan ve belirtilen alt boyut puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İBÇÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Grup içi ve Gruplar arası Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İBÇÖ	Gruplar	Öntest X±SS	Sontest X±SS	t*	p
Yakınlıktan Kaçınma	Deney	25.53±8.24	20.60±5.30	2.919 -3.350	.007 .187
	Kontrol	25.60±6.27	27.86±6.39		
	t**	-.035	-4.790		
	p	0.97	0.000		
Gerçekçi olmayan ilişki beklentisi	Deney	27.76±5.76	24.56±5.92	2.054 .717	.049 .479
	Kontrol	27.36±5.26	26.26±6.21		
	t**	.281	-1.084		
	p	0.80	0.28		
Zihin okuma	Deney	9.40±3.46	8.43±2.78	1.349 -.078	.188 .938
	Kontrol	9.90±2.64	9.96±3.28		
	t**	-.629	-1.949		
	p	0.53	0.05		
İBÇÖ Toplam Puan	Deney	62.70±14.41	53.60±10.55	2.825 -3.375	.008 .711
	Kontrol	62.86±10.84	64.10±12.78		
	t**	-.051	-3.469		
	p	0.96	0.001		

t*: Paired t testi, t**: Independent t testi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların İBÇÖ toplam ve alt boyutlarının grup içi ve gruplar arası ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’da verilmiştir.

Deney grubunda İBÇÖ alt boyutları puan ortalamalarının ön testte; yakınlıktan kaçma 25.53±8.24, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi 27.76±5.76, zihin okuma 9.40±3.46 ve ön test toplam puan ortalaması ise 62.70±14.41 olduğu belirlenmiştir. Son test İBÇÖ alt boyut puan ortalamaları yakınlıktan kaçma 20.60±5.30, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi 24.56±5.92, zihin okuma 8.43±2.78 ve toplam puan ortalaması ise 53.60±10.55 olarak belirlenmiştir. Deney grubunda bulunan hastaların İBÇÖ ön test ve son test grup içi karşılaştırılmasında toplam puan ve yakınlıktan kaçma, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi alt boyutları puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05). Girişim sonrası hastaların İBÇÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır.

Kontrol grubu ön test İBÇÖ alt boyutları puan ortalamalarının; yakınlıktan kaçma 25.60 ± 6.27 , gerçekçi olmayan ilişki beklentisi 27.36 ± 5.26 , zihin okuma 9.90 ± 2.64 ve toplam puan ortalaması 62.86 ± 10.84 olduğu görülmüştür. Kontrol grubu son test İBÇÖ alt boyutları puan ortalamalarının; yakınlıktan kaçma 27.86 ± 6.39 , gerçekçi olmayan ilişki beklentisi 26.26 ± 6.21 , zihin okuma 9.96 ± 3.28 ve toplam puan ortalaması 64.10 ± 12.78 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda bulunan hastaların İBÇÖ ön test-son test grup içi karşılaştırılmasında ise toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 8).

Ön testte gruplar arasında İBÇÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Son testte gruplar arasında İBÇÖ toplam puan ve alt boyutlarından yakınlıktan kaçınma ve zihin okuma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunup ($p < 0.05$), deney grubunun toplam puan ve belirtilen alt boyut puanı kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yine son test gruplar arasında İBÇÖ alt boyutlarından gerçekçi olmayan ilişki beklentisi puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) ancak deney grubu puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma 60 depresyon hastası ile gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde, depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin hastaların olumsuz otomatik düşünceleri, fonksiyonel olmayan tutumları ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarına etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmamıza temel oluşturan hipotezler literatür incelemeleriyle tartışılmış ve yorumlar sunulmuştur.

MDB, görülme sıklığı giderek artan ve toplumun her kesiminde, her yaşta görülebilen kişinin biyopsikososyal yaşam alanlarını olumsuz yönde etkileyen ruhsal bir hastalıktır (44). Sık görülmesi ve iş gücü kaybına yol açması nedeniyle toplumsal ve ekonomik sorunlar oluşturmaktadır (118). Bu nedenle etkili tedavi yöntemleriyle hastaların tedavi edilmesi önem arz etmektedir.

Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu araştırmaya alınan hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki bireylerin %88.3'ünü kadın hastalar oluşturmaktadır. Literatür incelendiğinde Yalvaç ve ark. (2011) yaptığı çalışmada, olguların %12'sini erkek, %88'ini kadın hastalar oluşturmaktadır. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (49, 119, 120). Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte gençlerde ve orta yaş grubunda bu farklılık çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir (121). Araştırmamıza katılanların %41.7'sini 18-25 yaş, %23.3'ünü 36-45 yaş gurubu hastalar oluşturmaktadır ve hastaların yaş ortalaması 31.56 ± 11.8 'dir. Literatür incelendiğinde vakaların büyük çoğunluğunun başlangıç yaşının 20 ila 50 yaş arasında sık görüldüğü ve 40 yaşlarında pik yaptığı görülmektedir (50). Medeni durum açısından araştırma örneklemimizi oluşturan hastalar incelendiğinde; %8.3'ünün dul, %36.7'sinin evli ve %55'inin evlenmemiş olduğu görülmektedir. Araştırmamızı oluşturan hastaların yarıdan fazlasının evlenmemiş olduğu görülmektedir. Bu durumun örneklemini oluşturan hastaların küçük yaş grubunda (%41.7'si 18-25 yaş) olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikoeğitimin Hastaların Bilişsel Çarpıtmaları Üzerine Etkileri

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel kurama göre depresyon temelinde bir duygudurum bozukluğu değil, bilişsel bozukluktur. Duygudurum bozukluğu bilişsel bozukluğa sekonder olarak ortaya çıkar (9). Bu nedenle psikososyal girişimlerin depresyonun tedavisinde kullanılan etkili yollardan olduğu bildirilmiştir (16). Psikososyal yöntemlerden biri olan Bilişsel Davranışçı Terapi'nin farklı pek çok ruhsal bozukluğa uygulanabildiği literatürde gösterilmiştir (20- 25). Depresyon BDT ile tedavi edilebilen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir (26, 27). Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemleri hemşireler tarafından birçok çalışmada uygulanmıştır (29-32) ve psikoeğitim sürecini içerir (33). Psikoeğitimde amaç, bilgi ve davranışta bir değişim oluşturmaktır (122). Depresyonun tedavisinde farmakolojik ve psikososyal yöntemlerin birlikte uygulanmasını öneren rehberler mevcuttur (116, 117). Araştırmamızda uyguladığımız psikoeğitim Bilişsel Davranışçı Terapi tekniklerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Psikososyal girişimlerden biri olan psikoeğitime yönelmenin birçok nedeni vardır. Çalışmalarda biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok etkenin ruhsal hastalıkların oluşumu ve devamında etkili olduğu belirlenmiştir (19). Literatürde hasta ve ailesinin tedaviye uyumunun artması konusunda eğitimin önemi vurgulanmıştır (116).

Stangier ve arkadaşları (2013)'nın yaptığı çalışmada bilişsel terapinin, tekrarlama riski yüksek depresyon hastalarında nüks ve tekrarları önlemede önemli etkilere sahip olduğu belirtilmiştir. Tekrarlama riski orta derece olan hastalar için, nonspesifik etkileri ve yapılandırılmış psikoeğitimin bilişsel terapiye eşit derecede etkili olabileceği bildirilmiştir (11).

Cuijpers (1998)'ın aktardığına göre, Lewinsohn ve arkadaşları (1989) tarafından depresyonun tedavisi için psikoeğitim programı geliştirilmiştir [Depresyonla Başa Çıkma Kursu (The Coping with Depression Course-CWD)]. Kursun içeriği bilişsel-davranışçı niteliktedir ve depresyonun hafifletilmesinde kullanılabilecek becerileri geliştirmek için tasarlanmıştır. Program, gevşeme teknikleri, sosyal beceriler, bilişsel beceriler ve hoşça geçirilen anların sayısı nasıl arttırılabilir gibi konulara odaklanmıştır (112). Cuijpers (1998), yirmi çalışmayı kapsayan meta analiz çalışmasında, CWD psikoeğitim programının depresyon tedavisi için etkili bir yol olduğunu belirtmiştir.

Edwards (2014) yaptığı bir çalışmada lise öğrencilerine Melnyk ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen, özellikle ergenlerin başa çıkma becerilerini ele alan bir program (COPE Healthy Lifestyles TEEN (thinking, emotions, exercise and nutrition) uygulamıştır. Program; düşünce, duygu ve davranış üçlüsü, benlik saygısı, olumlu düşünme, kişinin kendisi ile konuşması (Self talk), hedef belirleme ve problem çözme, stres ve baş etme, duygusal ve davranışsal düzenleme, etkili iletişim, hedefe ilerlemedeki engeller gibi konuları içermektedir. Edwards (2014) araştırmada, COPE TEEN programının ergenlerin yararlanabileceği uygulanabilir potansiyel bir BDT müdahalesi olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonucunda, katılanların baş etme becerileri, kendine güvende gelişme ve depresif belirtilerde iyileşme görüldüğü belirtilmiştir (123).

Hemşireler tarafından uygulanan psikoeğitimsel girişimlerin hafif ve orta düzeyde depresyon belirtilerini azalttığı bildirilmiştir (34, 35). Bunlardan Casañas ve arkadaşları (2012) hafif ve orta düzey depresyonu olan 231 hasta ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında hafif depresyon semptomları olan hastalar için kısa ve uzun vadeli etkili bir tedavi yöntemi olduğu ve orta düzey depresyon hastalarında ise grup psikoeğitimi kısa vadede etkili olduğu bulunmuştur. Yine Casañas ve arkadaşları (2015) tarafından daha önceki çalışmaya dahil edilen 231 hastanın 106'sı ile yeniden yapılan randomize kontrollü çalışmada, antidepresan ilaç tedavisi almayan depresif popülasyonda psikoeğitimsel müdahalenin etkili olduğu bildirilmiştir (124). Dalgard (2006) 155 hastanın katılımıyla gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışmada ise CWD uygulamıştır. Çalışmasının sonucunda psikoeğitimin depresyon tedavisinde etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (34). Literatürde depresyon hastalarında BDT ve psikoeğitimin etkili olduğu görüldüğünden bu çalışmada BDT odaklı psikoeğitim programının hastaların bilişsel çarpıtmalarındaki etkinliği araştırılmıştır. Hastaların bilişsel çarpıtmaları ODÖ, FOTÖ ve İBÇÖ üzerinden değerlendirilmiştir.

a) Psikoeğitimin Hastaların Olumsuz Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkileri

Beck, depresyonun belirti ve bulgularını olumsuz bilişsel örüntünün sonuçları olarak kabul etmektedir (73). Depresyon ilerledikçe, ortam ve kişinin olumsuz yorumlamaları arasında mantıksal bir bağlantı olmamasına karşın, giderek olumsuz düşünce egemen olur (73). Depresyonla bilişsel çarpıtmalar arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren araştırmalar mevcut (11,12) olduğu gibi aynı durum olumsuz otomatik düşünceler için de geçerlidir (13-15, 125). Depresyonun en belirgin bilişsel özelliklerinden biri olan

olumsuz otomatik düşünceleri değerlendirmek amacıyla Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) kullanılmıştır.

Araştırmamızda psikoeğitim öncesinde deney grubundaki hastaların Otomatik Düşünceler Ölçeği toplam puan ortalaması 84.93 ± 31.74 , kontrol grubundaki hastaların ise 90.76 ± 26.31 olduğu görülmektedir. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 150'dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, yüksek puan depresyonla ilişkili görülen otomatik düşüncelerin kişinin aklından geçme sıklığının yüksek olduğuna işaret etmektedir (13). Bu değerlendirmeler doğrultusunda araştırmamızda psikoeğitim öncesinde tüm hastaların otomatik düşüncelere sahip olduğu ve bu düşüncelerin akıllarından sıklıkla geçtiği söylenebilir. Ön testte deney ve kontrol grupları arasında otomatik düşünceler ölçeği toplam ve tüm alt boyutları (kendine yönelik negatif düşünceler, şaşkınlık/kaçma fantezileri, kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri, yalnızlık/izolasyon ve ümitsizlik) puan ortalamaları arasında fark anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Son testte ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, deney grubunun ÖDO toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında ise son test ODÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında yapılan son test ve ön test ODÖ toplam ve ölçeğin tüm alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). Bu bulgular araştırma hipotezlerinden olan **“Psikoeğitim, depresyon hastalarının olumsuz otomatik düşüncelerini azaltmada etkilidir”** şeklindeki H_1 nolu hipotezini doğrulamaktadır. Psikoeğitim süresince geçen görüşmelerdeki hastaların ifadelerinden de bu sonucu çıkabiliriz. Araştırmamız sırasındaki görüşmelerden örnek verecek olursak; araştırmamıza katılan hastalardan biri yeni atanan bir öğretmen olup öğretmenlik konusunda kendisini “başarısızım” ve “hiçbir zaman başaramayacağım” şeklinde ifade etmiştir. Bu nedenle öğretmenlikte başarılı olamayacağını öğrenciler karşısında ders anlatmayı kafasında dahi canlandıramayacağını belirtmiştir. Daha sonra verilen psikoeğitimle birlikte hastanın bu düşüncelerinde azalma yaşandığı görülmüştür. Hasta görüşmeler sonunda bu düşüncesini destekleyen kanıtının olmadığını fark ettiğini belirtmiştir. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde, elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte sonuçlar görülmüştür. Bunlardan; Hamamcı (2003)'nın yaptığı bir çalışmada, bilişsel davranışçı yaklaşımla bütünleştirdiği psikodramanın olumsuz temel

inançlar üzerindeki etkisini incelediğinde, deney grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre, ölçeğin “güvensizlik, mükemmeliyetçilik, bağımlılık” alt boyutlarındaki olumsuz temel inançlarının azaldığı belirlenmiştir. Temel inançlardaki asıl değişimi sağlayan bilişsel davranışçı yaklaşıma ait tekniklerin uygulanması olduğu vurgulanmıştır (126). Araştırmamızda verilen psikoeğitimde hastaların otomatik düşüncelerini fark etmeye başlamasında özellikle 3. oturumda BDT tekniklerinin yoğun olarak kullanıldığı “Otomatik düşüncelerimizin nasıl farkına varırız?” adı altında verilen eğitimin yararlı olduğu düşünülmektedir. Hovermale (2014) yaptığı çalışmada, risk altındaki yüksekokul öğrencilerine Lusk ve Melnyk (2003) tarafından geliştirilen BDT teknikleri üzerine temellenmiş bir program (Creating Opportunity for Personal Empowerment (COPE)) uygulanmıştır. Hovermale (2014), COPE programının genç yetişkin nüfusun depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltması için etkili bir araç olduğu belirtilmiştir (127).

Karagöz (2011) lise öğrencisi ile yürüttüğü çalışmada, eğitim programına katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre bilişsel çarpıtma puanları arasında anlamlı düzeyde bir azalma olduğunu belirtmiştir. Eğitim, olumsuz düşüncelerin ve duyguların farkına varmak, gevşeme egzersizleri, düşünce, duygu ve bedensel tepkiler arasındaki ilişki, bilişsel çarpıtmaları tanıma, olumsuz düşünceyi keşfedip olumluya dönüştürme, alternatif düşünce üretme, pozitif psikoloji ve geleceğe yönelik iyimserliğin işlenmesi ve problem çözme basamaklarının öğrenilmesi gibi konuları içermektedir. Karagöz’ün yürüttüğü bu eğitim programının içeriği, araştırmamızda uyguladığımız psikoeğitim içeriğine çok benzerdir. Araştırma sonucunda, eğitim programının, ergenlerin olumsuz otomatik düşünceleriyle baş etmelerinde ve bilişsel çarpıtma düzeylerinin azaltmada etkili bir yöntem olabileceği belirtilmiştir (128). Bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar da bize BDT tekniklerinden yararlanılarak oluşturulan psikoeğitim programı sayesinde depresyon hastalarının otomatik olumsuz düşüncelerinin farkına varmada, onlarla baş etmede ve onlara alternatif düşünceler üretmede, otomatik düşüncelerin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

b) Psikoeğitimin Hastaların Fonksiyonel Olmayan Tutumları Üzerine Etkileri

Literatürde MDB tanılı bireylerde daha fazla fonksiyonel olmayan tutumun olduğu gösterilmektedir (129). Beck’e göre kişinin kendiyile, diğerleriyle ve dünyayla ilgili olumsuz algıları (bilişsel üçlü) depresyona sebep olabilmektedir (49, 82, 130). Olumsuz düşünme eğilimi olan bireylerin işlevsel olmayan tutumlar geliştirerek olumsuz

yaşantılardan daha çok etkilendikleri ve depresyona daha yatkın hale geldikleri belirtilmiştir (131). Bu nedenle araştırmamızda depresyonda ortaya çıkan fonksiyonel olmayan tutumları belirlemek amacıyla Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) kullanılmıştır. Özgüven (1999) çalışmasında, kriz vaka grubu ve kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri, ODÖ ve FOTÖ uygulamış ve sonucunda gruplar arasında anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Özgüven'e göre, krize müdahale yaklaşımında hatalı otomatik düşünceleri ve fonksiyonel olmayan tutumları ele alan bilişsel terapi yaklaşımlarının yararlı olabileceği düşünülmüştür (132).

Araştırmamızda psikoeğitim öncesinde deney grubundaki hastaların FOTÖ toplam puan ortalaması 154.73 ± 37.09 , kontrol grubundaki hastaların ise 171.86 ± 34.54 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan ise 280'dir ve ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının fazlalığını gösterir (114). Bu değerlendirmeler doğrultusunda deney ve kontrol grubundaki hastaların psikoeğitim öncesinde fonksiyonel olmayan tutumlarının fazla olduğu görülmektedir. Araştırmamızda bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim oturumlarına katılan deney grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında son test FOTÖ toplam puan ve "mükemmelci tutum" ve "bağımsız/otonom tutum" alt boyutları puan ortalamaları ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölçeğin diğer alt gruplarından olan "onaylanma ihtiyacı" ve "değişken tutum" boyutlarında ise fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Ancak eğitim sonrası deney grubunda bulunan hastaların "onaylanma ihtiyacı" boyutundan aldıkları puan ortalamaları 49.83'ten 45.73'e ve "Değişken tutum" boyutundan aldıkları puan ortalamasının ise 20.33'ten 19.36'e düştüğü görülmüştür. Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında yapılan son test ve ön test FOTÖ toplam puan ortalamaları ve ölçeğin "mükemmelci tutum" ve "bağımsız/otonom tutum" alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölçeğin diğer alt boyutları olan "onaylanma ihtiyacı" ve "değişken tutum" puan ortalamalarında ise fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Araştırmamızda ön testte deney ve kontrol grupları arasında FOTÖ "bağımsız/otonom tutum" alt boyutu hariç diğer alt boyutları (mükemmelci tutum, onaylanma ihtiyacı, değişken tutum) ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Deney ve kontrol grubu son test gruplar arası karşılaştırmada, "bağımsız/otonom tutum" ve "değişken tutum" alt boyutları hariç FOTÖ toplam puan

ortalamaları ve diğer alt boyut (mükemmелci tutum, onaylanma ihtiyacı) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulgular araştırma hipotezlerinden olan **“Psikoeğitim, depresyon hastalarının fonksiyonel olmayan tutumlarını azaltmada etkilidir”** şeklindeki H₂ nolu hipotezini kısmen doğrulamaktadır. Araştırmamızdaki hasta görüşmelerinde örnek verecek olursak; kullandığımız FOTÖ de bulunan “bana zarar vereceklerini düşündüğümünden diğer insanlara güvenmem” ifadesine eğitim öncesinde tümüyle katılan ve ek olarak “güvendim, kaybettim” ifadelerini kullanan hastanın eğitim sonrasında bu tutumunda azalma olduğu görülmektedir. Psikoeğitim oturumları süresince kullandığımız ve hastalar tarafından doldurulan “düşünce kayıt formları” nda da bu gelişme takip edilmiştir. Literatürde bilişsel davranışçı yaklaşıma göre bilişsel çarpıtma ya da akılcı olmayan inanç olarak ifadelendirilen düşünceler fonksiyonel olmayan duygu ve davranışların ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (133). Ellis'in modelinde akılcı olmayan inançlar, Beck'in modelinde bilişsel çarpıtmalar olarak isimlendirilmektedir. Her iki kavramlaştırmada da ortak noktalar; böylesi düşüncelerin işlevsel olmaması, mantıklı ve görgül olarak geçerliği olmayan, buna karşılık gerçekmiş gibi kabul edilen dogmatik bir içeriğe sahip olması ve kişiyi yenilgiye uğraticı örüntüler içermesidir (134).

Yılmaz ve Duy (2013) çalışmalarında bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımına göre hazırlanmış psikoeğitim programının, deney grubunda bulunan katılımcıların akılcı olmayan inançlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Üç ay sonra alınan izleme ölçümlerinde bu etkinin devam etmediği sonucuna ulaşıldığı belirtilmiştir (135).

Hamamcı (2002), bilişsel davranışçı yaklaşımla bütünleştirilmiş psikodrama uygulamasının üniversite öğrencilerinin olumsuz temel inançlarının azaltılmasında etkili olup olmadığını incelediği araştırmasında, deney grubunda yer alan bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre Temel İnançlar Ölçeği (TİÖ)'nin yetersizlik alt boyutu dışındaki bağımlılık, mükemmelliyetçilik ve güvensizlik alt boyutlarındaki olumsuz temel inançlarının azaldığını belirtmiştir (136). Kişilerin depresyona daha yatkın hale gelmesine neden olan fonksiyonel olmayan tutumların (131) azalmasında bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı hazırladığımız psikoeğitimin “alternatif düşünceler üretme” ile ilgili oturumunun faydalı olduğu düşünülmektedir.

c) Psikoeğitimin Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları Üzerine Etkileri

İnsan sosyal bir varlıktır ve tüm insanlar hayatı boyunca diğer insanlarla iletişim içinde olma ihtiyacı hissederler. Bu durum insanın yaşamının her döneminde önemlidir. Günümüzde kişiler arası ilişkiler pek çok faktörden dolayı olumsuz etkilenmekte ve bunun sonucunda ilişkilerinde yakınlıktan kaçan bireylerin sayısı hızla artmaktadır. Yalnızlaşan kişinin hayatını kötü yönde etkileyen bu durum ciddiyetini gittikçe artıran bir sorun haline gelmiştir (137). İlişkilere yönelik doğru olmayan veya çarpıtılmış düşüncelerin ve beklentilerin ilişkilerdeki bu bozulmalar üzerinde önemli etken olduğu görülmektedir (138).

Bilişsel kurama göre depresif kişi, canlı veya cansız çevresiyle ilişkilerini, yanlış olarak bu ilişkiler yenilgiyi veya yoksunluğu temsil ediyorlarmış gibi yorumlar (73). İBÇÖ'nün gerçekçi olmayan ilişki beklentisi boyutu, bireylerin ilişkilerinde hem kendi davranışlarına hem de diğer insanların davranışlarına ilişkin yüksek beklenti içerisine girdiklerini göstermektedir Zihin okuma boyutu, kişilerarası ilişkilerde duygu ve düşüncelerin gerçek dışı tahminler içeriyor olmasıdır. Yakınlıktan kaçınma alt boyutu ise, ilişkilerinde yakınlıktan doğacak olumsuz sonuçların olacağına bu yüzden kişilerle yakınlık kurmaması gerektiğine dair inançlara sahip olduğunu vurgulamaktadır (115).

Araştırmamızda psikoeğitim öncesinde deney grubundaki hastaların İBÇÖ toplam puan ortalaması 62.70 ± 14.41 , kontrol grubundaki hastaların ise 62.86 ± 10.84 olduğu görülmektedir. Ölçek puan hesaplamalarında alınabilecek en düşük puan 19 iken en yüksek 95'tir. Yüksek puan alınması, kişilerin ilişkilerinde kullandıkları bilişse çarpıtmalara sahip olduklarını ifade eder (114). Bu bilgiler doğrultusunda psikoeğitim öncesinde deney ve kontrol grubundaki hastaların oldukça yüksek düzeyde ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalara sahip olduğu görülmektedir. Araştırmamızda bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitim oturumlarına katılan deney grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında İBÇÖ toplam ve ölçeğin "yakınlıktan kaçınma" ve "gerçekçi olmayan ilişki beklentisi" alt boyutları son test puan ortalamaları ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölçeğin "zihin okuma" alt boyutunda ise fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırılmalarında yapılan son test ve ön test İBÇÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ön testte deney ve kontrol grupları arasında ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ölçeği

toplam ve alt boyutları (yakınlıktan kaçınma, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi, zihin okuma) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu son test grupları arası karşılaştırmada, deney grubunun İBÇÖ toplam ve “yakınlıktan kaçınma”, “zihin okuma” alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük iken ($p<0.05$). “gerçekçi olmayan ilişki beklentisi” alt boyutunda ise farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ayrıca deney grubunda bulunan hastaların son testte “gerçekçi olmayan ilişki beklentisi” alt boyutundaki puan ortalamalarındaki düşüş kontrol grubu puan ortalamalarındaki düşüşten daha fazladır. Bu bulgular **“Psikoeğitim, depresyon hastalarının ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarını azaltmada etkilidir”** şeklindeki H₃ nolu hipotezini doğrulamaktadır. Araştırmamız görüşmelerinden örneklendirmek gerekirse; psikoeğitim öncesinde, yakınlıktan kaçınma ifadesi olan “insanlarla fazla samimi olmak genellikle sorun yaratır” düşüncesine tamamen katılan ve bu nedenle aile ve sosyal çevresine katılmaktan alıkoyan hastanın psikoeğitim oturumları sonrasında bu düşüncesinde azalma görülmüştür. Hamamcı (2002), bilişsel davranışçı yaklaşımla bütünleştirilmiş psikodrama uygulamasının üniversite öğrencilerinin ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının azaltılmasında etkili olup olmadığını incelediği araştırmasında deney grubu bireylerin kontrol grubu bireylere göre İBÇÖ'nin yakınlıktan kaçınma, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi ve gerçekçi olmayan ilişki tahmini alt boyutlarındaki bilişsel çarpıtmalarının azaldığını saptamıştır (136). Araştırmamızda hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının azalmasında psikoeğitim oturumlarından özellikle “depresyonla başetme yolları” oturumunda depresyonun ilişkiler üzerindeki etkisinden ve ilişkilerimizi düzeltme yollarından bahsedilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Özetle, araştırmamızda uygulanan psikoeğitimin depresyon hastalarında otomatik düşünceleri, fonksiyonel tutumları ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları azalttığı belirlenmiştir. Depresyonun yüksek prevalans göstermesi, hastalık yükünün fazla olması ve tedavi engellerinin varlığı göz önüne alındığında kısa, ucuz ve etkili müdahalelere duyulan ihtiyacı bize açık olarak göstermektedir. Psikoeğitim bu müdahalelerden biridir ve depresyonun belirtilerini azaltmada etkili bir yöntemdir. (139). Bu nedenle psikoeğitim programının depresyon hastaları tedavisine rutin olarak eklenmesiyle sürecin daha olumlu olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin hastaların bilişsel çarpıtma düzeylerini azaltmadaki etkinliğini saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Hastalar olumsuz otomatik düşünceler açısından değerlendirildiğinde;

- Deney ve kontrol grubu hastaların psikoeğitim öncesi değerlendirmesinde olumsuz otomatik düşüncelere sahip olduğu ve bu düşüncelerin akıllarından sıklıkla geçtiği söylenebilir.
- Ön testte deney ve kontrol grupları arasında ODÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmezken ($p>0.05$) son testte ise, deney grubunun ÖDO toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Deney grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında ise son test ODÖ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülürken ($p<0.05$), kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında ise son test ve ön test arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastalar fonksiyonel olmayan tutumlar açısından değerlendirildiğinde;

- Psikoeğitim öncesi değerlendirmeler doğrultusunda hem deney hem de kontrol grubu hastalar için fonksiyonel olmayan tutumlarının fazla olduğu görülmektedir.
- Ön testte deney ve kontrol grupları arasında FOTÖ “bağımsız/otonom tutum” alt boyutu hariç diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmazken ($p>0.05$) deney ve kontrol grubu son test grupları arası karşılaştırmada, “bağımsız/otonom tutum” ve “değişken tutum” alt boyutları hariç FOTÖ toplam puan ortalamaları ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeydedir ($p<0.05$).

- Deney grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında son test FOTÖ toplam puan ve “mükemmelci tutum” ve “bağımsız/otonom tutum” alt boyutları puan ortalamaları ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ölçeğin diğer alt gruplarından olan “onaylanma ihtiyacı” ve “değişken tutum” boyutlarında ise fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında yapılan son test ve ön test FOTÖ toplam puan ortalamaları ve ölçeğin “mükemmelci tutum” ve “bağımsız/otonom tutum” alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeydeyken ($p<0.05$) ölçeğin diğer alt boyutları olan “onaylanma ihtiyacı” ve “değişken tutum” puan ortalamalarında ise farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Hastalar ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar açısından değerlendirildiğinde;

- Değerlendirmeler doğrultusunda psikoeğitim öncesinde deney ve kontrol grubundaki hastaların oldukça yüksek düzeyde ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalara sahip olduğu görülmektedir.
- Ön testte deney ve kontrol grupları arasında İBÇÖ toplam ve alt boyutları (yakınlıktan kaçınma, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi, zihin okuma) puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülürken ($p>0.05$) son testte ise deney grubunun İBÇÖ toplam ve “yakınlıktan kaçınma”, “zihin okuma” alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük iken ($p<0.05$). “gerçekçi olmayan ilişki beklentisi” alt boyutunda ise farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
- Deney grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında İBÇÖ toplam ve ölçeğin “yakınlıktan kaçınma” ve “gerçekçi olmayan ilişki beklentisi” alt boyutları son test puan ortalamaları ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin “zihin okuma” alt boyutunda ise anlamlılık görülmemiştir ($p>0.05$). Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında yapılan son test ve ön test İBÇÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde değildir ($p>0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre:

- Psikiyatri hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin psikoeğitim yetkinliklerinin artırılması,
- Depresyon hastalarının tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra psikososyal yöntemlerden biri olan psikoeğitim programlarının psikiyatri hemşireleri tarafından verilmesi,
- Psikiyatri hemşirelerinin Bilişsel Davranışçı Terapi alanında sertifika programlarına katılarak yetkinliklerini artırmaları ve depresyon hastalarının bakımında bu terapilere yer vermeleri ve psikoeğitim çalışmalarıyla bütünleştirmeleri,
- Depresyon hastalarında psikoeğitim programlarını uygulayan çalışmaların yaygınlaştırılması ve yapılacak çalışmalarda, depresyon hastalarının hem bilişsel çarpıtmaları daha uzun ele alabilmek hem de psikoeğitimin etkinliğini daha uzun sağlamak amacıyla psikoeğitim oturum sayısının daha fazla olması,
- Araştırmalarda psikoeğitimin otomatik olumsuz düşünceler, fonksiyonel olmayan tutumlar ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları azaltmada etkisinin kalıcılığını daha net bir şekilde ortaya koymak açısından 3 ay ve 6 ay aralarla tekrar izleminin yapılması, oturumlar sırasında grup etkileşiminin sağlanması açısından eğitimlerin grup olarak uygulanması,

önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20(3): 205-212.
2. Uğur M. Duygudurum Bozuklukları. Sempozyum Dizisi No: 62, 2008;59-84.
3. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2015; 7(1):1-15 doi: 10.5455/cap.20140426072955.
4. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (WHO 2012).
5. Küey L. Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme. Psikiyatri Dünyası. 1998;1:5-12.
6. Keck ME. Depresyon, Nasıl ortaya çıkar? Nasıl tedavi edilir? Stresle bağlantısı nedir?, version 1.0, 2010.
7. Kleinman P. PSYCH 101: Psychology facts, basics, statistics, tests and more!. Psiko101, 2. Basım, Hasan Kaplan, İstanbul: Okyanus, 2013.
8. Köroğlu E. Psikiyatri El Kitabı, 4.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2011: p.61-79.
9. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: p.337-428.
10. Leahy RL, Practicing Cognitive Therapy, A Guide to Interventions, Bilişsel Terapi ve Uygulamaları, 2. Basım, Hacak H, Macit M, Özpilavcı F, İstanbul: Litera, 2007.
11. Pössel P, Black SW. Testing Three Different Sequential Mediation Interpretations of Beck's Cognitive Model of The Development of Depression. Clin Psychol. 2014;70(1):72-94. doi: 10.1002/jclp.22001.

12. Marton P, Kutcher S. The Prevalence of Cognitive Distortion in Depressed Adolescents. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*.1994; 20(1):33-38.
13. Aydın G, Aydın O. Otomatik Düşünceler Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1990; 7(24):51-55.
14. Aysan F, Bozkurt N. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Kullandığı Başa çıkma Stratejileri ile Depresif Eğilimleri ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişki. X. Ulusal Psikoloji Kongresi. Ankara, 1998.
15. Aydın B. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Bilişsel Çarpıtmalar ve Akademik Başarı. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1990; 2:27-36.
16. Sütçügil L, Özmenler KN. Majör Depresyonda Psikososyal Müdahaleler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*. 2007; 3(47):46-50.
17. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2004;4(3): 205-225. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019.
18. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:132-139.
19. Alataş G, Kurt E, Tüzün Alataş E, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. *Düşünen Adam*. 2007; 20(4):196-205.
20. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive Processing Therapy Veteran/Military Version, 2006. [http://alrest.org/pdf/CPT_Manual_-_Modified_for_PRRP\(2\).pdf](http://alrest.org/pdf/CPT_Manual_-_Modified_for_PRRP(2).pdf). Erişim Tarihi: 08.12.2016.
21. Iverson KM, King MW, Cunningham KC, Resick PA. Rape Survivors' Trauma-Related Beliefs Before and After Cognitive Processing Therapy: Associations with PTSD and Depression Symptoms. *Behav Res Ther*. 2015; 66:49-55. doi: 10.1016/j.brat.2015.01.002.
22. Yıldırım ZE, Sütcü ST. Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2016; 8(1 Suppl):108-128 doi: 10.18863/pgy.32564.

23. Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Özcan T, Tükçapar MH, Kuru E, Yücens B. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2014;25(4):225-33.
24. Şenormancı Ö, Sungur MZ. İnternet Bağımlılığı ve Bilişsel Davranışçı Terapisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010; 11:261-268.
25. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, Rogers MAM. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE. 2016; 11(2),e0149139. doi:10.1371/journal.pone.0149139.
26. Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, Forneris C, Asher GN, Morgan LC, Schwimmer EC, Boland E, Lux LJ, Gaylord S, Bann C, Pierl CB, Lohr KN. Comparative Benefits and Harms of Second Generation Antidepressants and Cognitive Behavioral Therapies in Initial Treatment of Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ, 2015;351, h6019 doi: 10.1136/bmj.h6019.
27. Goddard A. Cognitive behaviour therapy and depression. Br J Hosp Med.1982; 27(3):248, 250, 253.
28. Arslanoğlu K. Psiyatri El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul: İthaki, 2007.
29. Cheng FM, Hsu CC, Lin YR. Nursing experience using cognitive behavior therapy on a multiple suicide adolescent patient. Hu li za zhi The Journal of Nursing. 2009; 56(4):100-104.
30. Wang TB, Chen MT. A Nursing Experience of Cognitive Therapy with A Major Depression Patient. Hu li za zhi The Journal of Nursing. 2005; 52(1):74-80.
31. Huang CM, Hsieh CJ. Treating Bulimia Nervosa: A Nurse's Experience Using Cognitive Behavior Therapy. Hu li za zhi The Journal of Nursing. 2010; 57(2 Suppl):29-34.
32. Miller CR, Eisner W, Allport C. Creative Coping: A Cognitive-Behavioral Group for Borderline Personality Disorder. Archives of Psychiatric Nursing. 1994; 8(4):280-285.

33. Backs BJ, Dobson KS. Depresyon için Bilişsel Terapi: Kuramsal Konular ve Araştırmalar Bağlamındaki Durumu. Türk Psikoloji Dergisi. 1998; 13(41):66-76.
34. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2006;2,15 doi:10.1186/1745-0179-2-15.
35. 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.
36. Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygudurum Dizisi, 1, 2000;5-11.
37. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar, 2003; 6-498.
38. Özgan AY. Depresyon. Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi, Güz Sayısı, 5(6);2012.
39. Ban TA. From Melancholia To Depression A History Of Diagnosis And Treatment, International Network for the History of Neuropsychopharmacology, 2014,(http://inhn.org/fileadmin/previews_new/From_Melancholia_to_Depression_March_6_2014.pdf) Erişim Tarihi 28.08.2016.
40. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, 21. Basım, Ankara: Metis, 2013.
41. Oral T. Karasevda'dan Depresyon'a Hüznün Tarihi. Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, 2009;1-10.
42. Glas G. A conceptual history of anxiety and depression. In: J.A. den Boer & A. Sitsen (Eds.), Handbook on Anxiety and Depression. Marcel Dekker: New York/Basel/Hong Kong, 2nd ed. 2003;1-48.
43. Walker C. Depression and Globalization the Politics of Mental Health in the 21st Century, Springer, 2008;31-57.

44. Engin E, Ergün G. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Bakım Sanatı, Depresyon. Çam E, Engin, E.(Ed.). 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014; p.333-366.
45. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray JL. Global Burden of Depressive Disorders in the Year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 2004;184, 386 -392.
46. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2004.
47. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar 4.Baskı, MN Medikal & Nobel, 2014: p.267-306.
48. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.
49. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*; 1, 2000; 29- 38.
50. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51(1):8-19.
51. Balcıoğlu İ. Depresyonun Etiyopatogenezi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 1999;19-28.
52. Lohoff FW. Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Curr Psychiatry Rep*.2010;12(6):539–546. doi:10.1007/s11920-010-0150-6.
53. Ersan E, Abay E. Depresyonun Genetik Nedenleri. *Duygudurum Dizisi*, 6, 2001;277-282.
54. Levinson DF. The Genetics of Depression: A Review. *Biol Psychiatry*, 2005;1-9. doi:10.1016/J.biopsych.2005.08.024.
55. Bhowmik D, Sampath Kumar KP, Srivastava S, Paswan S, Dutta AS. Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies, *The Pharma Innovation*.2012;1(3):37-51. www.thepharmajournal.com, Erişim Tarihi: 22.09.2016.

56. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyonun Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. *Düşünen Adam*.2004;17(1):27-33.
57. Bondy B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.2002; 4(1):7-20.
58. Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS, Akkaya C. Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.2009;1:22-35.
59. Yemez B, Alptekin K. Depresyonun etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*.1998;1:21-25.
60. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clin N Am*.2012; 35:51–71, doi:10.1016/j.psc.2011.12.001.
61. Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena M. Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*.2011;4,2,229–234, doi: 10.3922/j.psns.2011.2.008.
62. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992;267,1244-1252. doi:10.1001/jama.267.9.1244.
63. Bilici M. Depresif Bozukluklarda Hipotalamik- Pitüiter-Tiroid Eksen. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.1998;8(2):54-58.
64. Eşel E, Sofuoğlu S. Depresyonun Nöroendokrinolojisi. *Duygudurum Dizisi*.2001;3:132-143.
65. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi*.2009;1(1): 32-37.
66. Richards J. Postnatal depression: a review of recent literature. *British Journal of General Practice*.1990;40,472-476.
67. Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum Depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*.2009;6(2):17-22.
68. Chaudron LH. Postpartum Depression: What Pediatricians Need to Know. *Pediatrics in Review*. 2003; 24(5):154-161.
69. Fırat M. Freud, Mutlu Olma İhtimalimiz, Aforizmalar. 8. Basım, İstanbul: Zeplin Kitap, 2016.

70. Taylor D. Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol., 2008;14, 401–413 doi: 10.1192/apt.bp.107.004382.
71. Türkçapar MH. Bilişsel Terapi. 9. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2015.
72. Corey G, 2005, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları, Ergene, T, Ankara: Metis, 2008.
73. Arkar H. Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*.1992;5: 37-40.
74. Greenberger D, Padesky CA, Mind Over Mood. Stroup, E. (Ed.). *Evinizdeki Terapist*, 13. Basım, Aray, T, İstanbul: Altın Kitaplar, 2014.
75. Sammons A. Beck's Cognitive Theory of Depression. www.psychlotron.org.uk, Erişim Tarihi: 10.07.2016.
76. Özmen M. Depresyonun Psikoterapisi. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu İstanbul*, 1999;121-131.
77. Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Tashman NA, Steinberg DL, Rose DT, Donovan P. Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37:503-531.
78. Gökçakan Z, Gökçakan N. Depresyonda Bilişsel Terapi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.2005; 1(1):91-101.
79. Beck JS, *Cognitive Behavior Therapy: Basic and Beyond*. Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi, 2. Basım, Şahin M, Ankara: Nobel Akademik, 2015.
80. Kumari N, Blackburn IM. How specific are negative automatic thoughts to a depressed population? An exploratory study. *Br J Med Psychol*.1992; 65(2):167-76.
81. Burns D, *Feeling Good- The New Mood Therapy*. İyi Hissetmek-Yeni Duygudurum Tedavisi, 19. Basım, Karaosmanoğlu HA, İstanbul: Psikonet, 2015.
82. Bozkurt N. Depresyonda Bilişsel- Davranışçı Yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Kuramı. *Ege Eğitim Dergisi*.2003;(3)2:59-64.
83. Özakkaş T. *Bütüncül Psikoterapi*. 7. Basım. İstanbul: Litera, 2015.

84. Seligman MEP. Alleviation of Learned Helplessness in The Dog. *Journal of Abnormal Psychology*.1968; 73(3):256-262.
85. Burger JM, Arkin RM. Prediction, Control, and Learned Helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*.1980; 38(3):482-491.
86. Hovardaoğlu S. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli. *Psikoloji Dergisi*.1986; 5(20):3-8.
87. Seligman MEP, Maier SF. Failure to Escape Traumatic Shock. *Journal of Experimental Psychology*.1967; 74(1):1-9.
88. Fogle DO. Learned Helplessness And Learned Restlessness. *Psychotherapy: Theory, Research And Practice*.1978; 15(1):39- 47.
89. Maier SF, Seligman MEP. Learned Helplessness at Fifty: Insights From Neuroscience. *Psychological Review*.2016; 123(4):349–367.
90. Gökkaya VB. Çaresizliği Öğrenen Kadın: Öğrenilmiş Çaresizlik. *International Periodical For The Languages, Literature And History of Turkish or Turkic*, 10/14, 2015:53-70. doi: [Http://Dx.Doi.Org/10.7827/Turkishstudies.8921](http://Dx.Doi.Org/10.7827/Turkishstudies.8921).
91. Tutar H. Örgütsel Eylemsizliği Açıklama Aracı Olarak Öğrenilmiş Çaresizlik. “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi.2007; 9(4):142-161.
92. Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*.2009;62(47suppl):25-29, doi:10.1080/08039480802315640.
93. Kivi M, Eriksson MCM, Hange D, Petersson EL, Vernmark K, Johansson B, Björkelund C. Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from the PRIM-NET Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*.2014;43(4):289–298, <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2014.921834>.
94. Mueller TI, Leon, AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, Warshaw M, Maser JD. Recurrence After Recovery From Major Depressive Disorder During 15 Years of Observational Follow-Up. *Am J Psychiatry*.1999;156(7):1000–1006.
95. Fava M, Kendler KS. Major Depressive Disorder. *Neuron*.2000;28:335–341.

96. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*.1993; 1(3):134-138, doi: 10.1501/Kriz_00000000044.
97. Takahashi Y. Depression and Suicide. *JMAJ*. 2001; 44(8):359–363.
98. Johnson T, Tomren H. Helplessness, Hopelessness, and Despair: Identifying the Precursors to Indian Youth Suicide. *American Indian Culture and Research Journal*.1999; 23(3):287–301.
99. Maner F. Kronik Depresyon. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*.1990;1:38-40.
- 100.Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
- 101.Ceylan ME, Yazan B. Depresyonun Biyolojik Tedavileri. *Psikiyatri Dünyası*, 2, 1998;60-67.
- 102.Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 2004;17-24.
- 103.Duran A. Depresyon Tedavisinde Hastaya Yaklaşım, Farmakoterapi Prensipleri, Trisiklik ve Tetrasiklik Antidepressanlar, SSRI'lar ve SNRI'ler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık, İstanbul, 1999;93-106.
- 104.Demirkıran F, Terakye G. Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi. *Kriz Dergisi*. 2001;9:29-39.
- 105.Zeren T, Tamam L, Evlice YE. Elektrokonvulsif Terapi: 12 Yıllık Uygulamanın Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*.2003; 41(2):54-63.
- 106.Gorman LM, Sultan DF. Psikososyal Hemşirelik, Genel Hasta Bakımı İçin, Öz F, Demiralp M, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014.
- 107.Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Preference and Adherence*.2012;6:369–388. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S29716>.

- 108.Eskin M. İntiharda Bilişsel Davranışçı Sağaltım Yaklaşımları. Kriz Dergisi.2007; 15(2):15-35.
- 109.Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grand S. Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. (Am J Psychiatry.2004;161:1872–1876.
- 110.Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model. Düşünen Adam.2001; 14(1):33-40.
- 111.Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R. et al. Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: A Multicenter Prospective Randomized Controlled Trial. Am J Psychiatry.2013;170:624–632.
- 112.Cuijpers PA. Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: A Meta- analysis of Lewinsohn’s “Coping With DEpression” Course. Behavior Therapy.1998; 29:521-533.
- 113.Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. İ.U.F.N. Hem. Derg.2011; 19(3):187-193.
- 114.Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:9, Ankara, 1997.
- 115.Hamamcı Z, Büyüköztürk S. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: Development of The Scale and Investigation of Its Psychometric Characteristics. Psychological Reports.2004; 95:291-303.
- 116.Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, Mack N, Myszkowski M. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated March 2016. www.icsi.org. Erişim Tarihi: 13.12.2016.
- 117.NICE Depression: Treatment Management of Depression in Adults, including Adults with a Chronic Physical Health Problem. London, National Institute for Clinical Excellence, 2010.
- 118.Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi.2012; 5(2):34-38.

- 119.Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. Bir Devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*.2011;1(2):16-20.
- 120.Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. 1: lifetime prevalence, chronicity and recurrence, *J Affect Disord*.1993; 29(2-3):85–96.
- 121.Savrun M. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 1999;11-17.
- 122.Duman ZÇ, Kocaman N, Üçok A, Er F, Kanık T, Doğaner M. Yatan Hastalarda Psikoeğitsel Tedavi Grubunun Etkinliği. *Düşünen Adam*. 2006;19(2):64-71.
- 123.Edwards S. Creating Opportunities for Personal Empowerment for Adolescent Students in a Rural High School. Doctor of Nursing Practice Capstone Projects,3, 2014.
- 124.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 ScientificWorld Journal*,11,2015; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/718607>.
- 125.Aytar G. Depresyondaki Düşünce Bozukluklarının Bilişsel Kuram Açısından İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi, 76 sayfa, (Prof. Dr. Özcan KÖKNEL), 1987.
- 126.Hamamcı Z. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımla Bütünleştirilmiş Psikodramanın Temel İnançlar Üzerine Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2003; 2(19):7-13.
- 127.Hovermale R. Utilization of COPE in the College Population. Doctor of Nursing Practice Capstone Projects. 4, 2014.
- 128.Karagöz Y. Olumlu Düşünme Eğitim Programının Ergenlerin Geleceğe Yönelik İyimserlik, Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim

Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 179 Sayfa, (Yrd. Doç. Dr. Şüheda ÖZBEN), 2011.

- 129.Çelik C. Majör Depresif Bozuklukta Mizaç ve Karakter Özellikleri ile İşlevsel Olmayan Tutumlar: Kontrollü Bir Çalışma. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, 95 sayfa, (Doç. Dr. Hatice GÜZ ÖZYILDIZ), 2007.
- 130.Rehm LP. Cognitive and Behavioral Theories of Depression. e-Book 2015 International Psychotherapy Institute, freepsychotherapybooks.org, 2015, Erişim Tarihi: 05.10.2016.
- 131.Şimşek EU. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımla ve Rol Değiştirme Tekniğiyle Bütünleştirilmiş Film Terapisi Uygulamasının İşlevsel Olmayan Düşüncelere Ve İyimserliğe Etkisi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler, Rehberlik Ve Psikolojik Danışma Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 224 sayfa, (Prof. Dr. Üstün Dökmen), 2003.
- 132.Özgüven HD. Psikiyatrik Kriz Vakalarında Hatalı Otomatik Düşünceler ve Fonksiyonel Olmayan Tutumların Sıklığı. Kriz Dergisi.1999; 7(2):9-16.
- 133.Kaya İ, Hamamcı Z. Anne-Babaların Akılcı Olmayan İnançları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2011; 11(3):1149-1165.
- 134.Türküm S. Akılcı Olmayan İnanç Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Kısaltma Çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.2003; 2(19):41-47.
- 135.Yılmaz BŞ, Duy B. Psiko-Eğitim Uygulamasının Kız Öğrencilerin Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançları Üzerine Etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.2013; 4(39):68-81.
- 136.Hamamcı Z. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımla Bütünleştirilmiş Psiko-Dramanın Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaların ve Temel İnançlar Üzerine Etkisi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 282 sayfa. (Prof. Dr. Üstün DÖKMEN), 2002.
- 137.Kılınç H, Sevim SA. Ergenlerde yalnızlık ve bilişsel çarpıtmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.2005; 38(2):67-89.

- 138.Gizir CA. Üniversite öğrencilerinin ilişki inançlarının cinsiyet ve romantik ilişki yaşama durumlarına göre incelenmesi. Eğitim ve Bilim.2013; 38(170):372–383.
- 139.Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Medicine. 2009; 7:79, doi:10.1186/1741-7015-7-79.



8.EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı;

“Elinizde bulunan bu anketler bilimsel bir araştırma amacıyla hazırlanmış olup; hastalığınızla ilgili soruları içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyup soruları size en uygun biçimde cevaplamanız, çalışmanın doğru bir şekilde sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmanın en uygun şekilde değerlendirilebilmesi için soruların boş bırakılmaması önemle rica olunur. Araştırmadan elde edilecek veriler sadece araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu nedenle isim yazmanıza gerek yoktur.

Katılımınız ve araştırmaya vermiş olduğunuz desteklerden dolayı teşekkür ederiz.

1) Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız:.....

a)18-25 b)26-35 c)36-45 d)46-55 e) 55 üstü

3) Eğitim durumunuz?

a) Yok b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üstü

4) Medeni durumunuz?

a) Evli b)Eşi ölmüş c)Ayrı d)Boşanmış e)Hiç evlenmemiş

5) Çalışma durumunuz?

a) Çalışan b) Ev kadını c)İşsiz d)Emekli e)Öğrenci

6)Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

a) Eş ve çocuk/lar

b) Anne-baba-kardes

c) Diğer (Yalnız, Arkadas ile vb.)

7) Ne kadar süredir bu tanıyı aldınız:.....

8) Mevcut rahatsızlığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yattınız?

- a) Bir
- b) İki
- c) üç ve üzeri

9) İntihar girişiminde bulundunuz mu?

- a) Yok
- b) Girişim var
- c) Düşüncesi var

10) İlaç kullanımının değerlendirilmesi (son 6 aydır);

- a) Tedaviye tamamen uyumsuz
- b) Tedaviye uyumunda belirgin aksamalar var
- c) Az da olsa ilaç uyumunda aksamalar var
- d) İlaç kullanımı ve tedaviye uyumlu”

Ek 2: Otomatik Düşünceler Ölçeği

“Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1. Hiç aklımdan geçmedi 2. Ender olarak aklımdan geçti 3. Arada sırada aklımdan geçti 4. Sık sık aklımdan geçti 5. Hep aklımdan geçti

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-sıra	Sık sık	Her zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5”

Ek 3: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)

“Açıklama: Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu yada inandığı tutumların bir listesini içermektedir. Lütfen **HER CÜMLEYİ** ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin. Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine çarpı (X) işareti koyarak belirleyiniz. Lütfen seçimlerinizin **SİZİN GENEL OLARAK** nasıl düşündüğünüzü yansıtmalarına özen gösteriniz.

1. Tümüyle katılıyorum 2. Genellikle katılıyorum 3. Oldukça katılıyorum
4. Biraz katılıyorum 5. Ender olarak katılıyorum 6. Çok az katılıyorum
7. Hiç katılmıyorum

Ne kadar katılıyorsunuz?

Tümüyle

Hiç

1. Bir insanın mutlu olabilmesi için mutlaka ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Risk almak hiçbir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.	1	2	3	4	5	6	7
6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
10. İnsan bir işi iyi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.	1	2	3	4	5	6	7
11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir	1	2	3	4	5	6	7
14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7

16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece bir hiç sayılırım.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sonucu başarısızlık da olsa insan yaptığı işten zevk alabilir	1	2	3	4	5	6	7
18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.	1	2	3	4	5	6	7
19. Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.	1	2	3	4	5	6	7
20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
21.En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir	1	2	3	4	5	6	7
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.	1	2	3	4	5	6	7
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenilebileceği başka insanların olması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir	1	2	3	4	5	6	7
31. Bana zarar verebileceklerini düşündüğümünden diğer insanlara güvenmem.	1	2	3	4	5	6	7
32.Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın	1	2	3	4	5	6	7
33. İnsanın başka insanları mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.	1	2	3	4	5	6	7
35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarımı onaylaması gerekmez	1	2	3	4	5	6	7
36. İnsan, sorunlarından uzak durabildiği sürece sorunlar da ortadan kalkar.	1	2	3	4	5	6	7
37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı, vb.) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.	1	2	3	4	5	6	7
40.Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim	1	2	3	4	5	6	7"

Ek 4: İlişkilere İlişkin Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği

“Bu ölçek, insanların kişiler arası ilişkilerle ilgili olarak benimsedikleri bazı düşünceleri içermektedir. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuyup, bu düşüncelere ne derece katıldığınızı cevap kağıdında yazılı şıkları dikkate alarak belirtiniz. Okuduğunuz her bir ifade için tek bir işaretleme yapmaya özen gösteriniz.

Her insanın kendine özgü bir kişisel görüşü bulunduğundan bu ifadelerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. İşaretlemenizi genel olarak nasıl düşündüğünüzü dikkate alarak yapınız.

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Oldukça katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1. İnsanlarla fazla samimi olmak genellikle sorun yaratır.					
2. İnsanlar beni hiç anlamıyor.					
3. Çevremdeki insanlara gerçek duygu ve düşüncelerimi ifade dersem onlar tarafından reddedileceğime inanıyorum					
4. Bu hayatta gerçek dost yoktur.					
5. İlişki kurduğum herkesin tüm duygu ve düşüncelerini benimle paylaşmasını isterim.					
6. Bir insanın gözünden nasıl bir insan olduğunu anlarım					
7. Karşımdaki kişiler ifade etmeseler de onların ne düşündüğünü anlarım.					
8. Karşımdaki kişi ben ifade etmesem de benim ne düşündüğümü anlayabilmelidir.					
9. Kendimi iyi hissedebilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşünceleri olumlu olmalıdır.					
10. İnsanlar verdiği sözleri yerine getirmezler.					
11. Her zaman bir sosyal grupta yer almalıyım.					
12. Sosyal ortamlarda insanların beni olduğum gibi kabul etmeyeceğini düşünüyorum.					
13. Çevremizdeki insanlara karşı sürekli tetikte olmakta yayar var.					
14. Çevremdeki insanları üzmemek için hep kendimden ödün veririm.					
15.İlişkilerimde insanları hoşnut kılmak için onların istediği gibi davranmalıyım.					

16. Her zaman çevremde birilerinin olmasını isterim.					
17. İnsanların bana daima anlayışlı davranmasını isterim.					
18. İlişkilerde insanlar birbirlerinin tüm beklentilerini karşılamalıdır.					
19. İnsanlarla ilişkileri yüzeysel tutmakta her zaman yarar vardır.”					



Ek 5: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	
Depresyon hastalarına verilen psikoeğitimin bilişsel çarpıtmalar üzerine etkileri	
Araştırmacı Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	Hastanın Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

Sayın KATILIMCI,

Bu araştırma, depresyon bozukluğu olan bireylere verilen psikoeğitimin bilişsel çarpıtmalara etkilerini belirlemek amacıyla yapılan deneysel nitelikte bir çalışmadır. Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, hastalara uygun yaklaşımlar geliştirmeyi ve planlamayı hedefledik. Araştırma; yaklaşık olarak, istekli olan 60katılımcı ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere bir anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacaktır. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Rızası:

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

Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

XXXXXX

Ek 6: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Depresyon Hastalarına Verilen Psikoeğitimin Bilişsel Çarpıtmalar Üzerine Etkileri	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		121	
KARAR BİLGİLERİ	FORMU		
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
Karar No:2015 /121		Tarih: 06.04.2015	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr.Ercan SİVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Elden teslim aldım
Kobay Kurumkoptuyl

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Depresyon Hastalarına Verilen Psikoeğitimin Bilişsel Çarpıtmalar Üzerine Etkileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		121
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği A.B.D.			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER	☐					

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

İmza:

(Handwritten signatures of the committee members)

Not: Etik Kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Gaziantep Şahinbey ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Gaziantep'in Şahinbey ilçesinde tamamladı. 2008 yılında Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ni kazandı ve 2012 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2013 yılında Kilis Devlet Hastanesine atandı. 2013 yılı Ağustos ayında Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi'ne atandı ve halen bu hastanede görev yapmaktadır. 2013 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı.

Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL