

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

(YÜKSEK LİSANS)

**DEPRESYONLA BAŞA ÇIKMADA ÖZ YETERLİK İLE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ESRA ALBAL

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. YASEMİN KUTLU**

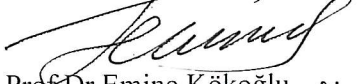
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI/PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2009

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

21 / 07 / 2009


Prof. Dr. Emine Kökoğlu y.
Enstitü Müdürü

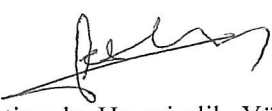
Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Psikiyatri Hemşireliği
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği
Tez Sahibi : Esra Albal
Tez Başlığı : "Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki"
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 23 / 07 / 2009

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof. Dr. Sevim Buzlu İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2. Yard. Doç. Dr. Yasemin Kutlu (Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3. Yard. Doç. Dr. Neslihan Özcan İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4. Yard. Doç. Dr. Hülya Bilgin İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5. Yard. Doç. Dr. Duygu Gözen İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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 olmadığı beyan ederim.

Esra ALBAL

İTHAF

Canım aileme ve nişanlım Emre Atila'ya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışman hocam Yard. Doç. Dr. Yasemin Kutlu'ya,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmanın başlangıcından sonuna kadar göstermiş olduğu özveri ve desteğiyle hep yanımda olan, en yoğun zamanlarında bile bana vakit ayırarak her zaman yardım elini uzatan nişanlım Emre Atila'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu'ya, Yard. Doç. Dr. Leyla Küçük'e,

Yüksek lisans eğitimim ve araştırmanın geçerlilik ve güvenilirlik aşamasında göstermiş olduğu destek ve yardımları ile büyük katkı sağlayan değerli hocam Yard. Doç. Dr. Hülya Bilgin'e,

Araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik aşamasında yardımlarını ve tecrübelerini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Suzanne Perraud'a, değerli hocalarım Prof. Dr. Nursen Nahcivan'a ve Yard. Doç. Dr. Nihal Esin'e, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan değerli doktor ve hemşire arkadaşlarıma, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarına, değerli arkadaşım Yeşim Solak'a,

En zor zamanlarımda yanımda olarak destek ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli arkadaşlarım Hayrettin Kılıç'a, Seda Kılıç'a, Leyla Kılıç'a, Süheyla Kılıç'a ve Eyüp Bay'a,

Yaşamlarını ve duygularını içtenlikle paylaşarak bu çalışmanın yapılabilmesini sağlayan tüm hastalara,

Hayatımın her aşamasında korkmadan ve yılmadan yol almamı sağlayan, bugünüme gelmemde maddi ve manevi desteğini esirgemeyen canım aileme,

Ve bu tezin hazırlanmasında adını sayamadığım katkıda bulunan tüm kişi ve kuruluşlara,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Depresyon	5
2.1.1. Başa Çıkma	9
2.1.2. Öz Yeterlik.....	13
2.1.3. Depresyonla Başa Çıkma ve Öz Yeterlik	20
2.2. Sosyal Destek.....	22
2.2.1. Sosyal Desteğin Depresyon, Öz Yeterlik ve Başa Çıkma ile İlişkisi.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	30
3.5. Araştırma Soruları.....	31
3.6. Veri Toplama Araçları	32
3.6.1. Anket Formu	32
3.6.2. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Ölçeği -DBÖÖ (Depression Coping Self-Efficacy Scale-DCSES).....	32
3.6.2.1. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Ölçeğinin Geçerliliği	35
3.6.2.2. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Ölçeğinin Güvenirliği	36

3.6.3. Beck Depresyon Envanteri –BDE (Beck Depression Inventory-BDI).....	43
3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)	43
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.8. Araştırmanın Uygulanması	44
3.9. Araştırmanın Etik Yönleri.....	45
3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	46
3.11. Araştırmanın Kısıtları	47
4. BULGULAR.....	48
4.1. Örneklem Grubunun Bireysel ve Hastalık Özellikleri.....	49
4.2. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeği İle İlgili Bulgular.....	54
4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlgili Bulgular	58
4.4. BDE, DBÖÖ ve ÇBASDÖ ile İlgili İlişki Analizleri	62
5. TARTIŞMA	64
5.1. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	65
5.1.1. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ile Bireysel Özelliklerin Tartışılması.....	65
5.1.2. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ile Hastalık Özelliklerinin Tartışılması.....	69
5.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	72
5.2.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Alt Boyutları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	72
5.2.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Bireysel Özelliklerin Tartışılması.....	72
5.2.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Hastalık Özelliklerinin Tartışılması....	76
5.3. Depresif Belirti Düzeyleri, Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler ile İlgili Bulguların Tartışılması	79
5.3.1. Depresif Belirti Düzeyleri ve Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	79
5.3.2. Depresif Belirti Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	82
5.3.3. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	85

6. SONUÇLAR.....	88
7. ÖNERİLER.....	90
KAYNAKLAR	91
FORMLAR	106
ÖZGEÇMİŞ	132

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Geçerlik/güvenirlik örneklem grubu sosyo-demografik özellikleri.....	34
Tablo 3-2: Pilot çalışma ve çalışma yapı geçerliği analizi.....	36
Tablo 3-3: Test tekrar test madde korelasyon analizi.....	38
Tablo 3-4: Pilot Çalışma, Çalışma ve Sağlıklı Grup Cronbach Alpha Analizi Sonuçları	39
Tablo 3-5: Yatış ve Çıkış Madde-Toplam Korelasyon Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 4-1: Örneklem grubunun bireysel özellikleri	49
Tablo 4-2: Örneklem grubunun hastalık özellikleri.....	51
Tablo 4-3: Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri.....	54
Tablo 4-5: DBÖÖ puanları ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması.....	54
Tablo 4-6: DBÖÖ puanları ile hastalık özelliklerin karşılaştırılması	56
Tablo 4-7: ÇBASDÖ ve alt boyutları dağılımları.....	58
Tablo 4-8: ÇBASDÖ'nin alt boyutlarının karşılaştırılması	58
Tablo 4-9: ÇBASDÖ puanları ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması.....	59
Tablo 4-10: ÇBASDÖ puanları ile hastalık özelliklerin karşılaştırılması	61
Tablo 4-11: BDE ile DBÖÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki.....	62
Tablo 4-12: DBÖÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki	63

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Test - tekrar test örneklem grubu	37
--	----

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BDI	: Beck Depression Inventory
CVI	: Content Validity Index
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DBÖÖ	: Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeği
DCSES	: Depression Coping Self-Efficacy Scale
DÇP	: Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği çıkış puanı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DYP	: Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği yatış puanı
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
NIH	: National Institute of Health
NIMH	: National Institute of Mental Health
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

ÖZET

Albal, E. (2009). Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, depresyon ile başa çıkmada öz yeterlik düzeyini ve öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin akut psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören depresyon tanılı 105 hasta birey oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri; anket formu, Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, karşılaştırma istatistikleri (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, student t testi, post-hoc tukey testi) ve ilişki analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; hastaların taburculuktaki depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği puanlarının ($69,34 \pm 18,83$) yatıştaki puanlarına göre ($48,10 \pm 21,35$) daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastaların cinsiyeti, çalışma durumu, ailelerini tanımlamaları, hastalanma sayısı, yatış süresi, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Benzer şekilde hastaların medeni durumu, ailelerini tanımlamaları, hastalanma sayısı, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü ile de algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İlişki analizlerinde ise; depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki, algılanan sosyal destek düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında negatif yönlü orta derecede bir ilişki, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında ise pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmuştur.

Çalışma sonuçları; öz yeterlik ve algılanan sosyal desteğin depresyonla başa çıkmada önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, öz yeterlik, başa çıkma, algılanan sosyal destek

ABSTRACT

Albal, E. (2009). A Research on The Relationship Between Depression Coping Self Efficacy And Perceived Social Support. Institute of Health Sciences, Department of Psychiatric Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This study was designed as a descriptive research to determine depression coping self efficacy levels of individuals and the relationship between self efficacy and perceived social support.

The sample group consisted of 105 patients who were diagnosed with depression and treated as inpatients in acute psychiatry clinics of Bakırköy Mental Health and Neurological Disease Education and Treatment Hospital.

Data was collected with questionnaire, Depression Coping Self Efficacy Scale, Beck Depression Inventory and Perceived Social Support Scale.

Descriptive statistics, comparison statistics (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, t test, post-hoc Tukey test) and correlation methods were used to process and evaluate data.

As a result of the research, it is found that Depression Coping Self Efficacy scores of patients were higher in discharge ($69,34 \pm 18,83$) when compared to admission ($48,10 \pm 21,35$). In addition; a significant difference is determined between gender, employment status, family definition, number of relapses of disease, length of stay in hospital, suicide ideation and violence history of patients and their depression coping self efficacy levels. Similarly, a significant difference is determined between marital status, family definition, number of relapses of disease, suicide ideation and violence history of patients and their perceived social support levels. Further more, as a result of correlation analysis, it is determined that a significant negative relationship exists between depression coping self efficacy levels and depressive symptom levels, a moderate negative relationship exists between perceived social support and depressive symptom levels, and a moderate positive relationship exists between depression coping self efficacy levels and perceived social support. Results of this research show that self efficacy and perceived social support are important factors in coping with depression.

Keywords: Depression, self efficacy, coping, perceived social support.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon üretim kaybına, günlük yaşamdaki işlevselliğinin ve mesleki işlevselliğin azalmasına, finansal zorluklara, kişilerarası ilişkilerin ve evlilik ilişkilerinin bozulmasına hatta ölüme neden olan ve bireyi olumsuz olarak etkileyen en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biridir (Tucker ve ark. 2002; Gilliam 2005; Ingram ve ark. 2007; Stjernsward ve Östman 2007).

Depresif semptomların azalmasında veya devam etmesinde uygun başa çıkma stratejilerinin kullanılması, öz yeterlik, sosyal desteğin varlığı, antidepresan ilaç tedavisinin etkinliği, depresyonun şiddeti gibi birçok faktör rol oynamaktadır (Perraud 2000).

Başa çıkma, günlük yaşamda karşılaşılan zorluklar ve stresli yaşam olayları ile ilişkili psikososyal, duygusal ve fiziksel sıkıntıları azaltmak amacıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içeren çok boyutlu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Wang ve Patten 2002; Hussain ve Cochrane 2003; Scharer 2005; Greenglass ve ark. 2006).

Lazarus ve Folkman (1984), başa çıkmanın iki temel fonksiyonunu tanımlamıştır. Bunlar stresli duyguları düzenlemek için kullanılan duygu temelli başa çıkma/pasif başa çıkma ve strese neden olan rahatsız edici kişi-çevre ilişkilerini değiştirmek için kullanılan problem temelli başa çıkma/aktif başa çıkma'dır (Kaynak: Scharer 2005 p.27).

İnsanın ümidinin ve moralinin devam etmesi, zorlu durumlarla başa çıkma ve mücadelelerini sürdürmelerinde en önemli etkindir (Harber ve ark. 2005). Dolayısı ile başa çıkma kaynaklarının, depresyonda önemli bir rol oynadığına inanılmaktadır (Wang ve Patten 2002). Bireylerin ne kadar depresyon ve stres yaşayacağı başa çıkma davranışlarına bağlıdır (Mao ve ark. 2003).

Başa çıkma davranışları, stresin depresif semptomlar üzerindeki etkisini azaltarak insanın iyilik halini etkiler. Etkili başa çıkma stratejileri kullanan insanların, daha düşük depresif semptomlara yakalanma riskine sahip olduğu ve özellikle problem temelli başa çıkma davranışlarının kullanılmasının, depresif semptomları azaltıcı etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Wang ve Patten 2002; Mao ve ark. 2003).

Başa çıkma davranışlarının olası belirleyicilerinden biri de öz-yeterliktir. Bandura (1997) öz yeterlik inançlarının, depresyonun da dahil olduğu duygusal durumları düzenlediğini ileri sürmüştür (Kaynak: Stewart 2007 p. 33).

Bireylerin potansiyel stresli durumları kontrol altına almak ve özel görevleri gerçekleştirmek için kendilerine olan inançları şeklinde tanımlanan öz yeterlik, sosyal ilişkiler ve sağlıklı olma arasındaki ilişkiye işaret eden ve buradan çıkarımlar yapan oldukça önemli bir psikolojik kaynaktır (Fiori ve ark. 2006; Perraud ve ark. 2006). Algılanan öz yeterlik sağlıkla ilgili davranışları anlamak ve sağlık davranışlarının bir tanımlayıcısı olarak kullanılmaktadır (Tsay ve Chao 2002).

Öz yeterlik; insanların davranışlarının ve hedeflerinin seçimini, zorluklar karşısındaki azmini, çaba ve motivasyonunu, başarı beklentilerini, nasıl etkili bir şekilde tepki verileceğini, duygusal iyilik halinin kalitesini belirleyen ve önemli kararlarının seçimini etkileyen inançlarıdır (Craft 2002; Stawart 2007).

Öz yeterlik inançlarının stres, sağlık, gelişimsel, klinik, eğitim ve kariyer başarısı, depresyon, kendine zarar verme, bağımlılık, sosyal yetenekler gibi birçok psikososyal alan ile köprü kurduğu ve insan davranışlarının anlaşılmasında ve klinik durumun belirlenmesinde rol oynadığı bulunmuştur (Tate 2005; Gaudiano ve Herbert 2006; Perraud 2006).

Öz yeterlik inançları, stresin algılanmasını ve strese verilen tepkiyi azaltmaya yardımcı olarak bireyin olumsuz yaşam deneyimleri ve engeller karşısındaki başa çıkma davranışlarının başlatılıp başlatılamayacağını, ne kadar çaba harcayacağını ve başa çıkma davranışlarının ne kadar devam edeceğini belirler (Cutrona ve Troutman 1986; Erdwins ve ark. 2001; Haslam ve ark. 2006; Mazzarella 2006). Yani öz yeterlik inancı, bireyin stresle başa çıkma kapasitesini etkilemektedir (Keskin ve Orgun 2006).

Stresle karşılaşıldığında öz yeterlik duygusu yüksek olan insanlar, zorluklar karşısında daha ısrarcı ve daha pozitif davranarak uyumlu ve aktif başa çıkma davranışları gösterme, kendilerine yüksek hedefler koyma ve yüksek başarı beklentilerine sahip olma eğilimindedirler (Pinquart ve ark. 2004; Haslam ve ark. 2006). Bunun tam tersine ise öz yeterliği düşük olan insanlar zorlu durumlarla mücadeleden kolaylıkla vazgeçme eğiliminde olup yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete yaşamaktadırlar (Cutrona ve Troutman 1986; Francis ve ark. 2007).

Öz yeterlik duygusunun yüksek ya da düşük olmasında sosyal destek önemli bir belirleyicidir (Tuğrul 2000; Kraaij ve ark. 2002). Sosyal destek stres altındaki ya da güç durumdaki bireylere çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olup bireyin sorunun üstesinden gelmesinde etkin bir başa çıkma mekanizması olarak çalışmakta, stresli yaşam olaylarını önleyerek hastalık riski azaltılabilmekte veya stresörün etkisini hafifleterek bireyi hastalıklara karşı koruyabilmektedir (Tel ve Uzun 2003).

Sosyal destek ruh sağlığı üzerinde doğrudan etki göstermez. Birey, stresli sosyal çevreye maruz kaldığında bir tampon görevi üstlenerek ruhsal bozuklukların riskini azaltır (Dalgard ve ark. 1995).

Depresyonla ilişkilendirildiğinde, sosyal desteğin depresyon üzerinde hafifletici etkisi olduğu ve stresli yaşam olaylarının depresif semptomlar üzerindeki olumsuz etkisine aracılık yaparak stresin depresif semptomlar üzerindeki potansiyel etkisini azalttığı ifade edilmiştir (Chung 1995; Weber 2001; Besser ve Priel 2007; Knowlton ve Latkin 2007; Park 2007; Taylor ve Stanton 2007). Araştırmalar, depresyon ile sosyal destek arasında negatif yönde ilişki olduğunu ve depresyonun daha iyi bir sosyal destekle azalabileceğini ileri sürmüştür (Greenglass ve ark. 2006; Knowlton ve Latkin 2007).

Aynı zamanda diğer insanlarla kurulan destekleyici ilişkiler algılanan öz yeterliği de etkileyebilmektedir (Cutrona ve Troutman 1986). Sosyal desteğin, öz yeterlik algılamasını doğrudan etkilediği aynı zamanda öz yeterliği ve bireylerin sağlık ve iyilik halini de dolaylı olarak geliştirdiği ileri sürülmüştür (Chung 1995; Mazzarella 2006).

Araştırmalar güçlü ve özel alanlarda öz yeterliliğe ve daha destekleyici çevreye sahip olan insanların depresyondan daha az acı çektiklerini, kendilik değerinin daha yüksek olduğunu, daha etkili bilişsel stratejiler seçip kusurlu olanları daha iyi elediklerini, daha iyi çözümler seçip zorluklarla daha fazla mücadele ettiklerini ve hedeflerine ulaşmak için daha çok çaba harcadıklarını göstermiştir (Cheung ve Sun 2000; Tate 2005; Mazzarella 2006; Francis ve ark. 2007).

Görüldüğü gibi destekleyici ilişkiler, bireylerin sağlığını yükseltme ve sağlık problemlerini önleme, daha iyi bir yaşam memnuniyeti sağlama, bireyleri stresin etkilerine karşı koruyarak başa çıkma mekanizmalarının güçlendirilmesini ve daha iyi sağlık sonuçlarının elde edilmesini sağlayarak stresin negatif etkilerinden korumanın

yanı sıra depresif semptomlar üzerinde de iyileştirici etkiye sahiptir (Weber 2001). Ayrıca değer verilen ve saygı duyulan insanlarla kurulan ilişkiler bireyin kendisine değer vermesinin yanı sıra kendisine olan güven duygusunun oluşmasına ve öz yeterliğinin gelişmesine de kaynak sağlar (Chung 1995). Dolayısıyla sosyal ilişkiler psikososyal iyilik halini, anksiyete ve depresyonu ve bireylerin stres seviyelerini etkileyerek ruh sağlığına katkıda bulunur (Weber 2001; Balaji ve ark. 2007; Ayaz ve ark. 2008).

Bu çalışmanın amacı depresif bireylerin depresyonla başa çıkmadaki öz yeterlik durumunu belirlemek ve öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

Yaşamdan zevk alma, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, geleceğe umutla bakma ve bir amaç çerçevesinde yaşamı sürdürme, insana değerli olma duygusunu yaşatan, sorunları ile baş etmesini sağlayan ve üretmesine katkı veren temel öğelerdir (Kelleci 2007).

Ancak, birçok insan hayatlarının bazı dönemlerinde depresif duygular hissedebilir. Cesaret ve hayal kırıklığı, hatta ümitsizlik bu durum için verilen normal reaksiyonlardır. Bu duygular, kendi kendilerine kademeli olarak yok olup gitmeden önce sadece birkaç gün veya birkaç hafta hissedilirler. Fakat söz konusu duyguların 2 haftadan daha uzun süre devam etmesi ve bireylerin işini, ailesini ve hayatının diğer yönlerini etkilemeye başlaması “klinik depresyon”un bir işareti olabilir (Macnaughton 2003).

2.1. Depresyon

Ruhsal bozukluklar yüksek yaygınlık oranları, yüksek kronikleşme eğilimleri ve taşıdıkları tedavi güçlükleri nedeniyle günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Kaya ve ark. 2007). Depresyon da bu hastalıklar arasında en sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek kronikleşme ve yinleme oranları gösteren, önemli intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturması ve ciddi fiziksel ve psikososyal yeti yitimine yol açması nedeniyle son derece yıkıcı, ciddi bireysel ve toplumsal bir ruh sağlığı sorunudur (Karaca ve ark. 1999; Akkaya 2005; Özdemir ve Rezaki 2007).

Depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içinde duygularda güvensizlik, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, çöküntü duygu ve düşüncelerinin oluşması gibi belirtileri içeren ruhsal bir rahatsızlık durumudur (Aşkın 1999; Ertem ve Yazıcı 2006).

Depresyon çok eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olmakla birlikte, endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı stres, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, yaşamdan beklentilerin artması, fiziksel hastalıklar, olumsuz sosyal ve ekonomik koşullar, psikososyal çevredeki olumsuz değişimler depresyon riskini arttırmaktadır (Cimili 2001; Kelleci 2007).

Psikolojik sağlık değerlendirmelerinde en sık görülen psikolojik rahatsızlığın bir duygudurum değişikliği olarak “depresyon” olduğu belirtilmiştir ( ren ve Gençdoğan 2007). Bu yüzden depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, yineleme risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem taşımaktadır (Karaca ve ark. 1999).

Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ), dünya nüfusunun %3 ile %5’ inde depresyon yakınmaları olduğunu ve tıbbi nedenlerle pratisyen doktora başvuran insanların %8 ile %15’inin tedavi gerektiren depresyon belirtileri gösterdiğini belirtmiştir. Hastalığın riski üzerine en kesin veriler batılı endüstrileşmiş ülkelere aittir. Bunlara göre bütün erkeklerin % 13’  ve bütün kadınların % 20’si yaşamları boyunca en az bir kere depresyon yakınmaları göstermektedirler ( ren ve Gençdoğan 2007).

Dünya Sağlık  rg t  (1997) depresyonun, 2020 yılına kadar zaman kaybına, yeti yitimine ve  l me neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağını, depresyonun hastalık yükü açısından gelişmiş ülkelerde ilk sırada, gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada olacağını ve depresyonun yetersizliğin dünya çapında ikinci en önemli nedeni, gelişmiş ülkelerde ise tek nedeni olarak görüleceğini bildirmektedir (Kaya ve ark. 2007; Sherwood ve ark. 2007). Aynı zamanda depresyon küresel hastalık yüküne yol açan ilk on hastalık arasında da beşinci sıradadır (Lavender ve ark. 2006; Kaya ve ark. 2007).

Dünya Sağlık  rg t  ile ortaklaşa yürütülen ve 14 ülkede yapılmış olan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğın (%10,4) depresyon olduğu; aynı çalışmanın Ankara-Gölbaşı verilerinde ise, %11.6 oranında depresyon tanısı konulduğu ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir (Rezaki 1995).

Ulusal çapta bir örnek alınarak yapılmış tek çalışma olması nedeniyle önem taşıyan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında da depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklar arasındadır ve bu çalışmanın verilerine göre depresyon oranı son bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (Erol ve ark. 1998).

Türkiye’de depresyon prevalansını araştıran ilk çalışmalara göre, nokta prevalans hızı yaklaşık %10’dur (Güleç 1997, Kaynak: Kaya ve ark. 2007 p.138). Yine

ülkemizde yapılan alan araştırmalarında, depresyonun psikiyatrik yardım gerektiren ruhsal bozukluklar içinde en yaygın olduğu saptanmıştır (Aylaz ve ark. 2007).

Depresyon ergen kızlarda ve erişkin kadınlarda, ergen ve erişkin erkeklere göre iki kat fazla görülmektedir. Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20'li yaşların ortalarında olmaktadır. Epidemiyolojik veriler, başlangıç yaşının son yıllarda daha erken yaşlara kaydığını göstermektedir (Köroğlu 1997, Öztürk 2001).

Son yıllarda depresyonun süreğen ve tekrarlayıcı bir seyir gösterdiği üzerinde sık durulmaktadır. Geçirilen her atağın yeni bir atak gelişme riskini arttırdığı da bilinmektedir; depresyon atağı geçiren bir kişinin, ikinci bir depresyon atağı geçirme ihtimâli 2 yıl içinde %40, 5 yıl içinde %60, 10 yıl içinde %75 ve 15 yıl içinde %85 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, bir depresif atağı olan kişilerin yaklaşık üçte biri en az iki yıl süren süreğen bir seyir gösterirler ve bu kişiler genellikle depresif ataklar arasında da tam olarak düzelmezler (Akkaya 2005).

Bozulan uyku düzeni ve yemek yeme düzeni, yorgun veya enerjisinin azaldığını hissetmek, normalden daha yavaş hareket etmek ve konuşmak, benlik saygısında azalma ve benliğe ilişkin olumsuz duygular (suçluluk hissi veya kendisini değersiz hissetmek gibi), hayatın yaşamaya değer olmadığı veya kimseye bir faydasının olmadığı düşüncesi, sevgi ve ilgi kaybı, kendine zarar verme, zihin süreçlerinde genel olarak yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşümlü bozukluklara yol açmak, karar vermekte zorluk yaşamak gibi umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, üzüntü duygu ve düşüncelerini içeren depresyon durumunda yaşam anlamını yitirmiş, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanları olumsuz yönde etkilenmiştir (Göktaş ve Özkan 2006; Kayahan ve Sertbaş 2007; Ören ve Gençdoğan 2007; Wong 2008; Moreta 2007; Macnaughton 2003).

Depresyonun neden olduğu yeti kaybı sosyal ve mesleki alanlarda olabilir ve kişinin iş ve aile düzeni ile ekonomik durumuna ciddi olumsuz etkiler yapabilir. Bu nedenle depresyon birey kadar çevresi ve bakımını üstlenenler üzerinde de ciddi olumsuz etkiler yaratarak yaşamlarının bozulmasına neden olmaktadır ve dolayısı ile tüm dünyayı etkilemektedir (Akkaya 2005; Gilliam 2005; Barron 2007).

Depresyonun genetik, biokimyasal, çevresel ve psikososyal faktörlerin birleşiminden meydana geldiği düşünülmektedir (Macnaughton 2003; National Institute of Health (NIH) 2005; National Institute of Mental Health (NIMH) 2007).

Depresyonun biyokimyasal etiyolojisinde serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi beyinde yer alan belli nörotransmitterlerin düzeyindeki azalmaların etkili olduğu düşünülmektedir (NIH 2005).

Bireylerin yaşam deneyimleri, şu andaki çevreleri, fiziksel ya da ruhsal durumları depresif semptomların etiyolojisi ile ilişkilendirilen faktörler arasındadır (Chung 1995). Bununla birlikte düşük gelir seviyesi, kronik bir hastalığa sahip olma, sakatlık, göç gibi stresli ve negatif yaşam olayları da depresyona yatkınlığı arttırabilir (Macnaughton 2003; Hwang ve Myers 2007). Çekirdek aile desteğinden yoksun kalan bekar, dul ve boşanmışlarda depresyon görülme sıklığının evlilere göre daha sık olduğu ve yine yapılan birçok çalışmada kentte yaşamının depresyon için bir risk etmeni olduğu sonucu ortaya çıkarılmıştır (Cimili 2001).

Depresyona ilişkin psikodinamik kuramlar gözden geçirildiğinde sosyal ve kültürel bazı etmenlerin depresyona yatkınlık oluşturacağı ileri sürülmüştür (Cimili 2001). Çalışmalarda aile davranışlarının ve stillerinin bazı yönleri ile depresyon arasındaki ilişkinin önemine işaret edilerek özellikle ailelerin erken çocukluk döneminde gösterdikleri yetersiz sevgi, destek ve bakım gibi katı aile tutumlarının ve çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin erişkin dönemdeki depresyonun gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Cimili 2001; Besser ve Priel 2007; Taylor ve Stanton 2007).

Beck ve ark. (1979) tarafından öne sürülen depresyonun bilişsel modeline göre ise, depresyondaki insanlar yaşam olaylarını yorumlamayı temel alan “bilişsel çarpıtmalar”; işlevsel olmayan kurallar, değerler ve ilkelerin varlığı olarak tanımlanan “negatif şemalar”; kendisi, geleceği ve dünya hakkında negatif görüşe sahip olması olarak tanımlanan “bilişsel üçlü” den oluşan bilişsel bir yapıya sahiptir. Hem negatif şemalar hem de bilişsel çarpıtmalar depresyonun yapısını oluşturmaktadır. Bilişsel çarpıtmalar olayların negatif yorumlanmasına neden olurken negatif şemalar ise kendisi ve çevresindekiler hakkında gerçekçi olmayan beklentiler ve gerçeği yansıtmayan anlamlar yükleyen bir dünya görüşü içinde olmasına neden olur. Bu işlevsel olmayan

bilişsel yapı negatif yaşam olayları gibi çevresel stresörlerle etkileşim içinde olunduğunda depresyona maruz kalınmasına neden olur (Kaynak: Wong 2008 p. 143).

Depresyonun bilişsel davranışçı modelinin davranışçı ögesi ise depresyona neden olan uygun olmayan başa çıkma yeteneklerine odaklanarak stresli yaşam olayları ile başa çıkabilmek için uygun olmayan başa çıkma yeteneklerinin kullanılmasının kendisinin, geleceğin ve dünyanın negatif algılanmasına yardımcı olan negatif deneyimlerin oluşmasına neden olabilir. Hayata ve olaylara bu negatif bakış açısı ise depresyona yatkınlığı arttırabilir (Wong 2008).

Depresyon ve anksiyete ile ilgili nedensel araştırmalarda ise, iki önemli psikososyal konu belirtilmiştir. Bunlar, başa çıkma stilleri ve öz yeterlidir. Depresyonun başlangıcının araştırılması sırasında bu iki faktör arasındaki ilişkiler üzerinde de durulmuştur (Shikai ve ark. 2007). Araştırmalarda başa çıkma, öz yeterlik gibi kişisel kaynaklar ve sosyal destek faktörlerinin depresyona karşı direnç sağlayan önemli değişkenler olduğu ve bu psikososyal değişkenlerin problemlerle başa çıkmada önemli faktörler olarak göz önünde tutulduğu belirtilmiştir (Cheung ve Sun 2000; Park 2007).

2.1.1. Başa Çıkma

Depresyon, bireyin motivasyonunu bozan ve zayıflatan bir hastalıktır. Depresyonla ilgili yapılan araştırmalarda üzerinde durulan önemli bir konuda stres ve başa çıkmadır (Park 2007).

İnsanlar yaşamlarının her anında bedensel, zihinsel ve ruhsal pek çok uyarılarla karşı karşıya kalmaktadır ve söz konusu bu uyarılar bireyin içinde bulunduğu denge, düzen ve uyum durumunu etkileyebilir. Yaşanan olay kişiye sıkıntı verecek, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı yaşam ve çözüm biçimlerini sorgulatacak ve/ya da değiştirecek nitelikteyse, birey bu zorlu olayın üstesinden gelmek ve yeniden rahatlayıp uyum sağlamak için çabalayacaktır (Werden 2001; Basut 2006). Bu noktada stres ve başa çıkma kavramları önem kazanmaktadır (Basut 2006).

1960'ların ortasından itibaren ve özellikle son on yıla kadar insanların nasıl stresle mücadele ettiğini belirleyen çabalar adlandırılmaya çalışılmıştır ve bu çabalar "başa çıkma" olarak tanımlanmıştır (Frydenberg 2004).

Başa çıkmanın kavramlaştırılması sosyal öğrenme teorisi ve bilişsel davranış teorisi ile şekillenmiştir. Sosyal öğrenme teorisi (Bandura 1977), çevre ve birey arasındaki karşılıklı etkileşimi vurgulamıştır. Bilişsel davranışçı teori ise (Meichenbaum 1977), terapötik değişiklikler üzerinde etkili olan bilişsel süreçlerin rolünü vurgulamıştır (Kaynak: Park 2007 p. 26).

Başa çıkmanın bugünkü kavramsal yapısının oluşumunda ise Lazarus ve Folkman'ın etkileri görülmektedir. Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres ve başa çıkmanın bilişsel-fenomenolojik teorisinde, başa çıkma davranışlarında bilişsel değerlendirmelerin rolü üzerine odaklanılmış ve başa çıkma stresli durumlar karşısında bireylerin fiziksel ve psikososyal iyilik halinin sürdürülmesine yardım eden dengeleyici bir faktör olarak ele alınmıştır (Kaynak: Park 2007 p. 27).

Genellikle başa çıkma Cohen ve Lazarus (1979) 'a göre "stresi yönetme çabası"; Pearlin ve Schooler (1978)'a göre "insanların yaşamdaki zihinsel ve duygusal gerginliğin neden olduğu zararlardan kaçınması"; Fleishman (1984)'a göre "stresli durumlar ve psikosoyl stresi azaltmak için gösterilen davranışlar" olarak tanımlanmıştır (Kaynak: Park 2007 p. 27).

En yaygın olarak kullanılan tanım ise Lazarus ve Folkman (1984, 1993) tarafından yapılarak stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla stresli durumların üstesinden gelmek için kullanılan bilişsel ve davranışçı çabalar olarak tanımlanmıştır (Kaynak: Tuğrul 2000 p.14, Chui ve Chan 2007 p. 373).

Başa çıkmanın iki temel fonksiyonu vardır. Birincisi, sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını kullanarak strese neden olan problemlerle başa çıkmayı sağlayan "problem temelli başa çıkma", ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içeren "duygusal temelli başa çıkma"dır (Kraaij ve ark. 2002; Ağargün ve ark. 2005; Shepherd 2007).

Problem temelli başa çıkma, problemin çözümü için gerekli adımları uygulama, farklı fikirleri değerlendirme, problemin çözümü için fikirler üretme gibi öğeleri ve problemi çözümü için verilen bilinçli çabaları içerir (Lane ve ark. 2002; Baker ve Berenbaum 2007).

Duygusal temelli başa çıkma ise, stresörlerin anlamını değiştirerek veya stresörlerin neden olduğu duyguları yöneterek kişinin duygularını tanımasını, ifade etmesini, zorlu durumlar karşısında yaşanan duygusal stresin azaltılmasını ve duygusal streslerle başa çıkmasını sağlayarak kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlar (Frydenberg 2004; Basut 2006; Baker ve Berenbaum 2007; Shepherd 2007). Ayrıca, problem çözmeye farklı bir bakış açısı sağlayarak potansiyel karar vermeye de yardımcı olur (Baker ve Berenbaum 2007; Shepherd 2007).

Problem temelli yaklaşım aktiftir ve stresi azaltarak veya ortadan kaldırarak problemin çözümünü etkileyen davranışsal ya da psikolojik tepkilerdir. Duygusal temelli yaklaşım ise pasif başa çıkmanın kullanımıdır ve stresli durumlar sonucunda ortaya çıkan negatif duyguları kontrol altına almaya çalışarak stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir (Ağargün ve ark. 2005).

Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek tedavi hedeflerinin ve terapötik etkinliğin belirlenmesine yardımcı olacaktır (Ağargün ve ark. 2005).

Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkma stillerinin, hedeflere ulaşma ve zorlu durumlarla başa çıkmada kullanılan iç (öz yeterlik, problem çözme yetenekleri, sosyal yetenekler gibi) ve dış (sosyal destek, maddi kaynak gibi) kaynaklardan geliştiğini ve bu kaynakların başa çıkma davranışlarını etkilediğini öne sürmüştür (Kaynak: Shikai ve ark. 2007 p.242, Kraaij ve ark. 2002 p. 164, Taylor ve Stanton 2007 p. 380).

Lazarus ve Folkman (1984)'a göre, bu kaynaklar bireysel farklılıklar gösterir ve insanların stresli durumlara karşı fonksiyonel başa çıkma stratejilerini kullanarak daha iyi sonuç elde etmelerini sağlar (Kaynak: Holmes ve Werbel 1992 p. 23; Taylor ve Stanton 2007 p. 380). Yapılan çalışmalar, başa çıkma kaynaklarının hem duygusal iyilik hali hem de stresle başa çıkma yolları üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermiştir (Kraaij ve ark. 2002).

Depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni, otizm gibi pek çok ruhsal hastalığa sahip olan insanların, günlük yaşamdaki zorlukların üstesinden gelebilmek için başa çıkma kaynaklarının yetersiz olduğu uzun zamandır bilinmektedir (Taylor ve Stanton 2007). Depresyon, insanların inanç sistemlerini ve sosyal ilişkilerini etkilemesinin yanı sıra stresle başa çıkma da uygun ve etkili olmayan başa çıkma davranışları göstermelerine de yol açmaktadır (Cantrell 1999). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda,

stresle başa çıkma süreçleri ve başa çıkma kaynakları ile depresif semptomlar arasındaki ilişki üzerinde durulmuştur (Kraaij 2002).

Depresyonda olan insanlar depresyonda olmayan insanlara göre potansiyel tehditlere ve zararlara karşı daha çok tetikte olabilirler (Cantrell 1999). Depresyon, uyumlu başa çıkma davranışlarının gerçekleştirilmesinde önemli bir engel olarak görülmektedir. Kendilerini üzgün ya da çaresiz hisseden insanların, yeni davranışları gerçekleştirmeleri ve yetenekleri hakkında kendilerini başarılı görme ihtimalleri daha azdır (Perraud 2006). Depresif semptomlar ve depresyonla ilişkili psikososyal deneyimler, depresyonla başa çıkmada ve dolayısı ile depresyonun düzelmesinde önemli bir etkiye sahiptir (Oakley ve ark. 1999).

Yapılan araştırmalar, depresyondaki insanların daha çok olayların negatif yönü üzerinde durma eğiliminde olduklarını ve dolayısı ile günlük yaşamdaki problemlerle etkili bir şekilde başa çıkmalarının da azaldığını vurgulamıştır (Cantrell 1999). Problem merkezli yaklaşımı kullanmaya yönlendirilen kişilerin, strese karşı uygun tepkiler geliştirdiği ve depresyonlarıyla başa çıkma becerilerinin arttığı saptanmıştır (Özcengiz 2006).

Yine depresyonda olan bireylerin daha az problem çözmeye yönelik davrandıklarını ve daha çok duygusal temelli davranışlar gösterdikleri ifade edilmiştir (Tuğrul 2000; Park 2007). Benzer şekilde yapılan araştırmalarda, daha etkili başa çıkma davranışlarını kullanan insanların daha az depresif semptomlar yaşadıkları ve daha etkili fonksiyonlar gösterdikleri ileri sürülmüştür (Park 2007).

McLean (1976), Coyne ve ark. (1981), Lazarus ve Folkman (1986) depresyondaki insanlar ile depresyonda olmayan insanların stresörleri algılamaları, yaşam stresörlerine karşı tepkileri, stresi önleme veya stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler arasında önemli farklar olduğunu ve depresyonda olan insanların kaçınma başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandıkları ve semptomlarla başa çıkabilmek için duygusal destek aradıklarını öne sürmüşlerdir (Kaynak: Cantrell 1999 pp. 13-14).

Yine bazı araştırmalarda depresyonla başa çıkmada cinsiyet farklılığı üzerinde de durulmuş ve kadınların yemek yeme, sigara, çay, kahve içme, sosyal destek arama ve ağlama gibi duygusal temelli başa çıkma davranışlarını kullanıp depresyonun nedenlerini ve sonuçlarını sorgulayarak daha çok kendilerini suçladıkları ve kaçma başa çıkma davranışlarını kullandıkları, erkeklerin ise daha çok agresif davranma, cinsel

davranışlara yönelme, madde kullanma veya problemlerini yok sayma gibi depresyonla başa çıkma davranışları kullandıkları öne sürülmüştür (Kelly ve ark. 2007).

Ayrıca kendini iyi hissetmek için daha fazla yemek yeme, sigara içme, daha fazla yalnız kalmaya çalışma, her zamankinden daha fazla uyuma gibi kaçınma başa çıkma davranışlarının yeni major depresif epizodlarının gelişmesine neden olduğu bulunmuştur (Park 2007).

Sonuç olarak depresyona karşı koruyuculuk sağlamada negatif başa çıkma stratejileri (duygusal temelli başa çıkma) etkili olmazken, pozitif başa çıkma stratejilerinin (problem temelli başa çıkma) etkili olduğu görülmektedir (Jones 2007).

Etkili bir başa çıkma davranışı, kişinin zorlu durumlarla başa çıkabilme kapasitesini ve kendisi hakkındaki inançlarını geliştirerek gerçekleştirmesi ile mümkündür (Frydenberg 2004). Dolayısı ile “öz yeterlik” başa çıkma davranışlarının önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir ve öz yeterlik-başa çıkma davranışları arasındaki ilişki ruh sağlığı alanında kanıtlanmıştır (Dunn ve ark. 2007; Shikai ve ark. 2007).

2.1.2. Öz Yeterlik

Öz-Etkililik-Yeterlik kavramı, ilk kez sosyal öğrenme teorisinin merkezi ünlü psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür (Yiğitbaş ve Yetkin 2003). Bireylerin sahip oldukları yeterliklerini, amaçları doğrultusunda ne kadar başarılı bir biçimde kullanabileceklerine ilişkin yargıları Bandura (1977) tarafından “Öz-Yeterlik İnancı” (Self-Efficacy Beliefs) olarak kavramlaştırılmıştır (Çaplı ve Çelikkaleli 2008).

Bandura (1966) öz-yeterlik kavramını “davranışların oluşmasında etkili olan bir nitelik ve bireylerin belli bir performansı göstermek için gerekli olan etkinlikleri ve eylemleri organize edip, bunları başarılı bir biçimde gerçekleştirebilme kapasitesi hakkında kendisine ilişkin inancı” olarak tanımlamaktadır (Kaynak: Mancini 2007 p. 52).

Self-efficacy terimi Türkçe literatürde iki şekilde karşılık bulmaktadır.1-öz-etkililik (Aksayan ve Gözüm 1998) 2-öz-yeterlik (Senemoğlu 1998). Bu çalışmada Senemoğlu’nun yapmış olduğu “öz yeterlik” terimi kullanılacaktır. Ayrıca Senemoğlu

(1998) tarafından, öz-etkililik-yeterliğe teknik olarak “algılanan öz-yeterlik” de denilmektedir (Gözüm ve Aksayan 1999).

Semenoglu (1998) öz-etkililik-yeterliği, “bireyin gelecekte karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancı” olarak tanımlamıştır (Kaynak: Gözüm ve Aksayan 1999 p. 2).

Pender (2002) ise öz etkililik-yeterliliği “sağlıklı yaşam biçimini etkileyen önemli bilişsel algılama faktörlerinden biri” olarak tanımlamıştır (Kaynak: Tortumluoglu 2003 p. 36).

Albert Bandura’nın öz yeterlik teorisine göre, sağlık davranışlarını değiştirmek öz yeterlik kavramına bağlıdır ve öz yeterlik sağlık davranışları modelinde geniş bir şekilde kullanılmaktadır (Tsay ve Chao 2002; Currie 2005; Hoes 2005; Kaşıkçı ve Alberto 2007). Bandura (1977)’ye göre algılanan öz yeterlik davranışlar ve düşünce süreçleri üzerinde birçok etkiye sahiptir (Kaynak: Chung 1995 p. 26).

İnsan fonksiyonlarının merkezi olarak tanımlanan algılanan öz yeterlik, bilgi ve yeteneğin nasıl harekete dönüştürüleceğini belirleyen bilişsel ve motivasyonel süreçleri harekete geçirerek çevrenin ve davranışların seçiminde, davranış değişikliğinin başlatılmasında ve olumlu davranış değişikliğinin sürdürülmesinde güçlü bir etkiye sahiptir (Markman ve ark. 2002; Mercer 2004; Possel ve ark. 2005; Çenesiz ve Atak 2007). Dolayısı ile öz yeterlik insanların nasıl hissedeceği, nasıl düşüneceği ve nasıl davranacağını etkilemektedir (Schwarzer 1998).

Öz yeterlik yalnızca insan davranışlarının yönünü değil aynı zamanda engeller, başarısızlıklar ve olumsuzluklar karşısında gösterdiği çabayı, esnekliği ve azmini etkiler (Craft 2002; Stewart 2007). Verilen görevleri etkili bir şekilde gerçekleştirme ve organize etme inancını içeren öz yeterlik, zorlu durumlarla başa çıkarken yaşadığımız depresyonu, stresi, suçluluk duygusunu ve başarıların seviyesini de etkiler (Markman ve ark. 2002; Walker 2004; Currie 2005; Tate 2005).

Bireyin davranışlarında oldukça önemli olan öz-yeterlilik algıları dinamiktir ve dört temel kaynaktan etkilenmektedir (Ekici 2005; Öztürk 2008).

1- Sözel İkna: Bireyin değer verdiği ve saygı duyduğu diğer insanlardan başaraabileceğine veya başaramayacağına ilişkin aldığı teşvikler, öğütler değişik ölçülerde öz yeterlik algısını etkiler (Landaas 2005; Mancini 2007; Öztürk 2008).

2- Başkalarının deneyimi: Bir işi yapmak için gerekli yeteneğe sahip olduklarından emin olmayan insanlar, başkalarının aynı işi başarılı bir şekilde yaptıklarını gözlemlerse söz konusu işi yapmak için yetenekleri hakkında olumlu öz yeterlik inancı geliştirebilirler (Mancini 2007).

3- Bireyin geçmiş deneyimleri: Bireyin doğrudan kendi yaptığı başarılı veya başarısız etkinlikler sonucunda elde ettiği bilgilerdir. Örneğin; birey davranışlarını başarılı olarak algılasa, öz yeterlik duygusu desteklenir. Bunun tersi olarak özellikle kendileri için önemli olan alanlarda başarısızlık yaşayan bireylerin öz yeterlik algılaması azalır. Sonuç olarak yaşanan olumlu yöndeki tecrübeler, öz-yeterliğinin de gelişmesini sağlamaktadır (Mercer 2004; Mancini 2007; Öztürk 2008).

4- Durumsal faktörler: Belirli bir işle ilgilenirken yaşanan somatik ve duygusal durumlar, bireyin bu iş hakkında algıladığı öz yeterliğini etkileyebilir (Mancini 2007). Bir işi yaparken yüksek düzeyde kaygı, korku veya olumsuz düşünceler yaşamak öz yeterliği azaltarak stres ve anksiyetenin artmasına neden olurken, heyecan, mutluluk duyguları ve olumlu düşünceler yaşamak ise öz yeterliğin artmasına neden olabilir (Landaas 2005; Mancini 2007). Dolayısıyla anksiyete ve stresli durumlar bireyin kapasitesini, özgüven ve performansını olumsuz etkileyebilir (Öztürk 2008).

Öz yeterlik inançlarının gücü ve genellenebilirliği farklılık gösterebilir ve öz yeterlik seviyesi geliştirilebilir (Craft 2002; Gilliam 2005). Belli alanlarda güçlü öz yeterliliğe sahip olmak, insanların bu alanlarla ilgili kendilerine yüksek hedefler koymalarını ve sorumluluk almalarını sağlarken belli alanlarda ise kendilerini yetersiz algılamalarına neden olur (Craft 2002; Mercer 2004; Tate 2005).

Bandura'ya göre öz yeterlik duygularının güçlü olması pek çok alanda kişisel iyilik hali ve insan başarısını geliştirerek daha sağlıklı olmayı, daha yüksek başarı ve uyumu, stres sürecinin düzenlenmesini, kendine daha fazla değer vermesini ve aynı zamanda sosyal ilişkilerin artmasını sağlar (Luszczynska ve ark. 2005; Karademas 2006; Taylor ve Bury 2007). Ayrıca, insanların davranışlarının etkili yönlerinin farkına varmalarını ve problemlere uygun çözümler aramak için ihtiyaç duydukları motivasyonu sağlayarak bilişsel fonksiyonlarını etkiler (Gilliam 2005; Tate 2005).

Öz-yeterliliği yüksek olan bireyler daha karmaşık ve riskli görevleri seçebilirler (Landaas 2005). Engellerle karşılaştıklarında, hedeflerine bağlılıklarını sürdürürler ve tehdit edici durumlardan kaçınmak yerine bu zorlu durumların üstesinden gelebilmek için kararlı davranarak mücadele ederler ve istenilen davranışları başarılı bir şekilde gerçekleştirerek engellerin daha çabuk üstesinden gelirler (Rokke ve ark. 2004; Tate 2005; Taylor ve Bury 2007). Schwarzer (1994) da bu görüşü destekleyerek, özel bir görevi başarmak için yüksek öz yeterliliğe sahip olan insanların, düşük öz yeterliliğe sahip olan insanlara göre, daha fazla çaba gösterdiklerini ve daha azimli olduklarını savunmuştur (Kaynak: Landaas 2005 p. 25).

Aynı zamanda algılanan öz yeterliği yüksek olan insanlar, yeni bir davranışı öğrenmek ve sürdürmek için daha çok çaba harcarlar ve problemlerle başa çıkmada daha analitik çözümler kullandıkları için yeni şeyler denemekten korkmazlar (Pinquart ve ark. 2004; Landaas 2005; Luszczynska ve ark. 2005; Tate 2005).

Yeterlilikleri ile ilgili şüphe duyan insanlar ise, kişisel tehdit olarak gördükleri zorlu durumlardan kaçınırlar ve bu zorlu durumlarla karşılaştıklarında kişisel kusurlarına, karşılaştıkları engellere ve bu engellerle nasıl başa çıkacaklarına yoğunlaşmak yerine olumsuz sonuçların üzerinde dururlar. Böylece zorlu durumlarla karşılaştıklarında çaba göstermekten vazgeçerler (Taylor ve Bury 2007).

Algılanan öz yeterliği düşük olan insanlar yaşantılarında yeniliklere kapalıdır ve belli görevleri yerine getirmede güçlü öz-yeterlik inancına sahip olan insanlara göre daha çok gerginlik ve stres yaşamaktadırlar (Keskin ve Orgun 2006; Çapri ve Çelikkaleli 2008). Aynı zamanda düşük öz yeterlik negatif duygular ve ümitsizlik ile ilişkilidir ve düşük öz yeterliliğe sahip olan insanlar anksiyete ve depresyon gibi negatif duygular yaşarlar (Luszczynska ve ark. 2005; Karademas 2006).

Öz yeterlik sağlığı destekleyici davranışlara motive olmayı sağlar ve öz yeterlik arttıkça tedaviye olan bağlılık ve sağlığı destekleyici davranışlar artmış, fiziksel ve psikolojik semptomlar azalmıştır (Tsay ve Chao 2002; Hoes 2005; Landaas 2005; Schneller ve Vandsburger 2008).

Araştırmaların çoğunda pozitif yardım arama ve ilaç tedavisine katılma gibi önemli davranış değişikliklerinin kazanılmasında öz yeterliğin etkili olduğu ifade edilmiştir (Hoes 2005). İnsanlar bir görevi başarabileceklerine ve bu başarının kendilerine yarar sağlayacağına inandıklarında sağlığı destekleyici davranışları

başarabilmesi için motive edilebilir (Schneller ve Vandsburger 2008). Öz yeterlik inançlarının davranışlar ve terapötik değişiklikler üzerinde aracı etkisi olduğunu kanıtlayan çalışmalar vardır (Hoes 2005; Landaas 2005).

Bandura (2001) aynı zamanda öz yeterliğin yaşam olaylarına uyumu, yaşam üzerindeki kişisel kontrolü ve kişisel güce katkı sağlamasından hareket ederek ruh sağlığı alanında ki pozitif etkilerini açıklamış ve öz yeterliğin depresyonun gelişiminde ve devam etmesinde aynı zamanda depresyona karşı koruyucu tampon görevi yapmasında etkili olduğunu belirtmiştir (Hermann ve Betz 2006; Caranci 2007).

Bandura (1977)'ya göre depresyonun gelişmesindeki ve devam etmesindeki önemli değişkenlerden biri "öz yeterlik"tir (Gilliam 2005; Stewart 2007). Bandura'nın öz yeterlik teorisi, bireylerin düşünce süreçleri, davranışları ve çevreleri üzerinde kontrol kurmalarını sağlayarak duygudurumlarını şekillendirir (Tate 2005).

Bandura (1977) tarafından ele alınan öz yeterlik, durağan bir yapıya sahip değildir ve dış çevre ve iç kişisel faktörler ile davranışları değiştirilebilir. Bu görüş, büyük örneklem grupları üzerinde yapılan çalışmalarla depresyon semptomları, stresli yaşam olayları ve öz yeterlik arasındaki karşılıklı ilişkiyi açıklayarak depresyon ve öz yeterlik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini sağlar (Maciejewski ve ark. 2000).

Düşük öz yeterlik ümitsizlik duygularına neden olur, bu da öz yeterliği daha da zayıflatarak kötüye doğru giden bir döngü yaratır. Kavanagh (1992), depresyon ve öz yeterlik arasındaki ilişkiyi bu yaklaşımla ele almıştır. Ona göre depresif duygular, başarıların elde edilmesinde düşük performansa neden olan düşük öz yeterliği tetikler. Düşük performans da düşük öz yeterliği ve aynı zamanda depresyon duygularını tetikler. Kavanagh'ın depresyon-öz yeterlik modeli geneldir ve her durumda uygulanabilir (Kaynak: Tate 2005 p. 29).

Ayrıca sosyal destek; stres, depresyon ve fiziksel hastalıklara karşı açık olma durumunu azaltır. Bireyler kronik stres kaynakları ile baş etmek için destekleyici ilişkileri aramak, bulmak, elde etmek ve korumak zorundadırlar. Bu, yüksek derecede sosyal yeterlilik duygusu gerektirir (Bandura ve ark. 1999). Düşük öz yeterliliğe sahip olan bireyler, başa çıkma yeteneklerini destekleyen ve stresli durumlara karşı dayanma gücü sağlayan destekleyici ve tatmin edici sosyal ilişkiler geliştiremezler (Stewart 2007). Böylece düşük düzeyde sosyal destek duygusu, hem doğrudan hem de sosyal

desteğin gelişmesini engellemek suretiyle dolaylı olarak depresyonu tetiklemektedir (Bandura ve ark. 1999).

Depresyondaki bireyler yaşamları ve yetenekleri hakkında negatif düşünme eğilimindedirler (Perraud ve ark. 2006). İnsanlar, depresif semptomların meydana gelmesinde etkili olan kritik yaşam olayları ve günlük yaşam mücadeleleri gibi dış etkenlerle karşı karşıya kaldığında, ümitsizlik ve depresyon gibi duyguların gelişmesine neden olan olumsuz sonuçlar oluşturabilirler (Mercer 2004; Possel ve ark. 2005). Depresyondaki insanlar, karşılaştıkları negatif olaylar için kendilerini suçlarlar. Bu olumsuz değerlendirmeler durumu daha da kötüleştirerek depresyonun süresini uzatabilir (Craft 2002; Mercer 2004; Possel ve ark. 2005).

Yüksek öz yeterlik inancına sahip olan insanlar ise, negatif düşünceleri kontrol edip tehdit edici durumları olumlu durumlara dönüştürerek depresyon ve anksiyeteye daha az eğilimli olurlar (Pinquart ve ark. 2004). Ayrıca güçlü öz yeterlik duygusu özellikle işsizlik, boşanma, hastalık gibi stresli yaşam olayları yaşamış bireyler arasında depresyona karşı koruyucu bir faktör olabilir. Strese ve zorlu yaşam mücadelelerine karşı bireylerin istenilen sonuçları gerçekleştirebilecek tepkileri verebilmesi güçlü öz yeterlik duygusuna bağlıdır (Gilliam 2005).

Bandura (1997)'nın öz yeterlik teorisine göre “öz yeterlik”, başa çıkma davranışlarının değişiminde de birincil koşul olarak görülmektedir. Özel başa çıkma davranışlarını gerçekleştirmek için bireyin yetenekleri hakkındaki inancı, başa çıkma davranışlarının geliştirilmesi için gerekli olan girişimleri etkiler (Kaynak: Chesney ve ark. 2006).

Sağlıklı, pozitif, yetenekli olan insanlar yaşam stresörlerine karşı daha dayanıklı olarak görülür. Bu, stresli durumların üstesinden gelmenin en önemli unsurudur. Ancak bu unsur tek başına yeterli değildir. Eğer birey bir işi yapmak için sahip olduğu potansiyelini ve yeteneklerini küçümserse uygun başa çıkma stratejileri geliştiremez (Schwarzer 1998).

Bandura (1988) öz yeterlikle başa çıkmayı, insanların tehdit edici veya stresli olayların üstesinden gelmek için sahip oldukları yetenekleri hakkındaki inançları olarak tanımlanmaktadır (Kaynak: Mazzarella 2006 p. 36).

Bandura (1982, 1997) bireylerin öz yeterlik duygularının, başa çıkma davranışlarının başlatılıp başlatılamayacağını, bireyin ne kadar çaba harcanacağını ve zorlu durumlar karşısında ne kadar dayanabileceğinin belirlenmesinde önemli bir rol oynadığını belirtmiştir (Kaynak: Zeiss ve ark. 1999 p. 222; Shikai ve ark. 2007 p. 242).

Öz yeterlik, durumlar karşısında gösterilen duygusal reaksiyonların önemli bir belirleyicisi olmasının yanı sıra bireylerin zorlu durumları başarmayı organize etme ve başarabilme inançları ile de ilgilidir. Yani düşük öz yeterliliğe sahip olmak karşılaşılan durumla başa çıkmada negatif duyguları harekete geçirirken, yüksek öz yeterliliğe sahip olmak ise durumlar karşısında sakin kalınmasını ve karşılaşılan durumla başa çıkmada negatif duygular harekete geçirilmesini önler (Zeiss ve ark. 1999).

Bandura (1994)'ya göre öz yeterlik inançları, tehdit edici durumlar karşısında bireyin ne kadar stres ve depresyon yaşayacağını doğrudan etkiler. Tehdit edici durumlarla başa çıkabileceğini veya bunlar üzerinde kontrol sağlayabileceğine inanan insanlar, negatif düşünmezler ve olumsuzlukları görmezler. Ancak stresörlerle başa çıkabileceklerine inanmayan insanlar negatif düşünceler ve olumsuzluklarla karşı karşıya kalırlar ve bu da anksiyete ve yeni stresler yaşamasına neden olur (Kaynak: Stewart 2007 p. 18).

Bandura (1986, 1995, 1997)'ya göre öz yeterlikle başa çıkma seviyesi yüksek olan insanlar, zorlu durumlardan kaçınmak yerine bu zorlu durumlara yaklaşma ve daha çok çaba gerektiren başa çıkma davranışlarını kullanma eğiliminde olurlar. Potansiyel stresörlere ve tehdit edici durumlara, bu durumların üstesinden gelebilme inancı ile yaklaşırlar ve başarısızlıklardan sonra daha çabuk toparlanırlar (Kaynak: Craft 2002 p. 3; Kraaij 2002 p. 164; Stewart 2007 p.20).

Kişinin öz yeterlikle başa çıkma inançlarının yüksek olması, insanın zorlu durumları üzerine alma konusunda daha korkusuz olmasını ve problemlere yeniden çözüm sağlamada daha başarılı olmasını sağlar (Tate 2005). Öz yeterlikle başa çıkma düzeyi düşük olan insanlar ise kendilerinden beklenen davranışları göstermek için olaylara güvensiz ve kaygılı yaklaşma ve daha az çaba gösterip zorlu durumlardan kaçınma eğiliminde olurlar (Craft 2002; Kraaij 2002; Stewart 2007).

Sonuç olarak algılanan öz yeterliğin, insanın kişisel başa çıkma kaynaklarını açık bir şekilde etkilediği görülmektedir (Schwarzer 1998).

2.1.3. Depresyonla Başa Çıkma ve Öz Yeterlik

Depresyonun psikososyal tedavilerinin hedefi, depresyondaki özel bilişsel durumları ve davranışları tanımlayarak depresyondaki bireylere yardım etmektir (Perraud 2000). Öz yeterlikle başa çıkma, depresyon ve diğer durumların tedavisinde kullanılan yararlı bilişsel davranışçı başa çıkma stratejilerini kapsar (Perraud ve ark. 2006). Öz yeterlik teorisine göre; depresyonun psikososyal tedavisinde öz yeterliğin rolü bulunmaktadır ve öz yeterlik seviyesi depresyonun psikososyal tedavilerinin merkezi olan davranışların başlatılmasına ve sürdürülmesine yardım etmektedir (Perraud 2000; Gilliam 2005).

Bandura (1977) öz yeterliğin artırılmasının, depresyonun bilişsel davranışçı tedavisinin hedefi olduğunu ve dolayısı ile uyumlu başa çıkma davranışlarına yardım ettiğini belirtmiştir (Kaynak: Perraud ve ark. 2006 p. 148). Depresif semptomların başarılı bir şekilde yönetilmesi için gerekli olan bilişsel ve davranışsal işlevlerin gerçekleştirilmesinde kişinin yetenekleri hakkında yüksek inanca sahip olması, bu görevlerin engellere rağmen başlatılması ve devam ettirilmesi olasılığını artırır (Perraud ve ark. 2006).

Sosyal bilişsel teorisinin öz yeterlik modeli, yeteneklerin oluşumu üzerine odaklanan girişimler yolu ile öz yeterliğin kullanılmasını sağlayarak depresyonun tedavisine katkı sağlar. Bu girişimler, öz yeterliğin gelişimindeki kaynaklardan dört tanesinden birini tecrübe etmesi için hasta bireyi destekleyerek öz yeterliğini güçlendirme yolu ile depresif semptomların iyileşmesine yardımcı olur (Gilliam 2005).

Depresyonun bilişsel davranışçı tedavisi, bireyin depresif semptomlarını azaltmayı ve profesyonel tedavinin bir parçası olarak ev işleri veya terapiler sırasında öğrenilen davranışları uygulamasını hedeflemektedir. Buna ek olarak depresif semptomlarla başa çıkabilmek için kullanılan problem temelli başa çıkma stratejileri, depresyondaki kişinin kendi kendini yönetmesini ve kendi kendine yardım etmesini öne sürmektedir. Bireylerin öz yeterlik inançları, önerilen stratejilerin başarılı bir şekilde kullanılabilmesi ile aktif başa çıkma davranışlarının meydana gelmesini sağlar (Perraud ve ark. 2006).

Depresyonla başa çıkmada öz yeterliğin depresyonlu bireylerde semptom yönetimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyon yönetimi ile ilgili olan

başa çıkma davranışlarının başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi, depresyon semptomlarının azalmasına neden olur (Perraud 2000).

Yetersizlik duyguları birçok tedavi programlarının da etkinliğini azaltır. Öz yeterlik antidepresan ilaçların alınması, terapi seanslarına katılma ve ev işlerini gerçekleştirmek gibi sağlıkla ilişkili davranışların tanımlayıcısıdır. Yani yüksek öz yeterliliğe sahip olan insanlar tedavi protokollerini takip etmeye eğilimlidir. Düşük öz yeterliliğe sahip olan insanlar ise tedavi protokollerini takip etmezler (Simms 2004).

Başa çıkmada öz yeterlik düzeyi geliştirebilirler ve bir kez geliştirildikten sonra üzüntü ve depresyonda azalma görülür. Öz yeterlik ve depresyonun bağımlı değişkenler olarak ele alındığı çalışmalarda uygulanan girişimler, depresyonun azaltılması ve öz yeterliğin yükseltilmesine yardımcı olacak şekilde tasarlanmıştır (Perraud 2000).

Depresyonun tedavisini sağlayan psikososyal girişimler, depresif semptomları iyileştirerek yeni yetenekler geliştirebilir ve öz yeterliği güçlendiren fırsatlar yaratabilir. Örneğin bilişsel çarpıtmaları tanımlayıcı ve şekillendirici teknikler, depresyondaki bireylerin negatif düşüncelerle başa çıkabilmesi için öz yeterliğini arttırabilir. Araştırmacılar özellikle sosyal bilişsel teoriyi önererek tedavinin önemli bir mekanizması olarak öz yeterliği açıklamaya çalışmışlardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda öz yeterliğin depresyon üzerindeki tedavi edici etkisi açıklanmaya çalışılmıştır (Gilliam 2005).

Yetişkin klinik depresyon hastaları ile yapılan çalışmalarda, bilişsel grup terapilerinden sonra negatif bilişsel düşünceler ve duygular üzerinde kontrolü sağlayan öz yeterlik seviyesinin, tedavi sonrasında artması ile depresyon düzeyindeki gelişmeler arasında yakın ilişki bulunmuştur (Tonge ve ark. 2005).

Depresyonlu bir popülasyonda öz yeterliğin değişiminin oldukça yavaş olduğu bulunmuştur. Ancak depresyonlu gruplarda bilişsel-davranışsal risk azaltma girişimleri, öz yeterliğin iyileştirilmesinde başarılı olmuştur. Bu sonuç öz yeterliğin, depresyonun nüks etmesi üzerinde önemli bir etkisi olduğunu da göstermektedir (Perraud 2000).

Psikiyatri hemşireleri, hastaların depresyonla başa çıkma yeteneklerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Başa çıkmanın geliştirilmesi sadece yetenek ve kabiliyetlere değil, aynı zamanda öz yeterliliğe odaklanmakla mümkün olur. Depresyonla başa çıkma yeteneği ile ilgili olan öz yeterliğin geliştirilmesi, depresif

semptomların ve bütün fonksiyonların iyileşmesi ile sonuçlanır. Yatılı hasta programlarında depresyonla başa çıkmada öz yeterliğin rutin olarak değerlendirilmesi aynı zamanda hastaların taburcu olmaya ne derece hazır olduklarının belirlenmesi ve nüks etme riski bulunan hastaların tespit edilmesine de yardımcı olur (Tucker ve ark. 2002).

2.2. Sosyal Destek

Ruhsal bozukluklarla ilişkili sosyal ve çevresel etmenler koruyucu ruh sağlığı alanında çalışanların uzun yıllardır üzerinde durdukları bir konudur. Zorlayıcı yaşam olaylarının bedensel ve ruhsal birçok hastalığın etiyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Ancak birçok insanın stresli olaylar karşısında sağlıklı kalması, bireyleri stresli olayların zararlı etkilerine karşı koruyan etmenlerin varlığını düşündürmüştür (Çakır ve Palabıyıkoglu 1997).

Özellikle ruh sağlığı ve duygusal iyilik hali gibi sağlıkla ilişkili alanlarda yaşam kalitesini sağlamada sosyal desteğin önemi literatürde sürekli desteklenmektedir. Araştırmaların büyük bir bölümü, psikososyal uyum üzerinde yararlı etkiler sağlayan ve stresin zarar verici etkisinden insanları koruyan bir mekanizma olarak sosyal destek üzerine odaklanmıştır (Park 2007).

Sosyal destek, belli olaylara karşı bireylerin uyumlu davranışsal tepkiler vermesine yardımcı olarak bireylerin sağlığını destekleyebilir ve sürdürebilir, aynı zamanda bireylerin pozitif duygularını geliştirerek olumsuz olayları stresli bir durum olarak algılamalarını azaltmaya yardımcı olabilir (Chung 1995).

Sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmaların sayısının artmasına rağmen, sosyal desteğin tanımı ile ilgili görüş birliği çok azdır ve literatürde çok sayıda tanımı bulunmaktadır (Arzola 2007; Park 2007).

Cobb (1976) sosyal desteği, kişinin sosyal olarak uyumlu olan bir topluma ait olması ve değer verilen, saygı duyulan ve sevilen birisi olması inancını veren bilgi olarak tanımlamıştır (Kaynak: Arzola 2007 p. 10).

House ve Kahn (1985) sosyal desteği, aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları, akrabalar gibi birey için önemli olan diğer insanlar tarafından, yine birey için gerçekleştirilen işlevler olarak kabul etmiştir (Kaynak: Park 2007 p. 34).

McElroy (1997) ise sosyal desteği aile, arkadaş, sosyal temasın sayısı ve sıklığı gibi stresin olumsuz etkilerinden bireyi koruyan mekanizmaları da içeren sosyal ilişkilerin farklı yönlerini tanımlayan genel bir kavram olarak tanımlamaktadır (Kaynak: Akın ve Ceyhan 2005 p. 70).

Sosyal destek, birey ya da gruplarla resmi veya resmi olmayan ilişkiler kurarak alınan bilgi, yardım ve teselli olarak tanımlanmaktadır (Arzola 2007).

Sosyal destek çok boyutlu bir kavramdır ve genellikle stres altındaki ya da güç durumundaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) ve bireyin çevresindeki diğer insanlardan ilgi, sevgi, değer ve saygıyı algılaması ve tecrübe etmesi olarak ifade edilmiştir (Chung 1995; Karademas 2006; Taylor ve Stanton 2007).

Son yıllarda sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmalarda, ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi izlenimlerine, yani “algılanan desteğe” kaydığı belirtilmiştir (Eker ve ark. 2001). Algılanan sosyal destek, diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesidir (Park 2007). Diğerlerinin yardım isteğinin algılanması, olumlu etkileri, bireyin kararlılığını, kendisine olan saygısını artırır ve çevresi üzerinde daha iyi kontrol kurmasını sağlar (Wu ve Mok 2007).

Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fiziksel ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçim de etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli bir yardımcısı olduğu belirtilmektedir (Akın ve Ceyhan 2005; Ayaz ve ark. 2008).

Sosyal destek azlığı, hastalık ve ölüm oranlarını arttıran davranış şekillerine yol açması veya psikososyal süreçler üzerinde doğrudan etki göstermesi ile fiziksel sağlığı eninde sonunda etkileyen depresyon ve anksiyete gibi negatif psikososyal durumlara neden olabilir. Yapılan çalışmalarda daha az sosyal desteğin, bireylerin psikososyal işlevselliklerinin bozulmasına ve hastalıklara karşı daha savunmasız olmasına neden olduğuna yönelik ilişkiler bulunmuştur. Sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda, ruhsal bir hastalık geliştirme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları sık yaşanır (Mazzarella 2006).

Bireylerin ihtiyaç duyduğu sosyal desteğin sağlanması, sağlık davranışlarını etkiler. Sosyal destek, özellikle bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırmakta, tıbbi tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmakta, yaşam sürelerini uzatabilmekte ve olumlu sağlık davranışlarına katılmalarını etkilemektedir (Balaji ve ark. 2007; Ayaz ve ark. 2008).

Son 25 yıldır, bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolü büyüktür (Eker ve ark. 2001; Bozkurt 2007). Dünya Sağlık Örgütü (1998)'de iyilik hali ve sağlık için sosyal desteğin önemini vurgulamıştır ve sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır (Eker ve ark. 2001; Scharer 2005; Bozkurt 2007; Wu ve Mok 2007; Ayaz ve ark. 2008).

Hogan ve ark. (2002) ve Rhodes (2004), aile ve arkadaşlarından daha fazla destek alan bireylerin daha az destek alan bireylere göre daha iyi sağlık durumlarına sahip olduklarını ve sağlık problemlerinin daha çabuk iyileştiğini ileri sürmüşlerdir (Kaynak: Karademas 2006 p. 1282).

House (1987)'de yetersiz sosyal desteğin hastalık ve stres seviyesini arttırdığını belirtmiştir. Vandervoort (1999) ise, sosyal desteğin kalitesi ve sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlığa etkileri üzerinde çalışmış ve yeterli sosyal destek alan bireylerle, fiziksel ve ruh sağlığı değişkenleri arasında kuvvetli ilişki bulmuştur (Kaynak: Scharer 2005 p. 28).

Sosyal destek hastalık, eşin ölümü, işsizlik, boşanma gibi stresli yaşam olaylarının etkilerine karşı koruyucu bir tampon olarak etki göstermektedir ve stresin olumsuz psikososyal etkilerini hafifleten bir başa çıkma kaynağı olarak geniş bir şekilde üzerinde çalışılan bir konu olmuştur (Holmes ve Verbel 1992; Monohan ve Hooker 1995; Arzola 2007).

Sosyal destek kaynağının kişiye farklı tipte yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Bunlar içinde üzerinde en fazla durulanlar, maddi, duygusal ve bilişsel destek olmuştur (Akbaş 2006).

Maddi Destek (Material support): Günlük sorumlulukların gerçekleştirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır (Akbaş 2006).

Duygusal Destek (Emotional support): Kişinin sevgi, şevkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar (Akbaş 2006).

Bilişsel Destek (Cognitive support): Öğüt ve bilgi verme, davranışlar konusunda geri bildirim gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir (Akbaş 2006).

Yapılan araştırmalarda sosyal desteği yüksek düzeyde algılayan bireylerin daha iyi bir iyilik haline sahip oldukları ve stresle başa çıkmada kendilerini daha iyi hissettikleri belirtilirken, düşük düzeyde sosyal destek ile sağlık problemleri arasında ilişki olduğu ve düşük düzeyde algılanan sosyal desteğin hem kadında hem de erkekte depresyonun başlangıcında ve sonuçlarında etkili olduğu bulunmuştur (Williams ve Galliher 2006).

Dolayısıyla araştırma bulguları sosyal desteğin, sağlık problemlerine ve psikolojik sağlık sonuçlara karşı koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir (Williams ve Galliher 2006).

2.2.1. Sosyal Desteğin Depresyon, Öz Yeterlik ve Başa Çıkma ile İlişkisi

Bireyler yalnız başlarına varlıklarını devam ettiremezler. Günlük yaşamda sürekli diğer insanlarla etkileşim halindedirler. Ancak diğer insanlarla etkili bir iletişimi gerçekleştirmek öz yeterlik duygusunun gelişmesine bağlıdır. Bandura'ya (1977) göre, öz yeterlik güçlü bir sosyal destek ağı ile sağlanabilir (Kaynak: Tate 2005 p. 23).

Sosyal destek, bireylerin öz yeterliklerini ve kişisel kontrol duygularını geliştirerek olumsuzluklar karşısındaki esnekliklerini arttırabilir (Chung 1995). Sosyal destek ağı aynı zamanda stres, depresyon ve fiziksel hastalıklara karşı savunmasızlığı da azaltır. Bu destekleyici çevre engeller karşısında daha azimli olmayı, problemlerle daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirmeyi ve yeterli başa çıkma davranışlarını gerçekleştirmede rol model olmayı sağlar (Tate 2005).

Stresli yaşam olayları, öz yeterliği ve algılanan kişisel kontrol duygusunu azaltarak depresyon gibi negatif psikososyal sonuçlara veya hastalıklara karşı dayanıklılığın azalmasına neden olabilir (Chung 1995). Sosyal destek, bu travmaların ruhsal sonuçlarına karşı bireyi korumada önemli bir kavramdır (Harber ve ark. 2005).

Sosyal desteğin daha iyi sağlık sonuçlarının oluşmasını sağlayan öz yeterlik duygularını arttırmasını açıklamaya yönelik birkaç teorik bakış açısı öne sürülmektedir (Chung 1995). Özellikle öz yeterliğin bilgi kaynaklarından olan “başkalarının

deneyimleri (vicarious experience)” ve “sözel ikna (verbal persuasion)”, sosyal ilişkiler ve sosyal destek tarafından doğrudan etkilenmektedir (Haslam ve ark. 2006).

“Başkalarının deneyimleri (vicarious experience)”, sosyal destek sağlayıcıları yolu ile etkili davranışların şekillenmesine yardım eder (Haslam ve ark. 2006). Bunu, destek sağlayan bireylerin benzer durumlar karşısında gösterdikleri başarılı başa çıkma davranışları ve hikayeleri ile öz yeterlik inançlarını geliştirerek gösterir (Chung 1995).

“Sözel ikna (verbal persuasion)”, destek veren bireyin tavsiyelerde bulunması gibi sosyal desteğin bilgisel yönünü hem de empati kurması gibi ilişkisel yönünü içerir (Haslam ve ark. 2006). Bireylerin etkili başa çıkma yetenekleri hakkında diğer insanlardan destek alması, diğer insanların başarılı oldukları faaliyetleri izlemek, verilen bilgi desteğini ve sözel cesaretlendirmeleri almak öz yeterlik inançlarını etkileyerek bireyin en iyi kararı vermesini sağlar (Chung 1995).

Krause (1987)’a göre bireyin kendisi için önemli olan insanların desteğini algılaması kendisine verdiği değeri, önemi ve kendisine olan güven duygusunu arttırmaktadır. Sosyal desteğin öz yeterliğin iyileşmesine ve gelişmesine yardımcı olan bu mekanizmadaki en önemli unsur, kişi için önemli olan bu insanlardan sağlanan destekleyici etkileşimler yolu ile kendisine olan değeri ve kendisini kabul etme duyguları yaşamasını sağlamasıdır. Ayrıca destek sağlayan insanlarla konuşmak, bireylerin problemlerini diğer insanlarla paylaşmasını sağlayarak negatif olayların tehdit edici algılanmasını azaltmaktadır (Kaynak: Chung 1995 p. 36).

Buna ek olarak duygusal, bilgilendirici ve maddi destek kaynaklarının varlığı tutarlı, kendine değer veren ve yaşam memnuniyeti olan bireyler sağlayabilir. Dolayısı ile bu pozitif etkiler, stresli durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkabilmede önemli olduğu düşünülen öz yeterlik duygusunu arttırabilir. Artan öz yeterlik veya kendini kontrol edebilme duygusu daha iyi fiziksel ve psikososyal sağlığın gelişmesine neden olur (Chung 1995).

İnsanların yeteneklerini başarılı bir şekilde uygulayabilmesi ve başarılı başa çıkma davranışları gösterebilmesi etkili başa çıkma stratejilerini tavsiye eden ve maddi destek veren insanların destekleyici ilişkileri tarafından doğrudan etkilenmektedir ve dolayısı ile algılanan öz yeterliği geliştirmektedir (Chung 1995).

Öz yeterlik ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi destekleyen bazı deneysel araştırmalar bulunmaktadır (Chung 1995; Mazzarella 2006). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, öz yeterlik algılamasını doğrudan etkilediği aynı zamanda öz yeterliği ve bireylerin sağlık ve iyilik halini de dolaylı olarak geliştirdiği ileri sürülmüştür (Chung 1995). Özellikle aile, arkadaş ve eş olmak üzere bu üç kaynaktan yüksek seviyede sosyal destek alan kadınların, bu kaynaklardan daha az sosyal destek alan kadınlara göre durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmada daha güçlü öz yeterlik duygusuna sahip oldukları bulunmuştur (Mazzarella 2006).

Sosyal desteğin güçlü algılanması öz yeterlik beklentilerini geliştirerek daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmasını sağlar (Karademas 2006).

Antonucci ve Jackson (1987), bireyin öz yeterliğin sosyal destek ve sağlıklı olma arasındaki ilişkide aracı bir rol üstlendiğini belirtmektedirler ve geliştirdikleri destek-yeterlik modeline göre bireyler çevrelerindeki destekleyici bireylerle olan etkileşimleri sonucunda karşılaşacakları zorluklarla yüzleşebilecek yeteneğe sahip olduklarına dair inanç geliştirirler. Diğer bir deyişle sosyal destek, bireyin çevresindeki destekleyici bireylerin o birey hakkındaki inançlarının bireye transfer edilmesi ile öz yeterliğin geliştirilmesini sağlar. İstenmeyen desteği de kapsayan “negatif destek” ‘in ise öz yeterlik üzerinde bir etkisinin olmadığı veya bireyin öz yeterlik seviyesini düşürdüğü düşünülmektedir. Bu nedenle ister pozitif ister negatif yönlü olsun sosyal destek, sağlıklı olma üzerindeki etkisini öz yeterlik aracılığı ile dolaylı olarak gösterebilir (Fiori ve ark. 2006).

Sosyal destek aynı zamanda stresörlerin algılanan etkisini azaltarak, başa çıkma yeteneklerini de attırabilir (Chung 1995). Stresli yaşam olaylarının üstesinden gelme, bireyin baş etme gücü ve sosyal destek kaynakları ile yakından ilgilidir (Tel ve Uzun 2003).

Sosyal destek sistemleri, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarındandır. Destekleyici ilişkilerin varlığı insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Okanlı ve ark. 2003).

Bazı araştırmalarda, sosyal desteğin başa çıkma stratejileri üzerindeki önemli etkisi üzerinde durulmuştur (Park 2007). Araştırma sonuçları, algılanan sosyal desteğin, insanın kendisini ve diğerlerini daha pozitif ve doğru değerlendirmesine teşvik ettiğini

göstermiştir. Bu da stresli durumlarla başa çıkabilmek için daha gerçekçi ve etkili başa çıkma stratejilerin geliştirilmesini sağlayabilir (Kraaij ve ark. 2002).

Sosyal ilişkilerin negatif yönü ile depresyon ve daha az uyumlu başa çıkma davranışları arasında, sosyal ilişkilerin pozitif yönü ile de daha iyi psikososyal uyum ve daha uyumlu başa çıkma davranışları arasında güçlü ilişki vardır. Sonuç olarak sürekli devam eden sosyal destek, başa çıkma davranışlarını geliştirir (Park 2007).

Sosyal destek ve sağlıkla ilişkili daha önce yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda ruh sağlığı sonuçları (özellikle depresif semptomlar) üzerine de odaklanılmıştır (Chung 1995).

Sosyal destek, depresif duygular yaşayan insanlarla yakın ilişkiler kurulmasını sağlayan psikososyal durumlar yaratması ve sosyal desteğin kişinin kendisine olan değerini ve kendini kontrol edebilme duygusunu destekleyen gücü nedeni ile depresif semptomlar için çok önemli görülmektedir (Chung 1995).

Genel olarak, özellikle duygudurum bozukluklarında sosyal desteğin azlığı ve psikopatolojik riskler arasındaki ilişkiyi gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Depresyondaki insanlar daha az sosyal desteğe ve kendisine yardımcı olabilecek çok az yakın arkadaşına sahip olma, arkadaşları ve akrabaları ile daha az ilişki içinde olma eğilimindedirler (Gençöz ve Özlale 2004).

Sosyal destek, depresyonun başlangıcının ve devam etmesinin önlenmesinde ve depresyona neden olan stresörlere karşı önemli bir koruyucu faktör olarak görülmektedir (Blazer 2005).

Araştırmalar sosyal desteğin, bireyleri stresli yaşam olaylarının negatif ruh sağlığı sonuçlarından koruduğunu göstermiştir. Aynı zamanda çok sayıda klinik depresyonlu hastalarla yapılan çalışmalarda sosyal destek faktörünün, öncelikli olarak tedavi başarısının artmasında ve tedavide elde edilen başarının sürdürülmesindeki etkisi üzerinde durulmuştur (Cheung ve Sun 2000).

Yapılan deneysel çalışmalarda da sosyal destek, depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir değişken olarak bulunmuştur. Sosyal destek, aynı zamanda psikososyal stresin gelişiminde stresli yaşam olayları ile etkileşim halinde olması nedeni ile önemlidir. Algılanan sosyal desteğin, depresif semptomların gelişmesinde etkili olan stresli yaşam olaylarının etkisini azalttığı göstermiştir (Chung 1995; Mercer 2004).

Yine sosyal destek ile depresyon arasında anlamlı ve negatif yönde ilişkiler olduğu bulunmuştur ve azalan sosyal destek pozitif etkilerin azalması, depresyonun artması ve düşük yaşam memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir (Tuğrul 2000; Arzola 2007; Knowlton ve Latkin 2007).

Araştırma bulguları, düşük sosyal destek ile özellikle stresli yaşam olayları sonrasında meydana gelen depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Özellikle yaşamlarında önemli stres yaşayan insanların destekleyici ilişkilerinin az olmasının, depresyonun gelişme riskini arttırdığı görülmüştür (Aranda ve ark. 2001).

Sosyal destek stresörlerin algılanmasını, insanın başa çıkma yollarını veya problem çözme davranışlarını değiştirerek ve insanın öz yeterlik algılamasını etkileyerek stresi azaltır. Böylece anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığı semptomları ve yaşam stresörleri ile başa çıkabilme yeteneğini geliştirerek daha iyi yaşam memnuniyeti sağlama gibi ruhsal sağlık sonuçlarına yol açar (Rogers ve ark. 2004).

Algılanan yüksek sosyal desteğin, hem psikososyal iyilik halinin (öz yeterliğin artması, depresif semptomların azalması gibi) artmasında hem de işlevsel bozukluğun azalmasında ilişkili olduğu; sosyal desteğin az olmasının ise, depresyon ve anksiyete semptomlarının gelişmesini ve stres yaşama eğilimi arttırdığı görülmüştür (Mercer 2004; Besser ve Priel 2007).

Sonuç olarak algılanan sosyal desteğin ve öz yeterlikle başa çıkmanın yüksek olması ile düşük depresyon puanları arasında ilişki olduğu görülmektedir (Kraaij ve ark. 2002).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, depresyon ile başa çıkmada öz yeterlik düzeyini ve öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin akut psikiyatri kliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılacağı hastanenin belirlenmesinde, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin araştırmacının çalıştığı kurum olması nedeniyle hastalara ulaşabilme ve izleme olanağı sağlaması etkili olmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin akut psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören depresyon tanılı hastaların tümü oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni zamana bağlı değişiklik gösterdiğinden evren büyüklüğü bilinmemektedir. Bunun yanı sıra 2006 ve 2007 yıllarında hastanenin akut psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi görmüş olan toplam hasta sayısı ile depresyon tanısı ile tedavi görmüş hasta sayısı bilinmemektedir. Ancak verilerin dijital kaydına 2006 yılında başlanmış olması nedeni ile depresyonun prevelansını belirlemek için önceki yılların verilerini değerlendirmek zaman ve iş gücü açısından mümkün olamamıştır. Bu nedenle depresyonun prevelansı, son iki yılın verileri ışığında %7,05 olarak hesaplanmıştır. Buna göre; %95 güven aralığında, %5 hata payı ve %7,05 görülme sıklığı ile evren boyutu bilinmeyen örneklemimizin büyüklüğü power analizi programı ile 101 hasta olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmanın örneklemine oluşturacak hastaların seçiminde aşağıda sıralanan kriterler göz önünde bulundurulmuştur:

- 18 yaş ve üzerinde olan,

- DSM-IV tanı kriterlerine göre ilk tanısı major depresif bozukluk veya epizod, distimik bozukluk, bipolar I ve II depresif epizod, depresif duygudurum, depresif duygudurumlu uyum bozukluğu olan,

- Psikotik özelliği olmayan,
- Gelişimsel bir bozukluğu olmayan,
- Verilen ölçekleri anlayabilen,
- Görüşmeyi yapmaya istekli,

- Hastaneye yatıştan sonra en az 48 saat geçmiş olan, hasta grubu oluşturmuştur.

3.5. Araştırma Soruları

1. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile özelliği, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, ailesini tanımlaması, çalışma durumu ve çalışmama nedeni) arasında ilişki var mıdır?

2. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile hastaların hastalıkla ilgili özellikleri (hastalık süresi, hastalanma sayısı, yatış süresi, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü) arasında ilişki var mıdır?

3. Hastaların en çok algıladıkları sosyal destek kaynakları (aile, arkadaş ve özel bir insan) nelerdir?

4. Algılanan sosyal destek düzeyleri ile hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile özelliği, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, ailesini tanımlaması, çalışma durumu ve çalışmama nedeni) arasında ilişki var mıdır?

5. Algılanan sosyal destek düzeyleri ile hastaların hastalıkla ilgili özellikleri (hastalık süresi, hastalanma sayısı, yatış süresi, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü) arasında ilişki var mıdır?

6. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

7. Algılanan sosyal destek düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

8. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür çalışması yapılarak, sosyo-demografik özelliklere ve depresyona ilişkin bilgiler içeren ve 22 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış anket formu hazırlanmıştır (Sijuwade 1994; Aranda ve ark. 2001; Atış 2001; Frydenberg 2004; Perraud ve ark. 2006). Anket formu EK 1’de verilmiştir.

3.6.2. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeği -DBÖÖ (Depression Coping Self-Efficacy Scale-DCSES)

Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği (DBÖÖ), depresyon semptomları ile başa çıkabilmek için gerekli olan davranışları uygulayabilme yeteneği üzerinde etkisi olan öz yeterlik inançlarını ölçmek amacı ile Perraud (2000) tarafından geliştirilmiştir. (Perraud 2000).

Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği (DBÖÖ), depresyondaki bireylerin evde depresif semptomlarını yönetmek için kendi yeteneklerini yargılayarak gerekli olan bakımını sağlaması ve depresyondaki hastalar tarafından kullanılması amaçlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin yeteneklerine olan inancı, belli semptomları yönetmesinde gösterdiği başarılar hakkında geribildirimler ve ihtiyacı olan destekleyici girişimler hakkında bilgi almasını sağlar (Perraud ve ark. 2006).

Bu ölçeğin birkaç avantajı bulunmaktadır. Ölçek, hem hemşirelere ve hem de hastalara öz bakım rehberliği sağlamada yardım etmektedir. Aynı zamanda ölçek, depresyondaki bireylere motivasyon ve beceri sağlamak için düzenlenen tedavi girişimleri sonrasında hasta bakım sonuçlarını ölçmek için kullanılır. Ölçek, aynı zamanda, önerilen tedavi programının izlenmesinde, hastaların yeterli olup olmadıkları gösteren bir kanıt oluşturduğundan depresyonun yeniden nüks etmesini tahmin etmek için kullanılabilir (Perraud 2000).

Ölçek, 24 maddeden oluşan bir toplamli oranlı ölçek (summated rating scale) olup cevaplandırılması, her bir maddeden sonra verilen başlangıç noktası “emin değilim”, orta noktası “orta derecede eminim”, bitiş noktası ise “eminim” ifadelerine karşılık gelen, %0 ve %100 arasında 10 eşit aralığa bölünmüş oranlı bir puanlandırma

doğrusu aracılığıyla yapılmaktadır (Perraud 2000). Ölçek puanı, ölçek maddelerine verilen puanların toplanıp madde sayısına bölünmesiyle yüzde cinsinden hesaplanmaktadır. Hesaplanan yüzde değerinin yüksek olması öz yeterliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Hesaplanan puan %50'nin altındaysa düşük derecede öz yeterliği, %50 ile %75 arasında ise orta derecede öz yeterliği ve %75'in üzerinde ise yüksek derecede öz yeterliği göstermektedir (S. Perraud*, kişisel yazışma, 13.Haziran.2008). Ölçeğin orijinali EK 2'de verilmiştir.

Orijinal ölçek depresyon tanısı olan ve depresyon tanısı olmayan sağlıklı bireylerde test edilmiş olup cronbach alpha değeri depresyon tanılı grupta 0,93, sağlıklı grupta 0,84 olarak bulunmuştur ve depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ile depresyon arasında ters yönde kuvvetli bir ilişki olduğu ($r = -0,73$) sonucu ortaya çıkarılmıştır (Perraud 2000).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması, Türkçe versiyonunun geçerliğine ve güvenilirliğine ilişkin kanıtlar sunmak amacı ile araştırmacı tarafından yapılmış olup çalışma metodolojik olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi akut psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören depresyon tanılı hasta grubu oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; bu evrenden olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen 105 hasta birey ve ölçeğin test tekrar test güvenirliğinin test edilebilmesi amacı ile seçilen 79 sağlam birey oluşturmuştur.

Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğinin test edilebilmesi için ölçeğin orijinalinin sahibi Doç. Dr. Suzanne Perraud (Rush University Medical Center College of Nursing Community and Mental Health Nursing)'dan yazılı izin alındıktan sonra ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasına başlanmıştır.

Geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılan örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 3-1'de verilmiştir.

* S. Perraud, Rush University Medical Center College of Nursing Community and Mental Health Nursing, 600 S. Paulina Suite 1080 Armour Academic Center Chicago, Illinois 60612 United States.

Tablo 3-1: Geçerlik/güvenirlik örneklem grubu sosyo-demografik özellikleri

		Sağlıklı Grup (N=79)		Hasta Grubu (N=105)	
Sosyo-demografik özellikler		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	40	50,6	58	55,2
	Erkek	39	49,4	47	44,8
Yaş Grupları	25 yaş altı	21	26,6	21	20
	25-35	37	46,8	23	21,9
	35-55	19	24,1	56	53,3
	55 yaş üzeri	2	2,5	5	4,8
	Okur-yazar değil	0	0,0	5	4,8
Eğitim Durumu	Okur-yazar, okullu	1	1,3	2	1,9
	İlkokul mezunu	9	11,4	41	39,0
	Ortaokul mezunu	9	11,4	16	15,2
	Lise mezunu	27	34,2	25	23,8
	Üniversite ve/veya üzeri	33	41,8	16	15,2
Medeni Hal	Evli	41	51,9	68	64,8
	Bekar	38	48,1	37	35,2
Mesleği	Mühendis	8	10,1	3	2,9
	İşçi	23	29,1	35	33,3
	Memur	21	26,6	7	6,7
	Ev hanımı	6	7,6	21	20
	Emekli	1	1,3	8	7,6
	Serbest	5	6,3	25	23,8
	Öğrenci	8	10,1	6	5,7
	Sağlık sektörü	7	8,9	0	0

Tablo 3-1'e bakıldığında sağlıklı örneklem grubunun % 50,6'sının (n= 40) kadın, % 49,4'ünün (n= 39) erkek olduğu; % 46,8'inin (n= 37) 25-35 yaşları arasında olduğu ($\bar{x} = 32 \pm 9,95$; min:18, max: 59); % 41,8'inin (n= 33) üniversite ve/veya üzeri

eğitim düzeyine sahip olduğu, % 51,9'unun (n= 41) evli olduğu, % 29,1'inin (n= 23) işçi olduğu; hasta örneklem grubunun ise % 55,2'sinin (n=58) kadın, % 44,8'nin (n=47) erkek olduğu; % 53,3'ünün (n= 56) 35-55 yaş arasında olduğu ($\bar{x} = 38 \pm 11,71$; min:18, max:66); % 64,8'inin (n=68) evli olduğu; % 39'unun (n= 41) ilkokul mezunu olup % 4,8'inin (n= 59) okur-yazar olmadığı; % 33,3'ünün (n= 35) işçi olduğu görülmektedir.

3.6.2.1. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeğinin Geçerliliği

• Dil ve Kapsam Geçerliliği:

Ölçeğin dil geçerliğini sağlamak için İngilizce orijinali alanda çalışan bir psikiyatrist, bir psikolog ve öğretim görevlisi olarak görev yapan bir uzman psikiyatri hemşiresi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviri sonrası yapılan değerlendirme ile çevirisinde farklılık bulunan maddeler üzerinde durularak ortak bir ifade oluşturulmuş ve ölçek tek bir çeviri haline getirilmiştir. Bunun ardından İngilizce ve Türkçe dillerine hakim olan bir uzman tarafından ölçeğin Türkçe çevirisi tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve diğer bir uzman tarafından ölçeğin Türkçe çevirisi, İngilizce'ye geri çevirisi ve ölçeğin orijinali karşılaştırılarak dil açısından uygunluğu değerlendirilmiş ve uygun olmayan ifadeler tekrar gözden geçirilmiştir. Ölçeğin dil geçerlik çalışmasına katkıda bulunan uzmanların listesi EK 3'te verilmiştir. Bu adımdan sonra ölçeğin orijinal formu ve Türkçe formu kapsam geçerliliğini sağlamak için alanda çalışan 12 psikiyatrist, bir uzman psikiyatri hemşiresi, bir psikolog, psikiyatri hemşireliği alanında uzman 4 öğretim üyesi ile halk sağlığı hemşireliği alanında uzman 2 öğretim üyesinden oluşan 20 uzmana (EK 4) hastalar tarafından anlaşılabilirlik ve Türk kültürüne uygunluğu açısından değerlendirilmesi için verilmiştir.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) (Content Validity Index = CVI) kullanılmıştır. Bunun için uzmanlara maddelerin uygunluğuna yönelik; 1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan: uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan: çok uygun olarak puan vermeleri istenmiştir (Erefe 2002). Yapılan değerlendirme sonucunda KGI 0,85 olarak hesaplanmış ve bu değer bir ölçüt olarak kabul edilen 0,80 değerinden büyük olduğu için (Yurdugül 2005), ölçeğin kapsam geçerliğinin sağlandığına karar verilmiştir. Son adım olarak ölçeğin son hali dil uzmanı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilerek uygunluğunu değerlendirmesi için ölçeğin sahibine

gönderilmiştir. Ölçek sahibinden ölçeğin uygunluğu açısından gerekli onay alındıktan sonra ölçek çalışmada kullanılmaya başlanmıştır (EK 5).

• **Yapı Geçerliliği:**

Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin yapı geçerliliği, dış testler ile yapı geçerliliğinin test edilmesi yöntemi kullanılarak yapılmış, (Şencan 2005 p.775) dış test olarak Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Yapılan geçerlik çalışmasında Pearson korelasyon analizi kullanılarak iki ölçek arasındaki korelasyona bakılmış ve sonucunda negatif yönlü bir ilişki ortaya çıkması beklenmiştir. Tablo 3-2’de pilot çalışma ve çalışmanın yapı geçerliliği analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 3-2: Pilot çalışma ve çalışma yapı geçerliliği analizi sonuçları

	Pilot Çalışma (N=30)		Çalışma (N=105)	
	r	p	r	p
Yatış	-0,721**	0,000	-0,711**	0,000
Çıkış	-0,750**	0,000	-0,802**	0,000

** Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlıdır.

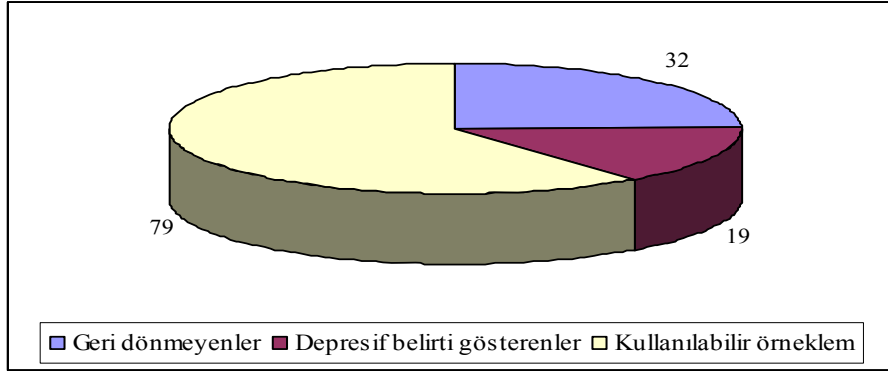
Yukarıdaki tablolarda görüldüğü gibi hem pilot çalışmada hem de ana çalışmada BDE ile DBÖÖ arasında negatif yönlü kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Suzanne Perraud tarafından yapılan yapı geçerliliği analizi sonucunda $r = -0,73$, $p = < 0,001$ olarak bulunmuştur ve bu sonuç BDE ile DBÖÖ arasında negatif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir (Perraud 2000). Çalışma bulgularımız Perraud’un çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

3.6.2.2. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeğinin Güvenirliği

• **Test Tekrar Test Güvenirliği:**

Ölçeğin test tekrar test güvenirliliğinin test edilmesi için üç hafta ara ile sağlıklı bireylere sosyodemografik anket formu (EK 6), depresyonla başa çıkmada öz yeterlik

ölçeği ve örneklem grubunun sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek üzere Beck depresyon envanteri (EK 7) her iki uygulamada da verilmiştir.



Şekil 3-1: Test - tekrar test örneklem grubu

Şekil 3-1’de test-tekrar test örneklem grubu dağılımı verilmektedir. İlk uygulamada 130 kişiye ulaşılmış, ikinci uygulamada ise 98 kişi geri dönmüştür. Yapılan analiz sonucunda Beck depresyon envanterine göre (BDE puanı > 13) 19 kişinin depresif belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir ve bu veriler test tekrar test örneklem kapsamından çıkarılmıştır. Beck depresyon envanterine göre (BDE puanı < 13) sağlıklı olduğu tespit edilen 79 kişi test-tekrar test örneklem kapsamını oluşturmuştur.

Test tekrar test güvenirlik analiz yönteminde, Pearson korelasyon analizi kullanılarak depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği maddelerinin birinci ve ikinci uygulama arasındaki ilişkisine bakılmıştır. Pearson korelasyon katsayılarının (r), % 99 güven aralığında ($p < 0,001$) 0,24 ile 0,92 arasında değiştiği görülmektedir. Maddeler arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 3-3’de görülmektedir. Buna göre iki uygulama arasındaki test tekrar test güvenirlik sayısı 0,82 ($p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır. Test tekrar test korelasyon katsayısının 0,80’den büyük olması nedeni ile (Şencan 2005 pp. 775-776) ölçeğin test tekrar test güvenirliğinin yüksek olduğu görülmektedir.

Suzanne Perraud tarafından yapılan test tekrar test analizi sonucunda test tekrar test güvenirliği 0,84 olarak bulunmuştur (Perraud 2000). Çalışma bulgularımız Perraud’un çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Tablo 3-3: Test tekrar test madde korelasyon analizi

Ölçek Maddeleri	r	p
	(N=79)	
Madde 1	0,307**	0,006
Madde 2	0,434**	0,000
Madde 3	0,746**	0,000
Madde 4	0,704**	0,000
Madde 5	0,432**	0,000
Madde 6	0,542**	0,000
Madde 7	0,612**	0,000
Madde 8	0,696**	0,000
Madde 9	0,709**	0,000
Madde 10	0,578**	0,000
Madde 11	0,691**	0,000
Madde 12	0,793**	0,000
Madde 13	0,715**	0,000
Madde 14	0,482**	0,000
Madde 15	0,659**	0,000
Madde 16	0,682**	0,000
Madde 17	0,694**	0,000
Madde 18	0,561**	0,000
Madde 19	0,659**	0,000
Madde 20	0,698**	0,000
Madde 21	0,538**	0,000
Madde 22	0,932**	0,000
Madde 23	0,790**	0,000
Madde 24	0,561**	0,000

• **Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi:**

Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin iç tutarlılığının test edilmesinde cronbach alpha güvenirlik analizi yöntemi kullanılmıştır. Depresyon düzeylerinin, hastaların hastaneye yatışlarında ve çıkışlarında değiştiğini beklediğimizden dolayı bu sonuçların ölçeğin güvenirliliğini etkileyip etkilemediğini göstermek için Cronbach alpha güvenirlik analizi yöntemi, pilot çalışmada ve esas çalışmada yatış ve çıkış verilerinin her ikisi için bakılmıştır. Sağlıklı gruplarda ise birinci ve ikinci uygulamaya ait veriler üzerinden cronbach alpha güvenirlik analizi yöntemi uygulanmıştır. Tablo 3-4’de pilot çalışmanın, esas çalışmanın ve sağlıklı örneklem grubuna ait cronbach alpha analizi sonuçları görülmektedir.

Tablo 3-4: Pilot Çalışma, Çalışma ve Sağlıklı Grup Cronbach Alpha Analizi Sonuçları

	Pilot Çalışma (N=30)		Çalışma (N=105)		Sağlıklı Grup (N=79)	
	Yatış	Çıkış	Yatış	Çıkış	Birinci	İkinci
					Uygulama	Uygulama
Cronbach Alpha	0,94	0,94	0,94	0,94	0,83	0,87

Yapılan güvenirlik analizi sonucunda, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin pilot çalışmaya ait yatış cronbach alpha değeri 0,94 ve çıkış cronbach alpha değeri 0,94, esas çalışma grubuna ait yatış cronbach alpha değeri 0,94 ve çıkış cronbach alpha değeri ise 0,94 bulunmuştur. Sağlıklı grupta ise birinci uygulamaya ait cronbach alpha değeri 0,83 ve ikinci uygulamaya ait cronbach alpha değeri 0,87 olarak hesaplanmıştır.

Nunnally (1978); güvenirlik katsayılarının pilot araştırmalar için 0,60, temel araştırmalar için 0,80 ve uygulamalı araştırmalar için 0,90-0,95 oranının bulunması gerektiğini belirtmiştir (Kaynak: Şencan 2005 p.169). Buna göre, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin cronbach alpha değerleri, hem pilot çalışmada hem esas çalışmada hem de sağlıklı gruplarda 0,80’nin üzerinde olduğundan yüksek güvenilirliğe sahiptir. Perraud (2000)’un güvenirlik çalışması, yalnızca hastaların hastaneye yatış verileri (N=51) üzerinden yapılmış olup cronbach alpha değeri 0,93 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı grup verileri (N=42) ile yapılan güvenirlik analizi sonucunda ise cronbach alpha değeri 0,97 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgularımız Perraud'un çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

• **Madde -Toplam Korelasyon Analizi:**

Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin iç tutarlılık güvenirliğinin test edilmesinde madde toplam korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Spector (1992)'a göre; madde-toplam puan korelasyonu analizinin yapılabilmesi için 100 ile 200 arasında cevaplayıcının olması veya madde sayısının en az beş katı kadar cevaplayıcının bulunması öngörülmüştür (Kaynak: Şencan 2005 p. 112). Bu nedenle madde-toplam korelasyon analizi yöntemi esas çalışma verileri (N=105) üzerinden yapılmıştır. Tablo 3-5'de yatış ve çıkış madde-toplam korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 3-5: Yatış ve Çıkış Madde-Toplam Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek Maddeleri	Yatış			Çıkış		
	Madde Toplam Puan Korelasyonu (N = 105)		Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha	Madde Toplam Puan Korelasyonu (N = 105)		Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha
	r	p		r	p	
Madde 1	0,588**	0,000	0,94	0,686**	0,000	0,94
Madde 2	0,621**	0,000	0,93	0,677**	0,000	0,94
Madde 3	0,152	0,122	0,94	0,218	0,260	0,95
Madde 4	0,487**	0,000	0,94	0,508**	0,000	0,94
Madde 5	0,680**	0,000	0,93	0,768**	0,000	0,94
Madde 6	0,565**	0,000	0,94	0,637**	0,000	0,94
Madde 7	0,478**	0,000	0,94	0,584**	0,000	0,94
Madde 8	0,649**	0,000	0,93	0,656**	0,000	0,94

Tablo 3-5 (Devam): Yatış ve Çıkış Madde-Toplam Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek Maddeleri	Yatış			Çıkış		
	Madde Toplam Puan Korelasyonu (N = 105)		Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha	Madde Toplam Puan Korelasyonu (N = 105)		Madde Çıkarıldığında Cronbach Alpha
	r	p		r	p	
Madde 9	0,630**	0,000	0,93	0,584**	0,000	0,94
Madde 10	0,765**	0,000	0,93	0,687**	0,000	0,94
Madde 11	0,770**	0,000	0,93	0,717**	0,000	0,94
Madde 12	0,681**	0,000	0,93	0,717**	0,000	0,94
Madde 13	0,760**	0,000	0,93	0,829**	0,000	0,94
Madde 14	0,716**	0,000	0,93	0,724**	0,000	0,94
Madde 15	0,750**	0,000	0,93	0,788**	0,000	0,94
Madde 16	0,404**	0,000	0,94	0,451**	0,000	0,94
Madde 17	0,796**	0,000	0,93	0,804**	0,000	0,94
Madde 18	0,656**	0,000	0,93	0,749**	0,000	0,94
Madde 19	0,745**	0,000	0,93	0,773**	0,000	0,94
Madde 20	0,746**	0,000	0,93	0,776**	0,000	0,94
Madde 21	0,675**	0,000	0,93	0,739**	0,000	0,94
Madde 22	0,432**	0,000	0,94	0,398**	0,000	0,94
Madde 23	0,720**	0,000	0,93	0,736**	0,000	0,94
Madde 24	0,771**	0,000	0,93	0,787**	0,000	0,94

Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve 0,30'un altında olan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir. Ancak maddeyi ölçekten

çıkarmak ilk alternatif olarak düşünülmemektedir. Madde çıkarıldığında Cronbach Alpha katsayısı üzerindeki etkisi incelenir, eğer maddenin Cronbach Alpha değerini yükseltme etkisi çok az ise maddenin ölçekten çıkarılması önerilmemektedir (Şencan 2005 p.112).

Madde-toplam korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, yatış madde-toplam korelasyon değerlerinin $r = 0,152$ ile $r = 0,796$ arasında değiştiği, çıkış madde-toplam korelasyon değerlerinin ise $r = 0,218$ ile $r = 0,829$ arasında değiştiği görülmektedir. Her iki analiz sonucunda da 3. madde'nin madde-toplam korelasyon katsayısının 0,30'un altında olduğu görülmektedir. Ancak maddelerin ölçekten çıkarıldığında Cronbach alpha katsayısı üzerinde yaptığı değişim incelendiğinde, 3. madde ölçeğin Cronbach alpha değerinde önemli bir değişikliğe neden olmadığından 3.madde'nin ölçekte kalmasının uygun olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu ölçeğin Türkçeye uyarlaması, farklı bir kültürde yapıldığı için asıl ölçeğin güvenilirliğine ilişkin kanıtlar ve geçerliğini destekleyen veriler sunmuş ve bu veriler doğrultusunda psikiyatri hemşireliği uygulamalarında yararlı olacağı düşünülmüştür. Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan bu ölçek ile depresyondaki hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterliğinin belirlenmesi;

- Depresyondaki bireylerin evde, depresif semptomlarını yönetmek için kendi yeteneklerini sorgulayarak gerekli olan bakımını sağlamasına yardımcı olmada rehberlik sağlayacak ve hastaların kendilerinde eksik olan yönlerin farkına varmalarına yardımcı olacaktır

- Psikiyatri hemşirelerine hastanın gereksinimleri konusunda rehberlik sağlayarak hastaların gereksinimlerinin tedavi süreci boyunca ekip çalışması ile değerlendirilmesini ve gereksinimlere göre tedavi sürecinin planlanmasını sağlayacaktır

- Psikiyatri hemşireliği girişimlerinin seçilmesinde, tanımlanmasında, hedefler konulmasında ve uygulanan psikiyatri hemşireliği girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde, hasta sonuçlarının ölçülmesinde ve geliştirilmesinde daha doğru ve anlaşılır bir yaklaşımla hemşireye rehberlik sağlayacaktır

- Depresyondaki hastaların, depresyonla başa çıkmada eksik yönlerinin tespit edilmesini, ihtiyaç duydukları alanlarda bilişsel-davranışçı tekniklerin kullanılarak hastaya özgü özel hemşirelik girişimlerinin tanımlanmasını, tedavide hastaların en çok

ihtiyaç duydukları alanlara odaklanılarak tedavi sürecinin belirlenmesini, hastaların eksik yönlerinin geliştirilmesini ve bilişsel-davranışçı tedavinin sonuçlarını değerlendirilmesini sağlayacaktır

- Hastaların taburculuktan sonra tedavi protokollerini sürdürmelerinde yetersiz oldukları alanların belirlenerek daha etkili tedavi planlarının yapılmasına ve yeniden hastaneye yatma riski olan hastaların belirlenmesine ve tekrar yatışların önlenmesine yardımcı olacaktır.

3.6.3. Beck Depresyon Envanteri –BDE (Beck Depression Inventory-BDI)

Beck Depresyon Envanteri (BDE), 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği türüdür. Depresyonda görülen bilişsel, duygusal ve bedensel belirtileri ölçmektedir (Armay ve ark. 2007). Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Ölçekte bulunan 21 belirti kategorisinin her biri 4 tane kendini değerlendirme maddesinden oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür (Aydemir ve Köroğlu 2006 p.121). Bu toplam puan depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddetini belirlemektedir. Beck (1972) depresyon için ölçek puanlarına göre sınıflandırmayı: “0-13 puan depresyon yok”, “14-24 orta derecede depresyon”, “25 ve üzeri puan ciddi depresyon” şeklinde yapmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ve Türk diline uygunluğu ilk olarak Teğin (1980) tarafından yapılmış ve güvenirlik katsayısı 0,65 olarak bulunmuştur (Savaşır ve Şahin 1997). Hisli (1988, 1989) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise; ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,80 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve Köroğlu 2006 p.122). Çalışmamızda, BDE'nin yatıştaki güvenirlik katsayısı 0,90, çıkıştaki güvenirlik katsayısı ise 0,94 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ), Zimet ve ark. (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş 12 maddelik bir ölçektir (EK 8). Her biri 4 maddeden oluşan ölçek desteğin kaynağına ilişkin üç gruptan oluşur. Bunlar aile (3,4,8,11), arkadaşlar (6,7,9,12) ve özel

bir insan (1,2,5,10)'dır. Her madde “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Aksüllü ve Doğan 2004; Kaçmaz 2003).

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve uyarlaması ülkemizde Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın örnekleminde ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,86 olarak belirlenmiştir (Kaynak: Kocaman ve ark. 2007). Çalışmamızda ise, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, araştırmaya katılan örneklem grubunun bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, aile özelliği, ailenin kaçıncı çocuğu olduğu, ailesini tanımlama durumu, çalışma durumu ve çalışmama nedeni) ve hastalıkla ilgili özellikleri (hastalık süresi, hastalanma sayısı, yatış süresi, intihar düşüncesi, şiddet öyküsü) olarak belirlendi.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği, algılanan sosyal destek ölçeği ve Beck depresyon envanteri olarak belirlendi.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın saha araştırması, Aralık 2008 – Mart 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan 3 bayan, 6 erkek yetişkin ve 1 ergen olmak üzere toplam 10 akut psikiyatri kliniği çalışma kapsamına alınmıştır. Söz konusu kliniklere yatan hastalar arasından araştırmanın örneklemini oluşturacak bireylerin önceden belirlenmiş olan kriterlere uygun olarak seçilebilmesi için saha araştırmasının yapıldığı zaman aralığı boyunca hasta kayıtları, hastaların yatış işlemlerinin yapıldığı Acil Psikiyatri Bölümü'nden günlük olarak alınmıştır. Araştırma kriterlerini sağlayan hastalar ile yatışlarından sonraki 24 saat içerisinde ve taburculukları sırasında olmak üzere iki defa yatışlarının yapıldığı kliniklerde görüşülmüştür.

Her hastanın görüşme öncesinde araştırmanın kapsamı hakkında gerekli bilgilendirmeyi sağlayan hasta bilgilendirme ve onay formunu okuması sağlanmış ve hastanın onayı alındıktan sonra görüşmeye başlanılmıştır.

Her bir hastaya anket formu ve ölçeklerin nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verildikten sonra sıra ile anket formunu, Beck depresyon envanterini, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğini ve son olarak da çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Her bir görüşme yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür. Hastalar formları doldururken yanlarında bulunulmuş ve hastanın anlayamadığı bölümlerde tekrar gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

Bu çalışma kapsamında toplam 196 hasta ile görüşme yapılmıştır. Ancak 46 hasta yatış sırasında depresyon ön tanısı almış olmasına rağmen taburcu olurken davranış bozukluğu, ağır strese reaksiyon uyum bozukluğu, organik psikoz, konversiyon bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, bipolar duygudurum bozukluğu hipomanik dönem veya psikotik özellikli depresyon tanısı almış olmasından ve bu tanıları araştırmaya alınma kriterlerini karşılamadığından bu hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Aynı zamanda 18 hasta kefaletname ile tedavisi tamamlanmadan kendi isteği ile hastaneden ayrılmış olup 27 hasta ise görüşmeyi kabul etmediğinden bu hastalar da örnekleme dahil edilememiştir. Geriye kalan 105 hastanın verileri eksiksiz olarak toplanmış ve bu hasta grubu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönleri

- Araştırma, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi kurallarına uygun olarak yapılmıştır (EK 9)
- Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğinin test edilebilmesi için ölçeğin orijinalinin sahibi Doç. Dr. Suzanne Perraud (Rush University Medical Center College of Nursing Community and Mental Health Nursing)’dan yazılı izin alınmıştır (EK 10)
- Çalışmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü’nden (EK 11) ve çalışmanın yapılacağı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan (EK 12) gerekli resmi izinler alınmıştır.
- Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı, süresi, kendisinden ne beklendiği, araştırmanın ilk aşamasından itibaren çalışmaya katılmada özgür oldukları,

katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılma hakları konusunda bilgilendirilerek çalışmaya katılımları için sözlü ve yazılı izin alınmıştır (EK 13)

- Araştırmaya katılan bireylere bilgilerin araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalınmıştır.

3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 11,5 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Örneklem grubunun özellikleri ve araştırmada kullanılan ölçeklerin dağılımlarının açıklanmasında sıklık, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum kullanılmıştır.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde bağımlı değişkenin ordinal ölçekle ölçüldüğü durumlarda nonparametrik istatistiksel analizler, bağımlı değişkenin aralıklı ölçekle ölçüldüğü durumlarda ise parametrik istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği ordinal ölçektir (düşük düzeyde öz yeterlik-orta düzeyde öz yeterlik- yüksek düzeyde öz yeterlik). Bağımlı değişkenin ordinal ölçekle ölçüldüğü durumlarda iki grubun özellikleri karşılaştırılırken “Mann-Whitney U testi”, ikiden fazla grubun özellikleri karşılaştırılırken “Kruskall-Wallis testi ve gruplar arası ikili karşılaştırmalarda ise “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan algılanan sosyal destek ölçeği aralıklı ölçektir. Bağımlı değişkenin aralıklı ölçekle ölçüldüğü durumlarda iki grubun özellikleri karşılaştırılırken “bağımsız örneklem t testi”, ikiden fazla grubun özellikleri karşılaştırılırken “tek yönlü varyans analizi” ve gruplar arası karşılaştırmalarda ise “Tukey testi” kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için “korelasyon analizi” kullanılmıştır.

İki grup arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için “eşleştirilmiş örneklem t testi” kullanılmıştır.

3.11. Araştırmanın Kısıtları

- Araştırma 10 akut psikiyatri kliniğinde yapılmıştır. Ekip çalışması ve sağlıklı bir kayıt sistemi olmadığından hastaneye yatan depresyon tanılı hastalara ulaşmakta zorluk yaşanmıştır. Çoğu hasta bir serviste yatıyor görünmesine rağmen servise gidildiğinde aslında serviste öyle bir hastanın olmadığı veya kayıtlarda depresyon tanısı ile yattığı görünen hastanın aslında başka bir tanı ile yattığı görülmüş ve hastaları değerlendirmek için klinikler her gün birkaç kez dolaşmıştır.
- Hastalar acilden ön tanı ile servise yatırılmaktadır. Depresyon ön tanısı ile örnekleme alınan hastaların taburculukta farklı bir çıkış tanısı ile taburcu olduğu görülmüştür. Bu veriler çalışma kapsamından çıkarılmak zorunda kalmıştır.
- Görüşme formlarının doldurulması uzun sürdüğü için (30 dakika) bazı hastalar görüşmeyi yarıda bırakmış ve çalışma kapsamından çıkarılmıştır.
- Kliniklerin çoğunda görüşme yapmaya uygun bir ortam sağlanamadığından, gürültülü alanlarda hasta ile görüşülmüş ve bu durum iletişimi zorlaştırmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlık altında verilmiştir.

4.1. Araştırmaya katılan örneklem grubunun bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerine ait bulgular

4.2. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği ile ilgili bulgular

4.3. Algılanan sosyal destek ölçeği ile ilgili bulgular

4.4. Beck depresyon envanteri, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeği arasındaki ilişki analizlerine ait bulgular

4.1. Örneklem Grubunun Bireysel ve Hastalık Özellikleri

Araştırmada örneklem grubunun özellikleri, bireysel özellikleri ve hastalık özellikleri olarak iki gruba ayrılarak incelenmiştir.

Tablo 4-1: Örneklem grubunun bireysel özellikleri

Bireysel Özellikler		n (N=105)	%
Cinsiyet	Kadın	58	55,2
	Erkek	47	44,8
Yaş	25 yaş altı	21	20
	25-35	23	21,9
	35-55	56	53,3
	55 yaş üzeri	5	4,8
Medeni hal	Evli	68	64,8
	Bekar	37	35,2
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	5	4,8
	Okur-yazar, okullu	2	1,9
	İlkokul mezunu	41	39,0
	Ortaokul mezunu	16	15,2
	Lise mezunu	25	23,8
	Üniversite ve/veya üzeri	16	15,2
Meslek	Mühendis	3	2,9
	Memur	7	6,7
	Serbest	25	23,8
	İşçi	35	33,3
	Öğrenci	6	5,7
	Ev hanımı	21	20
	Emekli	8	7,6

Tablo 4-1 (Devam): Örneklem grubunun bireysel özellikleri

Bireysel Özellikler		n (N=105)	%
Gelir Düzeyi	<300 TL	5	4,8
	300 TL - 500 TL	9	8,6
	500 TL - 1,000 TL	38	36,2
	1,000 TL - 1,500 TL	31	29,5
	1,500 TL - 2,000 TL	12	11,4
	> 2000 TL	10	9,5
Gelir Düzeyini Algılama	Kötü	35	33,3
	Orta	43	41,0
	İyi	22	21,0
	Çok iyi	5	4,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	19	18,0
	Çalışmıyor (hastalıkla ilgili)	43	41,0
	Çalışmıyor (hastalıkla ilgili değil)	43	41,0
Aile Özelliği	Çekirdek aile	97	92,4
	Geleneksel aile	8	7,6
Ailenin Kaçınıcı Çocuğu	İlk	28	26,7
	Ortanca	58	55,2
	Son	19	18,1
Aileyi Tanımlama	Aşırı koruyucu - kollayıcı	8	7,6
	Aşırı otoriter/reddedici	25	23,8
	Güven verici/destekleyici	56	53,3
	İlgisiz ve kayıtsız aile	16	15,2

Tablo 4-1'e bakıldığında örneklem grubunun % 55,2'sinin (n=58) kadın, % 44,8'nin (n=47) erkek olduğu; % 53,3'ünün (n= 56) 35-55 yaş arasında olduğu

($\bar{x}=38\pm11,71$; min:18, max:66); % 64,8'inin (n=68) evli olduğu; % 39'unun (n= 41) ilkokul mezunu olup % 4,8'inin (n= 59) okur-yazar olmadığı; % 33,3'ünün (n= 35) işçi olduğu; % 36,2'sinin (n= 38) 500-1000 TL arasında gelir düzeyine sahip olduğu; % 41,0'ının (n= 43) gelirini orta düzeyde algıladığı; % 18'inin (n= 19) çalıştığı; % 41,0'ının (n=43) hastalıkla ilgili nedenlerden dolayı çalışmadığı ve % 41,0'ının (n= 43) ise hastalıkla ilgili olmayan nedenlerden dolayı çalışmadığı; % 92,4'ünün (n= 97) çekirdek aile üyesi olduğu; % 55,2'sinin (n= 58) ailesinin ortanca çocuğu olduğu; % 53,3'ünün (n= 56) ise ailesini güven verici/destekleyici olarak tanımladığı bulunmuştur.

Tablo 4-2: Örneklem grubunun hastalık özellikleri

Hastalık Özellikleri		n (N=105)	%
Hastalık Tanısı	Majör Depresyon	99	94,3
	Duygudurum bozukluğu depresif atak	6	5,7
Hastalığın Süresi	0-12 ay	24	22,9
	1-2 yıl	9	8,6
	2-3 yıl	9	8,6
	3 yıl ve üzeri	63	60
Hastalanma Sayısı	İlk kez	17	16,2
	İkinci kez	20	19
	Üçüncü kez	11	10,5
	4. ve üzeri kez	57	54,3
Yatış Süresi	1 haftadan az	17	16,2
	1-2 hafta arası	29	27,6
	2-3 hafta arası	33	31,4
	3 hafta ve üzeri	26	24,8

Tablo 4-2 (Devam): Örneklem grubunun hastalık özellikleri

Hastalık Özellikleri		n (N=105)	%
Eksen II / Co-Morbid	Eksen II	13	12,4
	Co-morbid	1	1
	Yok	91	86,7
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	1. derece akraba	41	39
	2. derece akraba	9	8,6
	Hem 1. hem 2. derece akraba	3	2,9
	Yok	52	49,5
1. derece akrabada hastalık tanısı	Depresyon	24	54,5
	Panik atak	1	2,3
	Şizofren	1	2,3
	Hastalık tanısı bilinmiyor	18	40,9
2. derece akrabada hastalık tanısı	Depresyon	4	33,3
	Şizofren	2	16,7
	Hastalık tanısı bilinmiyor	6	50
Önemli Yaşam Olayı Varlığı*	Ölüm	17	16,2
	Ayrılık	12	11,4
	Maddi kayıp	21	20,0
	Hastalık	7	6,7
	Kaza	4	3,8
	Ailevi problemler	26	24,8
	Cinsel şiddet	5	4,8
	Diğer	5	4,8

*Önemli yaşam olayı varlığı olmayan (n = 8)

Tablo 4-2 (Devam): Örneklem grubunun hastalık özellikleri

Hastalık Özellikleri		n (N=105)	%
İntihar Düşüncesi	Evet	98	93,3
	Hayır	7	6,7
Şiddet Öyküsü	Evet	41	39,0
	Hayır	64	61,0
Madde Kullanımı**	Sigara	65	61,9
	Alkol	6	5,7
	Yasal olmayan madde	2	1,9

** Sigara kullanmayan (n = 40), alkol kullanmayan (n = 99), yasal olmayan madde kullanmayan (n = 103)

Tablo 4-2'ye bakıldığında örneklemin % 94,3'ünün (n= 99) major depresyon tanısı aldığı; % 60'ının (n= 63) hastalık süresinin 3 yıl ve üzerinde olduğu; % 54,3'ünün (n= 57) 4. ve daha çok hastalandığı; % 31,4'ünün (n= 33) 2-3 hafta arası yatış süresine sahip olduğu ($\bar{x}=18\pm12,55$; min:2, max:75); % 86,7'sinde (n= 91) Eksen II/Co-Morbid bir durumun olmadığı; % 12,4'ünde (n= 13) Eksen II, % 1'inde (n= 1) ise Co-Morbid durumun var olduğu; % 49,5'inin (n= 52) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı; % 39'unun (n= 41) birinci derece akrabasında, % 8,6'sının (n= 9) ise ikinci derece akrabasında psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu; % 54,5'inin (n= 24) birinci derece akrabasında ve % 33,3'ünün (n= 4) ise ikinci derece akrabasında depresyon tanısı olduğu; % 24,8'inin (n= 26) ailevi problemler yaşadığı; % 93,3'ünde (n= 98) intihar düşüncesi olduğu, % 61,0'ında (n= 64) şiddet öyküsü olmadığı; % 61,9'unun (n= 65) sigara kullanırken % 5,7'inin (n= 6) alkol ve % 1,9'unun (n= 2) ise yasal olmayan madde kullandığı bulunmuştur.

4.2. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Ölçeği İle İlgili Bulgular

Tablo 4-3: Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri

	n	%
Düşük düzeyde öz yeterlik	61	58,1
Orta düzeyde öz yeterlik	29	27,6
Yüksek düzeyde öz yeterlik	15	14,3
Toplam	105	100,0

Araştırmanın örneklem grubunun depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin dağılımına bakıldığında, % 58,1'inin (n= 61) düşük düzeyde depresyonla başa çıkmada öz yeterliğe sahip olduğu, % 14,3'ünün (n= 15) ise yüksek düzeyde depresyonla başa çıkmada öz yeterliğe sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4-4: DBÖÖ puanları ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması

Bireysel Özellikler		Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği			
		n (N=105)	Mean Rank	Z_{mw}	χ_{kw}
Cinsiyet	Kadın	58	44,93	-3,415	0,001
	Erkek	47	62,96		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	5	49	3,690	0,595
	Okur-yazar, okullu	2	31		
	İlkokul mezunu	41	56,17		
	Ortaokul mezunu	16	53,44		
	Lise mezunu	25	47,12		
	Üniversite ve/veya üzeri	16	57,63		

Z_{mw} : Mann-Whitney U testi kullanılmıştır χ_{kw} : Kruskal- Wallis testi kullanılmıştır

Tablo 4-5 (Devam): DBÖÖ puanları ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması

Bireysel Özellikler		Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği			
		n (N=105)	Mean Rank	Z_{mw}	χ_{kw} p
Medeni Hali	Evli	68	54,75	-0,904	0,366
	Bekar	37	49,78		
Aile özelliği	Çekirdek aile	97	52,96	-0,055	0,956
	Geleneksel aile	8	53,50		
Ailenin kaçınıcı çocuğu	İlk	28	51,82	2,428	0,297
	Ortanca	58	56,12		
	Son	19	45,21		
Aileyi Tanımlama	Aşırı koruyucu - kollayıcı	8	50,63	7,293	0,063
	Aşırı otoriter/reddedici	25	43,56		
	Güven verici/destekleyici	56	59,43		
	İlgisiz ve kayıtsız aile	16	46,44		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	19	68,68	-2,809	0,005
	Çalışmıyor	86	49,53		
Çalışmama Nedeni	Hastalıkla ilgili	43	41,85	-0,719	0,472
	Hastalıkla ilgili değil	43	45,15		

Z_{mw} : Mann-Whitney U testi kullanılmıştır χ_{kw} : Kruskal- Wallis testi kullanılmıştır

Hastaların bireysel özellikleri ile Depresyonla Başa Çıkmada Öz yeterlik düzeyleri karşılaştırıldığında sadece cinsiyet ve çalışma durumu ile Depresyonla Başa Çıkmada Öz yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Örneklemenin diğer özellikleri ile Depresyonla Başa Çıkmada Öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmamızda erkeklerin, kadınlara göre depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Z_{mw} : -3,415; $p=0,001$).

Yine çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Z_{mw} : -2,809; $p=0,005$).

Hastaların ailelerini tanımlamaları ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmasına rağmen (χ_{kw} : 7,293; $p=0,063$) hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin ortalama değerleri arasında göze çarpan bir farklılık görüldüğü için bütün gruplar arasında ikili karşılaştırmalar yapılmış ve ailelerini güven verici/destekleyici olarak tanımlayan hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin, ailelerini aşırı otoriter/reddedici olarak tanımlayan hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Z_{mw} : -2,398; $p=0,016$).

Tablo 4-5: DBÖÖ puanları ile hastalık özelliklerin karşılaştırılması

Hastalıkla ilgili özellikler	Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği				
	n (N=105)	Mean Rank	Z_{mw}	χ_{kw}	p
Hastalık süresi	0-12 ay	24	59,92	2,539	0,468
	1-2 yıl	9	46,00		
	2-3 yıl	9	48,44		
	3 yıl ve üzeri	63	52,02		
Hastalanma sayısı	İlk kez	17	69,18	8,994	0,029
	İkinci kez	20	54,60		
	Üçüncü kez	11	55,36		
	4. ve üzeri kez	57	47,16		
Yatış süresi	1 haftadan az	17	62,59	12,727	0,005
	1-2 hafta arası	29	52,66		
	2-3 hafta arası	33	60,24		
	3 hafta ve üzeri	26	37,92		

Z_{mw} : Mann-Whitney U testi kullanılmıştır χ_{kw} : Kruskal- Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 4-6 (Devam): DBÖÖ puanları ile hastalık özelliklerin karşılaştırılması

Hastalıkla ilgili özellikler		Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği			
		n (N=105)	Mean Rank	Z_{mw}	χ_{kw} p
İntihar düşüncesi	Evet	98	51,37	-2.327	0,020
	Hayır	7	75,86		
Şiddet öyküsü	Evet	41	43,024	-3.042	0,002
	Hayır	64	59,391		

Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri ile Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik düzeyi karşılaştırıldığında hastaların hastalanma sayısı (χ_{kw} : 8,994; p=0,029), yatış süresi (χ_{kw} :12,727; p=0,005), intihar düşüncesi (Z_{mw} : -2,327; p=0,020) ve şiddet öyküsü (Z_{mw} : -3,042; p=0,002) ile Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların hastalanma sayısına göre ikili karşılaştırmalar yapıldığında ilk kez hastalanan bireylerin, 4. ve üzeri kez hastalanan bireylere göre depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Z_{mw} : - 2,962; p=0,003).

Hastaların yatış süresine göre ikili karşılaştırmalar yapıldığında; hastanede yatış süresi 1 haftadan az olanların hastanede yatış süresi 3 hafta ve üzeri olanlara göre (Z_{mw} : -2,919; p=0,004); hastanede yatış süresi 1-2 hafta arası olanların yatış süresi 3 hafta ve üzeri olanlara göre (Z_{mw} : -2,246; p=0,025); hastanede yatış süresi 2-3 hafta arası olanların yatış süresi 3 hafta ve üzeri olanlara göre (Z_{mw} : -3,381; p=0,001) depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda intihar düşüncesi olmayan hastaların, intihar düşüncesi olanlara göre depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. (Z_{mw} : -2,327; p=0,020).

Yine şiddet öyküsü olanların şiddet öyküsü olmayanlara göre depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z_{mw} : -3,042; p=0,002$).

Hastaların hastalık süresi ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlgili Bulgular

Tablo 4-6: ÇBASDÖ ve alt boyutları dağılımları

Ölçek	Ort.	Medyan	SD	Min	Max
ÇBASDÖ	51,73	56	21,05	12	84
ÇBASDÖ alt boyutları					
Aile	18,04	21	8,71	4	28
Arkadaş	15,91	18	8,24	4	28
Özel bir insan	17,78	19	8,72	4	28

(N= 105)

Tablo 4-7’de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları ile ilgili bulgular verilmiş olup örneklemin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanının 51.73 ± 21.05 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4-7: ÇBASDÖ’nin alt boyutlarının karşılaştırılması

ÇBASDÖ alt boyutları	Ort.	SD	t	p
Aile sosyal destek puanı	18,04	8,71	2,350	0,021
Arkadaş sosyal destek puanı	15,91	8,24		
Aile sosyal destek puanı	18,04	8,71	0,371	0,711
Özel bir insan sosyal destek puanı	17,78	8,72		
Arkadaş sosyal destek puanı	15,91	8,24	-2,136	0,035
Özel bir insan sosyal destek puanı	17,78	8,72		

t: eşleştirilmiş örneklem t testi kullanılmıştır (N=105).

Tablo 4-8’de hastaların algıladıkları sosyal destek ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular verilmiştir. Gruplar arasında ikili karşılaştırmalar yapıldığında, aile sosyal destek puanı ile arkadaş sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($t: 2,350$; $p=0,021$) ve arkadaş sosyal destek puanı ile özel bir insan sosyal destek puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup ($t: -2,136$; $p=0,035$), hastaların ailelerini ($18,04 \pm 8,71$) ve kendileri için özel olan bir insanı ($17,78 \pm 8,72$) arkadaşlarından ($15,91 \pm 8,24$) daha fazla sosyal destek kaynağı olarak algıladıkları bulunmuştur.

Tablo 4-8: ÇBASDÖ puanları ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması

Bireysel özellikler		Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği					
		n (N=105)	Ort.	SD	t	F	p
Cinsiyet	Kadın	58	48,57	20,17	-1,714		0,090
	Erkek	47	55,64	21,67			
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	5	60,40	13,45		0,833	0,529
	Okur-yazar, okullu	2	29,50	4,95			
	İlkokul mezunu	41	54,12	23,39			
	Ortaokul mezunu	16	50,63	23,08			
	Lise mezunu	25	51,00	19,43			
	Üniversite ve/veya üzeri	16	47,94	17,43			
Medeni Hali	Evli	68	55,00	19,97	2,134		0,036
	Bekar	37	45,73	21,93			
Aile özelliği	Çekirdek aile	97	50,61	21,40	-1,932		0,056
	Geleneksel aile	8	65,38	8,68			
Ailenin kaçınıcı çocuğu	İlk	28	52,21	20,82		0,011	0,989
	Ortanca	58	51,64	21,78			
	Son	19	51,32	20,19			

t: bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır F: tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4-9 (Devam): ÇBASDÖ puanları ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması

Bireysel özellikler		Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği					
		n (N=105)	Ort.	SD	t	F	p
Aileyi tanımlama	Aşırı koruyucu - kollayıcı	8	56,75	24,07			
	Aşırı otoriter/reddedici	25	41,16	18,65			
	Güven verici/destekleyici	56	59,71	18,45		8,930	0,000
	İlgisiz ve kayıtsız aile	16	37,81	18,82			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	19	55,79	18,47			
	Çalışmıyor	86	50,84	21,58	1,025		0,314
Çalışmama Nedeni	Hastalıkla ilgili	43	47,79	22,87			
	Hastalıkla ilgili değil	43	53,88	20,01	-1,315		0,192

t: bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır F: tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4-9’da hastaların bireysel özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nden algıladıkları puanlar karşılaştırıldığında, hastaların medeni hali ve ailelerini tanımlamaları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Evli olan hastaların, evli olmayan hastalara göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur (t: 2,134; p=0,036).

Yine hastaların ailelerini tanımlamaları ile ilgili ileri karşılaştırmalar yapıldığında (F: 8,930; p=0,000); güven verici/destekleyici ailelerden gelen hastaların, aşırı otoriter/reddedici ailelerden gelen hastalar ve ilgisiz/kayıtsız ailelerden gelen hastalara göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile özelliği, ailenin kaçınıcı çocuğu olması, çalışma durumu ve çalışmama nedeni ile algılanan sosyal destek ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4-9: ÇBASDÖ puanları ile hastalık özelliklerin karşılaştırılması

Hastalıkla ilgili özellikler		Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği				
		n (N=105)	Ort.	SD	t	F
Hastalık süresi	0-12 ay	24	59,42	17,72		
	1-2 yıl	9	49,11	19,76		
	2-3 yıl	9	44,44	26,61		1,608
	3 yıl ve üzeri	63	50,22	21,24		0,192
Hastalanma sayısı	İlk kez	17	64,76	15,76		
	İkinci kez	20	53,45	20,40		
	Üçüncü kez	11	58,00	19,00		4,307
	4. ve üzeri kez	57	46,04	21,29		0,007
Yatış süresi	1 haftadan az	17	53,94	19,36		
	1-2 hafta arası	29	50,83	23,76		
	2-3 hafta arası	33	55,30	21,34		0,875
	3 hafta ve üzeri	26	46,77	18,50		0,457
İntihar düşüncesi	Evet	98	50,72	21,16		
	Hayır	7	65,86	13,87	-2,672	0,028
Şiddet öyküsü	Evet	41	43,51	19,38		
	Hayır	64	57,00	20,52	-3,400	0,001

t: bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır F: tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4-10’da hastaların hastalıkla ilgili özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nden algıladıkları puanlar karşılaştırıldığında, hastaların hastalanma sayısı (F: 4,307; p=0,007), intihar düşüncesi (t: -2,672; p=0,028) ve şiddet öyküsü (t: -3,400; p=0,001) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların hastalanma sayısına göre ileri karşılaştırmalar yapıldığında; ilk kez hastalanan bireylerin, 4. ve üzeri kez hastalanan bireylere göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yine intihar düşüncesi olmayan hastaların, intihar düşüncesi olan hastalara göre; şiddet öyküsü olmayan hastaların, şiddet öyküsü olan hastalara göre algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların hastalık süresi ve hastanede yatış süresi ile algılanan sosyal destek ölçeği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

4.4. BDE, DBÖÖ ve ÇBASDÖ ile İlgili İlişki Analizleri

Tablo 4-10: BDE ile DBÖÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki

	Beck depresyon envanteri	
	r	p
Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği	-0,711	0,000**
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	-0,478	0,000**

** Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır (N=105).

Tablo 4-11’de BDE ile DBÖÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişkiye bakılmış olup DBÖÖ puanları ile BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu ve depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri artarken BDE puanlarının azaldığı bulunmuştur (r: -0,711; p=0,000).

ÇBASDÖ puanları ile BDE puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, ÇBASDÖ puanları ile BDE puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta derecede bir ilişki olup algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, BDE puanlarının azaldığı bulunmuştur (r: -0,478; p=0,000).

Tablo 4-11: DBÖÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki

	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	
	r	p
Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği	0,500	0,000**

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlıdır (N=105).

Tablo 4-12’de DBÖÖ ile ÇBASDÖ arasındaki ilişkiye bakılmış olup istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmuştur (r: 0,500; p=0,000). Yani, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyi de artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Depresyon üretim kaybı, maddi problemler, yetersizlikler ve bazen de kendine zarar verme ile sonuçlanan bir hastalıktır (Tucker ve ark. 2002). Ekonomik problemlerin yaygınlığı, sosyal alanların azlığı, göç oranlarındaki artış ve sosyal desteğin zayıf olması depresyon oranlarını arttırmaktadır (Dalgard ve ark. 1995). Ayrıca depresyonla ilişkili nedensel araştırmalarda, iki önemli konu belirlenmiştir. Bunlar; öz-yeterlilik ve başa çıkmadır (Shikai ve ark. 2007).

Bu çalışma, depresyondaki bireylerin depresyonla başa çıkmadaki öz yeterlik durumunu belirlemek ve öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılmış olup elde edilen veriler üç grupta tartışılmıştır.

5.1. Örneklem grubunun yatış ve çıkıştaki depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ve depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

5.2. Örneklem grubunun algılanan sosyal destek düzeyleri ile bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

5.3. Depresif belirti düzeyleri, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiler ile ilgili bulguların tartışılması.

5.1. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.1.1. Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Düzeyleri ile Bireysel Özelliklerin Tartışılması

Araştırmaya katılan örneklem grubunun bireysel özellikleri ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri karşılaştırıldığında, hastaların yaş, eğitim durumu, medeni hali, aile özelliği, ailenin kaçıncı çocuğu olması ve çalışmama nedeni ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken; cinsiyet ve çalışma durumu ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-5).

Ailelerini tanımlamaları ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, gruplar arası ikili karşılaştırmalarda ailelerini güven verici/destekleyici olarak tanımlayan hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile ailelerini aşırı otoriter/reddedici olarak tanımlayan hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4-5).

Bandura (1997)'nın sosyal öğrenme teorisine göre; insanlar yaşlandıkça yaşamın zorlukları karşısında gösterilen başarıların öz yeterlik inançlarını geliştirmesi beklenir (Kaynak: Albion ve ark. 2005 p. 13). Araştırmamızda, yaş ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4-5). Literatüre bakıldığında yaş ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında yapılan çalışmalara rastlanmamıştır, ancak öz yeterlik ve yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelendiğinde;

Keskin ve Orgun (2006)'un üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ve yaş ilerledikçe öz-etkililik-yeterliğin arttığı bulunmuştur (Keskin ve Orgun 2006).

Dietz (1996) yaşlılar ile öz yeterlik arasındaki ilişkiyi inceleyerek, öz yeterliğin yaşa bağlı rol kayıplarının neden olduğu stresörlere dayanmada ve yaşla ilgili yaşamdaki değişimlere uyum sağlamada yaşlılar için önemli bir iç kaynak olduğunu ve 65 yaşın üzerindeki yetişkin bireylerin, genç yetişkinlere göre daha yüksek düzeyde öz yeterliliğe sahip olduğunu açıklamıştır (Kaynak: Schneller ve Vandsburger 2008 p. 79).

Öz yeterlik ile farklı yaş grupları arasında yapılmış olan çalışmalarda, öz yeterliğin çocukluk döneminden başlayarak erken yetişkinlik dönemine kadar artış gösterdiği, orta yaş döneminde en üst noktaya ulaştığı, 60 yaş ve sonrasında ise dereceli olarak azaldığı bulunmuştur (Dowd 1975, Brim 1974, Gurin ve Brim 1984, Woodward ve Wallston 1987, Kaynak: Gecas 1989 p. 307). Lachman (1986) çalışmasında, yaşlılık döneminde kişisel yeterliliğin azalmasına yönelik bir kanıt bulmamıştır. Lachman (1986), öz yeterliğin orta yaş döneminin başlangıcında azalma gösterirken, orta yaş döneminde sabit kaldığını ve 60'lı yaşların başlangıcında ise artış gösterdiğini bulmuştur (Kaynak: Gecas 1989 p. 307).

Yapılan çalışmalar anlamlılık açısından çalışmamızla benzerlik göstermemektedir. Bu durum, çalışmamızdaki örneklem grubunun uygun bir yaş dağılımı göstermemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu nedenle yaşa göre dağılımın daha eşit olduğu çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca karşılaştırılan çalışmalar depresyondaki hastalarla ilgili değildir.

Araştırmamızda, eğitim durumu ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4-5). Francis ve ark. (2007)'nin depresif semptomlar gösteren ve okur-yazarlığı az olan yetişkinler ile öz yeterlik, sınırdaki okur-yazarlık ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında okur-yazarlığı az olan ve depresif belirtiler gösteren bireylerde okur-yazarlık eğitiminin öz yeterliği arttırdığı ve depresyon semptomlarında azalmaya neden olduğu bulunmuştur (Francis ve ark. 2007). Bu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir. Francis ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada ise örneklem sayısının düşük olmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle daha büyük örneklem grupları ile daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmamızda, aile özelliği ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4-5). Literatür taramasında aile yapısı ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak aile yapısının çocukların öz yeterliklerinin gelişimini etkileyebileceğine yönelik çalışmalar bulunmuştur. Rodin (1976), aile büyüklüğünün çocukların kişisel kontrol duygusunun gelişimi üzerinde negatif etkiye sahip olduğunu bulmuştur ve ailedeki bireylerin sayısının artmasının, bireyin özel alanının ihlal edilme olasılığını arttırdığını ileri sürmüştür (Kaynak: Gecas 1989 p. 301).

Elder ve Bowerman (1963), ailedeki birey sayısı arttıkça, ailenin birey üzerindeki kontrolünün daha katı ve otoriter bir hale geldiğini bu durumun da çocukların öz yeterliklerinin gelişimi için oluşacak fırsatları engellediğini ve çocukların özgürlüğünü kısıtladığını öne sürmüştür. Ona göre bu durum aynı zamanda ebeveynler içinde kısıtlayıcı olabilmektedir (Kaynak: Gecas 1989 p. 302). Çalışmamızda örneklem grubunun çekirdek aile sayısının (n=97), geleneksel aileye (n=8) göre fazla olmasının istatistiksel sonucu etkilediği düşünülmüştür. Ayrıca karşılaştırılan çalışmalar depresyondaki hastalar ile ilgili değildir. Bu nedenle aile özelliğine göre dağılımın daha eşit olduğu depresyonlu hastalarla çalışmaların yapılması önerilebilir.

Araştırmamızda, cinsiyet ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup erkeklerin depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-5).

Çocuklarda yapılan çalışmalarda erkek çocukların kız çocuklarına göre daha yüksek öz yeterlik, kişisel kontrol ve otorite duygularına sahip oldukları belirtilmiştir. Block (1983), öz yeterlikteki cinsiyet farklılıklarını incelemiş ve erkeklerin kadınlara göre dış dünyayı kontrol etme duygularının daha güçlü olduğunu belirtmiştir. Ayrıca erkeklerin kendilerini kadınlara göre daha güçlü, daha enerjik, daha hırslı olarak tanımladıklarını ve dış olaylar üzerinde daha fazla kontrol duygusuna sahip olarak algıladıklarını belirtmiştir (Kaynak: Gecas 1989 p. 306).

Mirowsky ve Roos (1983), öz yeterlikteki cinsiyet farklılıklarının yapısını açıklarken kadın ve erkeğin toplum içindeki güç farklılıklarına yönelmiş ve kadınların kısıtlanarak daha bağımlı olduklarını vurgulamıştır (Kaynak: Gecas 1989 p. 306).

Arch (1992), öz yeterlik ile cinsiyet arasındaki farklılıkları inceleyen çalışmasında kadınların erkeklere göre daha fazla anksiyete yaşadıklarını, kadınların kendilerini daha ehliyetsiz hissettiklerini ve kadınların anksiyete ile başa çıkma yeteneklerinin erkeklere göre daha az olduğunu bulmuştur (Kaynak: Vernaleken 1997 p.29).

Keskin ve Orgun (2006), üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada ise genel öz yeterlik düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Keskin ve Orgun 2006).

Keskin ve Orgun (2006)'un yaptığı çalışma dışındaki diğer çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Keskin ve Orgun'un yaptığı çalışmada örneklem grubunun büyük çoğunluğunun kız olmasının (% 70,5) bu sonucu ortaya çıkarabileceği düşünülmüştür. Ayrıca erkeklerin öz yeterlik puanlarının daha yüksek olmasında toplumun kadın ve erkeğe bakış açısı ve yetiştirilme tarzının ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ancak literatürde depresif belirti gösteren bireylerle ilgili yapılan çalışmaya rastlanmamıştır.

Depresyon ve anksiyete işsiz popülasyonda görülen en yaygın reaksiyondur. Özellikle major depresif bozukluk işini kaybeden bireylerin karşılaştıkları en yaygın depresyon türüdür (Guindon ve Simith 2002). Depresyon ve düşük öz-saygı, genellikle öz yeterliğin azalması ve başarısız iş arama çabalarına ve işsizliğin devam etmesine neden olabilecek fonksiyonel olmayan davranış stilleri ile ilişkilendirilmiştir (Matt ve ark. 2006). Araştırmamızda, çalışma durumları ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve çalışan hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-5). Literatür taramasında çalışma durumu ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonuç, öz yeterliği yüksek olan kişilerin depresif de olsa iş hayatlarını daha fonksiyonel olarak sürdürdüklerini bize düşündürmüştür. Yani depresyondaki bireylerin öz yeterliklerinin artırılması onların toplum içindeki işlevselliğini arttıracaktır.

Öz yeterlik, birey ve çevre arasındaki erken dönem etkileşimleri sonucunda gelişir. Özellikle çevrenin çocukların davranışları üzerindeki tepkileri, kendilik duygusunun ve dış dünya kavramının gelişmesinde önemlidir. Aile, öz yeterliğin gelişmesinde en önemli çevredir ve aileler çocuklar için bu çevrenin en önemli unsurudur (Gecas 1989).

Araştırmamızda, ailelerini tanımlamaları ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, gruplar arası ikili karşılaştırmalarda ailelerini güven verici/destekleyici olarak tanımlayan hastaların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin, ailelerini aşırı otoriter/reddedici olarak tanımlayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-5). Literatür incelendiğinde, öz yeterliğin gelişiminde aile yaklaşımlarının ve çevrenin etkisini açıklayan istatistiksel verilere rastlanmıştır. Ancak Bandura (1997),

çevrenin pozitif yeterlilik inançları destekleyecek durumlar sağladığında, adölesanlarda uyumlu davranışların gelişmesinin başarılmasının daha kolay olacağını ileri sürmüştür (Kaynak: Bradley ve Corwyn 2001 p.167).

Bradley ve Caldwell (1995), çevrenin çocukların öz yeterlikleri gibi kişisel faktörlerle karşılıklı etkileşim içinde olduğu özel davranışları cesaretlendirdiğini ve uyardığını ifade etmiştir. Ona göre, aile destekleyici ve bilgilendirici bir ortam sağlarsa adölesanlarda öz yeterlik düzeyinin artmasına yol açacak, bu durum da adölesanların başarısını, motivasyonunu ve hedeflerine ulaşmak için gösterdiği azmi etkileyebilecektir (Kaynak: Bradley ve Corwyn 2001 p.166).

McFarlane ve ark. (1995)'da, destekleyici aile ve destekleyici akran ilişkilerinin adölesanların öz yeterlik inançlarını arttırdığını ve bunun sonucunda depresif semptomların azaldığını ileri sürmüşlerdir (Kaynak: Bradley ve Corwyn 2001 p.167).

Çocuk-aile etkileşimi ile ilgili araştırmalarda ailenin tepkisi, desteği, cesaretlendirmesi, yüksek başarı istekleri çocukların öz yeterliklerinin gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Baumrind (1977) ve Gecas (1971), özellikle ailenin destekleyici/cesaretlendirici yaklaşım sergilemesinin, çocukların kendilerini yeterli ve ehliyetli olarak algılamalarını sağlayan yeterliliklerinin gelişimine yardım ettiğini ileri sürmüşlerdir. Whitbeck (1987) ise, çocukların ailelerinin yeterliliklerini model alarak da yeterliliği öğrenebildiklerini ifade etmiştir (Kaynak: Gecas 1989 p.301).

Literatürde istatistiksel veriler olmamasına rağmen öz yeterliğin gelişiminde ailenin önemli etkisi olduğu ve güven verici/destekleyici ailelerde yetişen bireylerin öz yeterliklerinin daha yüksek olacağı söylenebilir.

5.1.2. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Düzeyleri ile Hastalık Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan örneklem grubunun hastalıkla ilgili özellikleri ile depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeyleri karşılaştırıldığında, hastaların hastalanma sayısı, yatış süresi, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü ile depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken hastalık süresi ile arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-6).

Araştırmamızda, ilk kez hastalanan bireylerin depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeylerinin 4. ve üzeri kez hastalanan bireylere göre daha yüksek olduğu

bulunmuştur (Tablo 4-6). Literatür incelendiğinde hastalanma sayısı ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalara rastlanmamıştır.

Yine araştırmamızda, hastanede yatış süresi 1 haftadan az olanların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin hastanede yatış süresi 3 hafta ve üzeri olanlara göre; hastanede yatış süresi 1-2 hafta arası olanların yatış süresi 3 hafta ve üzeri olanlara göre; hastanede yatış süresi 2-3 hafta arası olanların hastanede yatış süresi 3 hafta ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-6). Literatür taramasında, yatış süresi ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Hastalanma sayısı ve yatış süresi depresyon gibi kronik hastalıkların şiddetini gösteren bir bulgu olarak ele alınmaktadır.

Araştırmamızda intihar düşüncesi olmayanların, intihar düşüncesi olanlara göre depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-6). Holden ve ark. (1989), öz yeterlik düzeyinin yetersizliği ve kötümser düşünceleri intihar düşünceleri ile ilişkilendirmiştir (Kaynak: Weishaar 1996 p.240).

Diğer bazı araştırmalarda da düşük öz yeterlik ve düşük öz saygı gibi kişilik özellikleri depresyon ve intihar eğilimlerine karşı bilişsel savunmasızlığın parçaları olarak bulunmuştur (Hammond ve Romney 1995, Lieary ve ark. 1995, Oliver ve Paul 1995, Overholser ve ark. 1995, Haaga ve ark. 1995, Schwarzer 1993, Kaynak: Dieserud ve ark. 2001 p.155).

Dieserud ve ark. (2001), düşük öz yeterlik duygusunun insanların kişilerarası problem çözme yeteneklerini zayıflatan, kendisini problem çözmede etkisiz olarak değerlendirmesine neden olan ve bunun sonucunda insanları intihar girişimine daha açık tutan gizli bir faktör olduğunu ileri sürmüşlerdir (Dieserud ve ark. 2001).

Kaslow ve ark. (2002); Afrika kökenli Amerikalı intihar girişiminde bulunan bağımlı kadınlar ile yapmış oldukları çalışmalarında, intihar davranışlarında risk faktörü olarak olumsuz yaşam olaylarını, depresyon ve psikososyal stres düzeyinin yüksek olmasını, ümitsizliği, alkol ve ilaç kullanımını; koruyucu faktör olarak da başa çıkma yetenekleri, sosyal destek ve öz yeterliği bulmuşlardır. Özellikle öz yeterliğin önemli faktörlerden biri olduğunu ve düşük öz yeterlik düzeyine sahip olanların intihar girişiminde bulunmalarının daha muhtemel olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ayrıca öz

yeterliğin seviyesine göre (düşük veya yüksek) koruyucu ya da risk faktörü olabileceğini belirtmişlerdir (Kaynak: Stewart 2007 p.36).

Dieserud ve ark. (2003), intihar girişiminde bulunan yetişkin kadın ve erkekler ile yapmış oldukları çalışmalarında, tekrar eden intihar girişimlerin en önemli tanımlayıcısının düşük öz yeterlik olduğunu bulmuşlardır ve cinsiyet, yaş ve daha önceki intihar girişimleri gibi faktörlerinde etkili olduğunu ancak öz yeterliğin en güçlü tanımlayıcı olduğunu öne sürmüşlerdir (Kaynak: Stewart 2007 p.35).

Stewart ve ark. (2005), adölesanlarla ilgili iki kültürde (Hong Kong ve Amerika) karşılaştırmalı yaptıkları çalışmalarında; intihar fikirleri, depresif semptomlar ile öz yeterlik, bilişsel hata, ümitsizlik arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Her iki kültürde depresif duygudurumu doğrudan etkileyecek şekilde planlanan girişimlerin, intihar fikirlerini azaltabileceğini ve depresif adölesanlarla çalışan klinisyenlerin öz yeterliği geliştirerek, intihar fikirleri üzerinde doğrudan etkiye sahip olan diğer bilişsel durumları ve depresif duygudurumu etkileyebileceklerini belirtmişlerdir (Stewart ve ark. 2005).

Perraud ve ark. (2006), depresyon hastaları ile yapmış oldukları çalışmalarında, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği ile intihar düşüncesi ölçeği arasındaki ilişkiye bakmışlardır ve aralarında negatif yönlü bir ilişki bulmuşlardır (Perraud ve ark. 2006).

Bütün bu çalışma bulguları, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermekte olup depresif hastalarda öz yeterliğin artırılmasının, depresyonun en ağır belirtilerinden biri olan intihar düşüncesinin ve girişimlerinin önlenmesinde etkili olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda şiddet öyküsü olanların depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeylerinin, şiddet öyküsü olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4-6). Literatür taramasında, şiddet ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak depresyonun hazırlayıcı faktörleri arasında şiddet öyküsü ve negatif yaşam olaylarının önemli bir rolü olduğu ileri sürülmektedir.

5.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.2.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Alt Boyutları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda, hastaların algıladıkları sosyal destek ölçeği alt boyutlarına göre karşılaştırma yapıldığında aile sosyal destek puanı, arkadaş sosyal destek puanına göre; özel bir insan sosyal destek puanı, arkadaş sosyal destek puanına göre daha yüksek olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuç Türk toplumunda ailenin sosyal destek açısından önemli bir kurum olduğunu düşündürmüştür.

5.2.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Bireysel Özelliklerin Tartışılması

Araştırmaya katılan örneklem grubunun bireysel özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri karşılaştırıldığında, hastaların medeni durum ve ailelerini tanımlamaları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile özelliği, ailenin kaçınıcı çocuğu olması, çalışma durumu ve çalışmama nedeni ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Araştırmamızda, hastaların medeni durum ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup evli olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi evli olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-9). Bu sonuç, ailenin yanı sıra eşlerin de önemli bir destek kaynağı olduğunu bize düşündürmüştür. Literatürde, medeni durum ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda, hastaların ailelerini tanımlamaları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup ileri karşılaştırmalar yapıldığında, güven verici/destekleyici ailelerden gelen hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin aşırı otoriter/reddedici ailelerden gelen hastalara göre; güven verici/destekleyici ailelerden gelen hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin ilgisiz ve kayıtsız ailelerden gelen hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-9).

Çeçen (2008)'in, üniversite öğrencilerinde yalnızlık üzerinde ebeveyn tutumları ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, ebeveynlerini eşitlikçi/demokratik algılayan öğrencilerin yalnızlık puanları ebeveynlerini baskıcı/otoriter, tutarsız, koruyucu olarak algılayan öğrencilere göre daha düşük

bulunmuştur (Çeçen 2008). Shaw ve ark. (2004), yaşamın erken dönemlerinde aileden gelen duygusal desteğin azlığının yetişkinlik döneminde karşılaşılan depresif semptomlarla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (Kaynak: Besser ve Priel 2007 p.729). Bu bizi, olumsuz aile tutumlarının bireyin sosyal desteği algılama düzeyini olumsuz etkileyeceği sonucuna götürmüştür.

Araştırmamızda, hastaların cinsiyet özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4-9). Riley ve Eckenrode (1986), kadınların erkeklere oranla strese daha çok yatkın olduklarını, kadınların erkeklere göre daha çok sosyal destek aldıklarını ve yakın ilişkiler kurduklarını ileri sürmüştür (Kaynak: Wareham ve ark. 2007 p. 2952).

Schraedley ve ark. (1999), adölesanlarla yapmış oldukları çalışmalarında kızların kriz dönemlerinde erkelere göre çevreleri ile daha yakın ilişkiler kurduklarını bulmuşlardır. Genç kızlardaki düşük sosyal destek düzeyi, daha yüksek düzeyde depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir (Kaynak: Wareham ve ark. 2007 p. 2955).

Skarsater ve ark. (1999), major depresyon hastaları ile yapmış oldukları çalışmalarında kadınlar arasında yetersiz algılanan duygusal desteğin daha muhtemel olduğunu ve kadın ve erkeklerin sosyal ağlardan farklı yararlar sağladığını bulmuşlardır (Kaynak: Wareham ve ark. 2007 p. 2955).

Wareham ve ark. (2007), Kanada’da yetişkin bireyler ile yapmış oldukları çalışma sonucunda, hem kadın hem de erkekler üzerinde pozitif sosyal etkileşimin, depresif semptomların ciddiyetini azaltmada önemli bir değişken olduğunu bulmuşlardır (Wareham ve ark. 2007).

Pretorius (1996), üniversite öğrencileri ile depresyon ve sosyal destek arasındaki cinsiyet farklılıklarını araştırdığı çalışma sonucunda, kadın ve erkeğin sosyal destek düzeyleri arasında minimal düzeyde farklılıklar olduğunu bulmuştur. Yani sosyal desteğin duygusal ve danışmalık boyutu arasında farklılıklar bulunurken, diğer boyutları arasında farklılıklar bulunmamıştır ve kadınların erkelere göre, sosyal desteğin sağlığı destekleyici etkisinden daha çok yararlandıklarını bulmuştur. Pretorius (1996), geleneksel cinsiyet rolleri nedeni ile kadın ve erkeklerin stresle başa çıkmada farklı kaynaklar kullandıklarını ve geleneksel cinsiyet rollerinin alınan sosyal desteğin faydalı olup olmaması üzerinde önemli bir etkiye sahip olabildiğini belirtmiştir (Pretorius 1996).

Bebbington (1996), kadınların depresyonla başa çıkmada erkeklere göre sosyal destek ve yakın ilişki kurmada daha güçlü bir eğilime sahip olduklarını vurgulamıştır (Kaynak: Hussain ve Cochrane 2003 p. 23).

Turner ve Avison (1989), kadınların daha fazla negatif yaşam olayları yaşadıklarını ileri sürerek kendi yaşadıkları strese ek olarak eşlerinin ve çocuklarının da streslerini yaşadıkları için evlilikle ilgili stresörlerden veya eşlerinden gelen sosyal desteğin az olmasından olumsuz bir şekilde etkilenmektedir (Kaynak: Aranda ve ark. 2001 p. 38).

Aranda ve ark. (2001), Meksikalı kadın ve erkekler ile depresif semptomların belirlenmesinde stres, sosyal destek ve başa çıkmanın etkisini araştırdıkları çalışmalarında kadınların evlilik ilişkileri, erkeklerin ise iş ve ekonomik problemler nedeni ile yüksek stres yaşadıklarını, erkeklerin iş ve ekonomik problemler ve aile dışında yaşayan akrabalarından yeterli destek alamama, kadınların ise eşleri ile olan ilişkileri nedeni ile depresif semptomlar yaşadıklarını bulmuşlardır (Kaynak: Arzola 2007 p.16).

Felsten (1998) stres, başa çıkma ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyerek başa çıkma stratejilerinin kullarımdaki cinsiyet farklılıklarını araştırmışlar ve çalışma sonucunda, kadınların erkeklere göre daha çok sosyal destek aramayı bir başa çıkma stratejisi olarak kullandıklarını bulmuşlardır (Felsten 1998).

Brugha ve ark. (1990), depresyon tanısı nedeni ile hastanede tedavi gören kadın ve erkek hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında, depresyonun düzelmesinde sosyal desteğin kadın ve erkekler üzerindeki etkisini araştırmışlar ve çalışma sonucunda, depresyondan iyileşme ile kadın ve erkek hastalarda sosyal destek ağların farklı algılandığını belirlemişlerdir. Kadınlar için depresyondan iyileşme sürecinin en önemli tanımlayıcısı yakın arkadaşların varlığı ve sağlanan destekten memnun olması, erkekler için ise negatif sosyal ilişkilerin olmaması, arkadaşlarının veya tanıdık birilerinin varlığının olması olarak görülmüştür (Kaynak: Boughton ve Street 2007 p.191).

Barnett ve Gotlib (1990), sosyal desteğin olumsuz olaylar üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğunu ancak düşük stres altında kalan erkekler için daha az etkili olurken, düşük sosyal desteğin kadınlarda depresif düşüncelere neden olabileceğini ve kadınların başa çıkma davranışları üzerinde daha büyük bir negatif etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır (Kaynak: Boughton ve Street 2007 p.191).

Turner (1994), kadınların erkeklere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu ancak aynı zamanda daha yüksek sosyal destek aldıklarını ve bunun da depresif semptomların azalmasında etkili bir faktör olduğunu bulmuştur. Ancak kadınların daha yüksek sosyal destek almalarına rağmen daha yüksek depresyon oranları göstermelerindeki tutarsızlığı ise kadınların erkeklere göre sosyal ilişkilerin hem pozitif hem de negatif yönünü yaşamalarının daha muhtemel olması ile açıklamıştır. Araştırma sonuçlarına göre, kadınlar arasında algılanan sosyal desteğinin daha yüksek olması, kadınların sosyal ağın üyeleri ile daha sık bağlantı kurmaları ve kadınların ilişkilerinde daha samimi, daha empatik olmaya ve duygularını daha çok açığa vurmaya eğilimli olmaları ile açıklanmıştır. Ancak kadınların sosyal ağın üyeleri ile daha çok negatif etkileşim yaşadıklarını ve erkeklere göre evlilik çatışmalarından daha olumsuz bir şekilde etkilendiklerini bildirmeleri, kadınların neden yüksek sosyal destek almalarına rağmen daha çok depresyon yaşamalarının nedenini açıklamaya yardımcı olmaktadır (Turner 1994).

Takizawa ve ark. (2007) orta yaş yetişkinler ile yapmış oldukları çalışmalarında, cinsiyet farklılıkları ile sosyal desteğin etkisini ilişkilendirmişlerdir. Çalışma sonucunda erkeklerde sosyal desteğin strese karşı koruyucu etkisinin önemli farklılıklar gösterdiğini ve stresli durumlar altında yaşanan depresif semptomları azaltmaya eğilimli olduğunu bulmuşlardır (Takizawa ve ark. 2007).

Kawachi ve Berkman (2001), kadınların erkeklere göre ilişkilerinde daha çok duygusal yakınlık kurduklarını ve bunu devam ettirdiklerini, stresli dönemlerde sosyal destekleri daha çok harekete geçirdiklerini ve erkelerden daha sık ve daha etkili sosyal destek sağladıklarını belirtmiştir (Kaynak: Takizawa ve ark. 2007 p. 659).

Antonucci (2001), Baumeister ve Leary (1995), kadınların erkeklere göre kendileri için önemli olan konular hakkında başkaları ile konuşmaya daha çok izin verdikleri için sosyal destekten daha çok yararlandıklarını ve erkeklere göre sosyal destek aramalarının daha mümkün olduğunu belirlemişlerdir (Kaynak: Wanderhorst ve McLaren 2005 p. 523).

Çalışmamızda sosyal desteğin algılanması açısından kadın ve erkekler arasında fark olmaması yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Bulgularımızın diğer çalışmalarla uygunluk göstermemesi cinsiyete yönelik daha ileri ve örneklem grubunun daha geniş olduğu çalışmalar yapılması gereğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda, hastaların yaş, eğitim durumu, aile özelliği, ailenin kaçınıcı çocuğu olması, çalışma durumu ve çalışmama nedeni ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4-9). Literatür taramasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile özelliği, ailenin kaçınıcı çocuğu olması, çalışma durumu ve çalışmama nedeni ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmaya rastlanmamıştır.

5.2.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Hastalık Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan örneklem grubunun hastalıkla ilgili özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri karşılaştırıldığında, hastaların hastalanma sayısı, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, hastaların hastalık süresi ve hastanede yatış süresi ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda, hastaların hastalanma sayısı ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve ileri karşılaştırmalar yapıldığında ilk kez hastalanan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin, 4. ve üzeri kez hastalanan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-10). Literatür incelendiğinde, hastalanma sayısı ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Sosyal desteğin, intihar düşünceleri üzerindeki etkisi iki model ile açıklanmıştır. İlk modelde, sosyal desteğin uyum sürecine aracılık ederek intihar düşünceleri üzerindeki etkisi açıklanmıştır. Bu modele göre sosyal destek, uyum düzeyi üzerinde pozitif bir etki yaratarak doğrudan etki gösterir. Algılanan sosyal desteğin azlığı strese neden olur ve bunun sonucunda intihar düşüncelerinin gelişmesine neden olan uyum zorlukları oluşur. Bu yaklaşım De Mann ve Leduc (1995), Warheit ve ark. (1996) tarafından yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (Kaynak: Lieberman ve ark. 2005 p. 165).

İkinci modelde, sosyal destek strese maruz kalma nedeniyle oluşan negatif psikolojik etkilerin oluşmasını engeller. Dolayısı ile sosyal destek uyum düzeyinin artmasına ve intihar düşüncelerinin azalmasına yardımcı olur. Düşük algılanan sosyal desteğe sahip olan bireyler arasında intihar düşünceleri ve uyum düzeyinin azalması,

çevrelerini destekleyici olarak algılayan bireylere göre daha yüksektir (Lieberman ve ark. 2005).

Araştırmamızda, hastaların intihar düşüncesi ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve intihar düşüncesi olmayan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, intihar düşüncesi olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-10). Literatüre bakıldığında, Yoshimasu ve ark. (2006) Japonya’da depresyon hastalarıyla yapmış oldukları çalışma sonucunda, erkeklerde düşük sosyal destek ve aile desteği ile intihar düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ve düşük sosyal destek ve aile desteğinin, erkek depresyon hastaları için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (Yoshimasu ve ark. 2006).

Tel ve Uzun (2003), intihar girişiminde bulunan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma durumlarını araştırdıkları çalışma sonucunda, intihar girişiminde bulunan bireylerin stresle başa çıkmada yetersiz kaldıklarını ve orta düzeyde sosyal destek algıladıklarını bulmuşlardır (Tel ve Uzun 2003).

De Man ve ark. (1992), sağlıklı adölesanlar ve yetişkinler ile yapmış oldukları çalışma sonucunda, adölesanlarda intihar düşünceleri ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken, intihar düşünceleri ile sosyal destekten tatmin olma arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Yetişkinlerde ise zayıf sosyal destek ile intihar düşünceleri arasında bir ilişki bulunmamıştır (De Man ve ark. 1992).

Fridell ve ark. (1996), hastaneye yatışlarında düşük sosyal destek puanlarına sahip olan hastaların, tekrar intihar girişimde bulunma risklerinin arttığını bulmuşlardır (Kaynak: Flint ve ark. 1998 p. 289).

Flint ve ark. (1998), erkek depresyon hastaları ile psikososyal faktörlerin intihar düşünceleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, ailesinde intihar öyküsü olan depresyondaki erkek hastalarda, sosyal desteğin farklı boyutları ile (sosyal ağın büyüklüğü, sosyal etkileşimin sıklığı ve subjektif sosyal destek) intihar düşünceleri veya intihar girişimleri arasında bir ilişki olmadığı ve bu örneklem grubunda sosyal desteğin bozulmasının, intihar davranışları riskinin arttırmasına önemli bir katkı sağlamadığı bulunmuştur (Flint ve ark. 1998).

Clum ve ark. (1997), depresyondaki adölesanlar arasında yüksek ve düşük intihar düşüncelerini karşılaştırmışlardır ve düşük sosyal desteğin intihar davranışlarının görülmesinde hazırlayıcı bir faktör olduğunu bulmuşlardır (Kaynak: Jeglic ve ark. 2007 p.43).

Bjarnason (1994), adölesanlarda intihar davranışları üzerinde sosyal desteğin ve depresyonun etkisini araştırmıştır. Çalışma sonucunda sosyal desteğin intihar davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur. Özellikle aileden gelen güçlü ruhsal desteğin depresyon ve intihar davranışlarını azalttığını, ancak aileden gelen maddi desteğin sadece depresyonu azalttığı bunun sonucunda dolaylı olarak intihar davranışlarını hafif düzeyde azaltma etkisine sahip olduğu, ayrıca çevreden gelen ruhsal desteğin aileden gelen ruhsal desteğe göre, intihar davranışlarını azaltma etkisinin daha az olduğunu belirtmişlerdir (Bjarnason 1994).

Wanderhorst ve McLaren (2005), yaşlılarda depresyon ve intihar düşünceleri üzerinde sosyal desteğin etkisini araştırdıkları çalışma sonucunda, sosyal desteğin depresyon ve intihar düşüncelerinin oluşmasında önemli bir faktör olduğunu ve düşük sosyal desteğin depresyon ve intihar düşüncelerini arttırdığını bulmuştur (Wanderhorst ve McLaren 2005).

McLaren ve Challis (2009), çiftçilerde depresyondaki intihar düşüncelerinin tanımlanmasında sosyal destek ve ait olma duygusunun koruyucu etkisini araştırmışlardır ve depresyonun intihar düşüncelerinin oluşmasında bir risk faktörü olduğunu, sosyal destek ve ait olma duygusunun ise koruyucu bir faktör olduğunu bulmuşlardır (McLaren ve Challis 2009).

Lieberman ve ark. (2005), genç yetişkinler üzerinde algılanan sosyal desteğin intihar düşünceleri üzerine etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, stres seviyesi ve algılanan sosyal destek düzeyinin intihar düşüncelerinin oluşması üzerinde etkili olduğu ve algılanan sosyal destek azlığının yalnızlık, reddedilme duygularını arttırarak intihar düşüncelerinin gelişmesine neden olan stresi tetiklediğini ve ruhsal stres oluşturduğunu bulmuşlardır (Lieberman ve ark. 2005). İncelediğimiz diğer çalışmalar farklı gruplarda yapılmış olmasına rağmen çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermekte olup sosyal desteğin iyi algılanmasının depresyon ve intihar düşüncelerinin azalmasında etkili bir faktör olduğu söylenebilir. Ayrıca yukarıda belirttiğimiz sosyal destek teorileri de

intiharı önleyici girişimlere ve risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik araştırmalara rehberlik edebilir.

Araştırmamızda, hastaların şiddet öyküsü ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve şiddet öyküsü olmayan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin, şiddet öyküsü olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-10). Literatür taramasında şiddet öyküsü ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmaya rastlanmamıştır.

5.3. Depresif Belirti Düzeyleri, Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiler ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.3.1. Depresif Belirti Düzeyleri ve Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bandura (1977)'ya göre, öz yeterlik beklentileri belli bir amaca ulaşmak için bireyin nasıl davranacağı konusunda kendisi ile ilgili yargılarını ve stresli durumlarla etkili bir şekilde başa çıkabilmek için gerekli olan davranışlarını içerir. Yüksek öz yeterlik stres süreçlerinin düzenlenmesi, öz saygı, daha iyi iyilik hali, daha iyi fiziksel durum, akut ve kronik hastalıklardan iyileşme ve daha iyi uyum ile ilişkilendirilmiştir. Düşük öz yeterlik ise daha fazla depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca Bandura'nın hipotezine göre öz yeterliğin derecesi bireyin başa çıkma davranışlarının seçimini belirler. Öz yeterlik, görev-temelli ya da kaçınma-temelli başa çıkma davranışlarını belirlemez. Duygusal-temelli başa çıkma davranışları depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu için öz yeterlik düzeyi doğrudan duygusal-temelli başa çıkma davranışları üzerinde etkilidir (Kaynak: Shikai ve ark. p. 242).

Araştırmamızda, hastaların depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık ve negatif yönlü güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4-11).

Literatüre bakıldığında, Bandura (2001), öz yeterliğin ruh sağlığı üzerindeki pozitif etkisini (depresif semptomları azaltma gibi) açıklamıştır. Öz yeterliğin bireyin kişisel kontrol duygusuna, kişisel gücüne ve yaşam olaylarına uyum sağlamasındaki başarısına katkıda bulunarak depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğunu öne sürmüştür (Kaynak: Hermann ve Betz 2006 p.1087).

Maciejewski ve ark. (2000), büyük bir örneklem grubu (N= 2858) ile yaptığı çalışmasında öz yeterlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmış ve öz yeterliğin depresyon üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu, düşük öz yeterliğin ciddi depresif semptomların gelişmesinde önemli bir faktör olduğunu bulmuştur. Aynı zamanda stres yönetim programları veya danışmanlık hizmetleri ile yüksek öz yeterlik seviyesinin sağlanması ve sürdürülmesi ile ilgili çabaların, gelecekte oluşabilecek anksiyete ve depresyon semptomlarına karşı uzun dönem direnç oluşturmaya yardımcı olabileceğini belirtmiştir (Maciejewski ve ark. 2000).

Kavanagh ve Wilson (1989), depresyonlu yetişkin hastalar ile yaptıkları çalışmalarında, bilişsel grup terapilerinden sonra depresyonda gözlenen gelişmeler ile insanların duyguları üzerindeki kontrolü ve olumsuz bilişsel düşüncelerinin farkına varmasını sağlayan öz yeterlik seviyesinin tedavi sonrasında yükselmesi arasında yakın bir ilişki bulmuşlardır. Ayrıca depresyonun daha sonraki yıllarda remisyon gösterip göstermeyeceği; tedaviye verilen ilk tepki, tedaviden önceki depresif epizod süresinin kısalması ve olumsuz bilişsel düşüncelerin farkına varılmasını sağlayan öz yeterliğin tedavi sonrasındaki düzeyi ile belirlenmiştir (Kaynak: Tonge ve ark. 2005 p. 358).

Usaf ve Kavanagh (1990), bilişsel terapi gruplarına katılan depresyon hastaları ile yaptıkları çalışmalarında depresif semptomlarda ve öz yeterlikteki gelişmeler ile bilişsel terapi gruplarına katılan depresyon hastaları arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Çalışma sonucunda öz yeterliğin sosyal yeterlik, duyguların kontrolü, olumsuz negatif düşünceler üzerindeki kontrolü sağlaması gibi etki alanlarındaki gelişmeler ile depresif semptomlardaki gelişmeler arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ve olumsuz negatif düşünceler üzerinde kontrolü sağlayan öz yeterlikteki gelişmelerin depresyondaki gelişmeler üzerinde en güçlü etkiye sahip olduğu bulmuştur. Çalışmada depresyon tedavisinde yer alan bilişsel-davranışçı terapide öz yeterliğin rolü açıklanmış ve öz yeterlik, depresyon tedavisini etkileyen ve depresyondaki bireylerin tedavi arama sürecinde öz yeterliğin etki alanları içinde önemli bir rol oynayan olumsuz düşüncelerin kontrolünü sağlayan önemli bir mekanizma olarak tanımlamıştır (Kaynak: Gilliam 2005 pp.14-15).

Kavanagh ve Wilson (1989) ile Usaf ve Kavanagh (1990), yapmış olduğu çalışmalarda bilişsel-davranışçı teknikler kullanılarak hastalığın yeniden oluşma riskinin azaltılabildiği, bilişsel-davranışçı girişimlerin depresyonlu gruplar üzerinde öz yeterlik

inançlarını geliştirici bir etkiye sahip olduğu ve öz yeterlik puanlarının depresyonun yeniden oluşumu üzerindeki etkiye işaret ederek depresyonun belirlenmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (Kaynak: Hoes 2005 p. 23).

Tonge ve ark. (2005), adölesanlarda depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğini yaptıkları çalışmalarında, tedavi öncesindeki yüksek depresyon puanları ile düşük öz yeterlik puanları arasında ilişki bulmuşlardır. Ayrıca tedaviden önce düşük öz yeterliliğe sahip olanların, tedavi tamamlandıktan sonra ve tedaviden sonraki 6 ay içinde daha yüksek depresyon oranları gösterdikleri bulunmuştur. Çalışma sonucunda adölesanlarda depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin, tedaviye başlamadan önce adölesanların ihtiyacı olan bilişsel-davranışçı başa çıkma stratejilerine karar vermek ve tedavi süresince terapi sürecini belirlemek için kullanılabileceği belirtilmiştir. Ayrıca depresyonla başa çıkmada öz yeterliğin, hastalığın tekrarlayıp tekrarlamayacağını belirlenmesinde kullanılabileceği ve uygulanan tedavi tipi ne olursa olsun tedavi öncesinde yüksek öz yeterliliğe sahip olmanın tedavi süresindeki 3 ay ve tedaviden sonraki 6 ay süresinde daha iyi sonuçların oluşmasını sağladığı öne sürülmüştür (Tonge ve ark. 2005).

Major ve ark. (1990), yüksek öz yeterlik inancının, depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarına karşı daha iyi psikolojik uyumun sağlanmasında önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir (Kaynak: Mazzarella 2006 p. 50).

Tucker ve ark. (2002), yetişkin depresyon hastaları ile yaptıkları çalışmalarında depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyi ve depresif semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucunda depresif semptomlarla başa çıkmada yüksek öz yeterliliğe sahip olan bireylerin, hem hastaneye yatışta hem de taburculukta daha düşük depresif semptomlar gösterdiklerini ve tedavi tamamlandıktan sonra da daha iyi işlevselliğe sahip olduklarını bulmuşlardır. Aynı zamanda depresyonla başa çıkmada öz yeterliğin tedavi ile önemli derecede geliştiğini ve bu değişiklikte birlikte depresif semptomların ve işlevselliğin de geliştiğini belirtmişlerdir. Bu bulguların depresyonla başa çıkmada yüksek öz yeterliliğe sahip olan bireylerin, özellikle tedaviden sonra daha düşük depresif semptomlar veya daha zayıf başa çıkma davranışları ve daha iyi fonksiyonlar gösterdiğine işaret ettiğini ileri sürmüşlerdir (Tucker ve ark. 2002).

Perraud (2000) ve Perraud ve ark. (2006), depresyonlu hasta grubu ile yaptığı çalışmalarında depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ile depresyon arasındaki ilişkiyi

incelemiş ve depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğini geliştirmişlerdir. Perraud (2000), depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği ile Beck depresyon envanteri arasında negatif yönlü bir ilişki bulmuştur (Perraud 2000; Perraud ve ark. 2006).

İncelediğimiz çalışma bulguları araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği, ihtiyaç duyulan bilişsel-davranışçı girişimleri belirlemek için tedavi süreci başlamadan önce bireylerin öz yeterlik düzeylerini belirlemek için kullanılmak amacı ile geliştirilmiştir (Perraud ve ark. 2006). Türkçe'ye uyarlama çalışmasını da gerçekleştirdiğimiz depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeğinin, depresyondaki bireylerin yetersiz oldukları alanlarının tanımlanmasında ve ihtiyaç duyulan tedavinin seçilmesinde etkili bir rehber olacağını düşündürmüştür.

5.3.2. Depresif Belirti Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda, algılanan sosyal destek ölçeği puanları ile Beck depresyon envanteri puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır ve algılanan sosyal destek düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı negatif yönlü orta derecede bir ilişki olduğu, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, depresif belirti düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Tablo 4-11).

Literatüre bakıldığında Roger ve ark. (1982), sosyal desteğin depresif semptomlar üzerindeki etkisini araştırarak sosyal desteğin olumsuz yaşam olaylarına karşı koruyucu bir faktör olduğunu ve sosyal destek seviyesinin artmasının depresif semptomlar üzerindeki yaşam olaylarının etkisinin azalmasına yardımcı olduğunu bulmuşlardır (Kaynak: Park 2007 p. 38).

Dean ve ark. (1981), düşük algılanan sosyal destekle depresyon arasında doğrudan bir ilişki; Dean ve Ensel (1982) sosyal destek, kişisel yeterlik ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, farklı yaş ve cinsiyet gruplarında sosyal desteğin depresyon üzerinde en büyük etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır (Kaynak: Park 2007 p. 38-39).

Brown ve Harris (1978) ve Costello (1982), özellikle büyük stres yaşayan bireylerin yaşamlarında destekleyici yakın ilişkilerin yetersizliğinin depresyon için büyük bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (Kaynak: Aranda ve ark. 2001 p. 38).

McCall ve ark. (2001), hastanede yatan psikiyatri hastaları ile yapmış oldukları çalışmalarında sosyal desteğin depresif semptomların ciddiyeti üzerindeki etkisini araştırmışlar ve depresif semptomlardaki azalmalar, sosyal destekteki artış ile ilişkili bulunmuştur (Kaynak: Wareham ve ark. 2007 p. 2952).

Skarsater ve ark. (2003), daha önce major depresyon tanısı nedeni ile hastaneye yatan kadınlarla kalitatif bir çalışma yaparak major depresyonla başa çıkma yollarını araştırmışlardır. Görüşme sonrasında major depresyonla nasıl başa çıktıklarını birkaç kategoride açıklamışlardır ve sosyal destek en çok göze çarpan kategorilerden biri olarak ortaya çıkmıştır. Major depresyonla başa çıkabilmek için diğer insanların varlığını hissetmenin kadınlar için hayati bir öneme sahip olduğu ve duyguları hakkında konuşacağı veya güvенеceği birisinin olmasının hastalıklarını ve kendilerini anlamalarına yardımcı olduğu bulunmuştur (Kaynak: Wareham ve ark. 2007 p. 2953).

Holahan CJ ve Holahan CK (1987), yaşlı yetişkinler üzerinde depresyonu önlemede sosyal desteğin etkisini açıklamışlardır ve sosyal destek düzeyinin depresyonla negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğunu bulmuşlardır (Holahan CJ ve Holahan CK 1987).

Cheng (1998), adölesanlarda sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptığı çalışmasında her iki cinste de depresyonun azalması ile algılanan destek arasında ilişki olduğunu bulmuştur (Kaynak: Park 2007 p. 40).

Sherbourne ve ark. (1995), 604 ayaktan tedavi gören depresyon hastası ile yapmış oldukları çalışmalarında algılanan sosyal desteğin varlığının, depresyondaki bireyler için koruyucu bir fonksiyon olarak işlev gösterdiğini bulmuşlardır (Kaynak: Park 2007 p. 32).

Sarason ve ark. (1983), daha iyi sosyal destek alan kadın ve erkeklerde, depresyon puanlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Kaynak: Greenglass ve ark. 2006 p. 18).

Lackner ve ark. (1993), kişinin algıladığı sosyal desteğin ruh sağlığını etkileyen önemli bir faktör olduğunu ve aynı zamanda algılanan sosyal destekle düşük depresyon arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır (Kaynak: Cantrell 1999 p. 23).

Cronkite ve Moos (1984), daha çok aile desteği alan kadınların, daha düşük aile desteği alan kadınlara göre daha az kaçınma başa çıkma davranışları ve daha az depresif duygudurum gösterdiklerini bulmuşlardır (Kaynak: Aranda ve ark. 2001 p. 39).

Wareham ve ark. (2007), Kanada'da yetişkin bireyler ile yapmış oldukları çalışma sonucunda, sosyal desteğin özellikle de pozitif sosyal etkileşimin depresyonun ciddiyetinin azalması ile önemli derecede ilişkili olduğunu bulmuşlardır ve diğer insanlarla birlikte duygularını ve düşüncelerini paylaşacak olanaklara sahip olmanın depresif duyguları azalttığı görülmüştür (Wareham ve ark. 2007).

Nasser ve Overholser (2005), hastanede yatarak tedavi gören major depresyon tanısı almış hasta grubu ile yaptıkları çalışmalarında, duygusal desteğin depresyon üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, duygusal destek ve depresyonun ciddiyeti arasında önemli bir ilişki olduğunu açıklamışlardır (Nasser ve Overholser 2005).

Leskelä (2008), major depresyon tanısı almış hasta grubu ile sosyal destek ve yaşam olaylarının depresyon üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda olumsuz yaşam olayları ve algılanan sosyal desteğin, özellikle tamamen iyileşen hastalar başta olmak üzere bütün hastalarda depresyon üzerinde olumlu etkileri olduğunu, bu nedenle major depresif epizodun tekrarlamasını önlemek için bu alanlara dikkat etmenin gerekli olduğunu bulmuş ve major depresyon hastalarının zayıf algılanan sosyal desteğe daha duyarlı olduğunu belirtmiştir (Leskelä 2008).

Yapılan diğer bazı çalışmalarda da sosyal destek azlığının, depresyon için bir risk faktörü olarak görüldüğü (Brown ve Harris 1978, Cooper ve Paykel 1994, Kendler ve ark. 2002, Paykel 1978, Kaynak: Leskelä 2008 p. 28), bunun yanı sıra sosyal desteğin, stresli durumların etkisini azaltarak depresyonun oluşma riskini azalttığı belirtilmiştir (Aro 1994, Cohen ve Wills 1985, Kaynak: Leskelä 2008 p. 28).

Ayrıca algılanan sosyal desteğin depresyon üzerinde, destekleyici davranışların çokluğu veya destekleyen bireylerin sayısının fazla olmasından daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğu iddia edilmiştir (Barrera 1981, Cheng 1997, House 1981, Procidano ve Heler 1983, Vaux ve ark. 1986, Wethington ve Kesler 1986, Wilcox 1981, Kaynak: Park 2007 p. 40).

Yine uzun dönem alan çalışmalarında, depresyonun başlangıcından sonra yeterli sosyal destek alınmamasının depresyonun daha da kötüleşmesine neden olabildiği, destekleyici sosyal kaynakların sayısının artmasının ise depresyonu daha da geliştirdiği bulunmuştur (Billings ve Moos 1985, Swindle ve ark. 1989, Kaynak: Leskelä 2008 p. 28).

Literatürde taradığımız çalışma bulguları araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu durum, sosyal desteğin iyi algılanmasının depresif belirtileri azaltacağı sonucunu düşündürmüştür.

5.3.3. Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Öz yeterlik, sosyal destek ve başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiye aracılık ederek olumlu sonuçlar sağlanması ve sosyal destek arasında güçlü bir rol oynar. Bir insanın benzer zorluklarla başa çıkma daha önce gösterdiği başarısının anlatılması gibi duygusal desteğin pek çok yönü öz yeterliği destekler. Ayrıca arkadaş ve aileden alınan destek, kişisel kontrol duygusunu ve kendine verilen değerin algılanmasını destekleyerek dolaylı olarak öz yeterliği geliştirebilir. Buna ek olarak problemin çözümü için gerekli olan stratejileri değerlendirip problemle nasıl başa çıkılacağı hakkında bilgi sağlamak gibi bilgilendirici destek ile de öz yeterlik geliştirilebilir (Saltzman ve Holahan 2002).

Başa çıkma stratejileri ve başa çıkma kaynakları depresif semptomların azaltılmasında önemlidir. Bu nedenle bu yönleri dikkate alan ve geliştiren programlar üzerinde tartışılmalıdır. Duygusal-temelli başa çıkma stratejilerini daha fazla kullanan insanlarda depresif semptomların gelişme riski, duygusal-temelli başa çıkma stratejilerini daha az kullanan insanlara göre daha yüksektir. Özellikle yoğun stres altında duygusal-temelli başa çıkma stratejilerinin kullanılmaması, depresyona karşı koruyucu bir etkiye sahiptir. Bu nedenle programlar ilk olarak, stresle nasıl başa çıkılacağı üzerine odaklanmalıdır ve insanlara duygusal-temelli başa çıkma stratejilerinin kullanılmaması öğretilmelidir. Programların ikinci odak noktası ise, çevresel taleplerle başa çıkabilmek için kişinin yeteneğini kendisinin değerlendirmesidir. Yüksek öz yeterlikle başa çıkma, stresli durumlarla pozitif başa çıkabilmeyi sağlar. Dolayısı ile durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkabilmek için insanların öz yeterlikle başa çıkma davranışları arttırılabilir. Son olarak insanların

sosyal destekten memnun olma düzeylerine odaklanılmalıdır. Ancak bu, destekleyici bireylerin sayısının arttırılması ile değil bireylerin sosyal yeteneklerini geliştirerek destekleyici ilişkilerden tatmin olma düzeyinin arttırılması ile sağlanmalıdır (Kraaij ve ark. 2002).

Araştırmamızda, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği ile algılanan sosyal destek ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta derecede bir ilişki olduğu ve algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyinin de arttığı bulunmuştur (Tablo 4-12). Literatür taramasında depresyon tanısı konmuş bireylerin depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak depresyon, öz yeterlik, başa çıkma ve sosyal destek ile ilgili farklı örneklem grupları arasında yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Holahan CK ve Holahan CJ (1987), yaşlılar ile yapmış oldukları çalışmalarında yaşlanma sürecinde depresyon, öz yeterlik ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, öz yeterlik sosyal destek ile ilişkilendirilerek öz yeterliğin depresyonu önlemede sosyal destek üzerinde dolaylı yoldan olumlu bir etki yaratarak pozitif fonksiyonları arttırdığı ve yeterli sosyal destek sağlanan yaşlı bireylerin davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde merkezi bir role sahip olduğu bulunmuştur (Holahan CK ve Holahan CJ 1987).

Berkman ve ark. (2000), sosyal desteğin sağlığı destekleme, sağlığa zarar verici davranışları azaltma ve öz yeterlik duygularını destekleme yoluyla bireylerin sağlığını etkilediğini öne sürmüşlerdir (Kaynak: Scharer 2005 p. 28).

Cardone (1991) tarafından yapılan bir çalışmada öz yeterliğin aracı etkisinin yanı sıra sosyal destekle arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çalışma bulgularında sosyal destekten memnun olan yaşlı bireylerin, sosyal desteğin öz yeterlik üzerindeki etkisi ile depresif semptomlarını dolaylı olarak etkilediğini bulmuşlardır (Kaynak: Chung 1995 p. 38).

Fiori ve ark. (2006), orta yaş yetişkinler ve yaşlılar ile öz yeterlik, depresyon ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında sosyal ilişkilerin, bireyin öz yeterlik duygularını destekleme yoluyla ruh sağlığını geliştirebildiğini ve orta yaş yetişkinler ve yaşlılar arasında, aile ile kurulan negatif ilişkilerin depresif semptomları arttırması nedeni ile öz yeterlik duygularını azalttığını bulmuşlardır (Fiori ve ark. 2006).

Kraaij ve ark. (2002) depresyon ile stres, başa çıkma ve başa çıkma kaynakları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucunda stres-başa çıkma sürecinde başa çıkma kaynaklarının, depresif semptomların tahmin edilmesinde doğrudan etkili olduğunu ve yüksek düzeyde algılanan sosyal destek veya yüksek düzeyde öz yeterlikle başa çıkma ile düşük depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Ayrıca öz yeterlikle başa çıkma ve başa çıkma stratejilerinin kullanılması arasında ilişki olduğunu ve yüksek düzeyde öz yeterlikle başa çıkmaya sahip olanların, duygusal ve kaçınma temelli başa çıkma stratejilerini daha az kullandıklarını belirtmişlerdir (Kraaij ve ark. 2002).

Cheung ve Sun (2000), Hong Kong'da sosyal yardımlaşma kurumu üyeleri ile yapmış oldukları çalışmalarında, ruh sağlığı üzerinde sosyal destek ve öz yeterliğin etkisini araştırmışlardır ve üyelerin ruh sağlığını anksiyete ve depresyon düzeylerine bakarak değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda, öz yeterliğin ruh sağlığı değişkenleri (depresyon ve anksiyete) üzerinde güçlü bir aracı etkiye sahip olduğunu ve öz yeterlikteki erken dönemde oluşan değişimlerin, aylar sonra ruh sağlığı değişikliklerine katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda öz yeterliklerini geliştirmiş olan örneklem grubunun, ruh sağlığı durumlarında gelişme görülürken öz yeterlikleri azalmış olan grubun ise ruh sağlığının bozulduğunu belirtmişlerdir (Cheung ve Sun 2000).

Carpenter ve Scott (1992) sosyal kaynakların, öz yeterlik duygularını geliştirmek için bilgilendirici ve duygusal destek sağlayarak başa çıkma davranışlarını desteklediğini bulmuştur (Kaynak: Saltzman ve Holahan 2002 p. 311).

Saltzman ve Holahan (2002) üniversite öğrencileri ile öz yeterlik, depresyon ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucunda aile veya arkadaş desteği gibi sosyal kaynakların, öz yeterliği destekleme yolu ile uyumlu başa çıkma stratejilerini geliştirdiklerini ve bunun sonucunda depresif semptomları azalttığını bulmuşlardır (Saltzman ve Holahan 2002).

İnsanlar yaşamları boyunca stresli olaylarla karşı karşıya kalabilirler ve bu da duygusal problemlerin gelişmesi için bir risk faktörüdür. Ancak başa çıkma stratejileri ve başa çıkma kaynakları, stresörlere tepki göstererek duygusal problemlerin gelişmesini etkiler. Ayrıca insanların stresli durumlarla başa çıkabilme yeteneğine olan inancı ve destekleyici ilişkilerin varlığı, duygusal sağlığın devam etmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir.

6. SONUÇLAR

Depresyondaki bireylerin depresyonla başa çıkmadaki öz yeterlik durumunu belirlemek ve öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre;

Hastaların % 55,2'sinin (n=58) kadın, % 44,8'nin (n=47) erkek olduğu; % 53,3'ünün (n= 56) 35-55 yaş arasında olduğu ($\bar{x}=38\pm11,71$; min:18, max:66); % 64,8'inin (n=68) evli olduğu; % 39'unun (n= 41) ilkokul mezunu olup % 4,8'inin (n= 59) okur-yazar olmadığı; % 33,3'ünün (n= 35) işçi olduğu; % 36,2'sinin (n= 38) 500-1000 TL arasında gelir düzeyine sahip olduğu; % 41,0'ının (n= 43) gelirini orta düzeyde algıladığı; % 18'inin (n= 19) çalıştığı; % 41,0'ının (n=43) hastalıkla ilgili nedenlerden dolayı çalışmadığı ve % 41,0'ının (n= 43) ise hastalıkla ilgili olmayan nedenlerden dolayı çalışmadığı; % 92,4'ünün (n= 97) çekirdek aile üyesi olduğu; % 55,2'sinin (n= 58) ailesinin ortanca çocuğu olduğu; % 53,3'ünün (n= 56) ise ailesini güven verici/destekleyici olarak tanımladığı bulunmuştur.

Hastaların % 94,3'ünün (n= 99) major depresyon tanısı aldığı; % 60'ının (n= 63) hastalık süresinin 3 yıl ve üzerinde olduğu; % 54,3'ünün (n= 57) 4. ve daha çok hastalandığı; % 31,4'ünün (n= 33) 2-3 hafta arası yatış süresine sahip olduğu ($\bar{x}=18\pm12,55$; min:2, max:75); % 86,7'sinde (n= 91) Eksen II/Co-Morbid bir durumun olmadığı; % 12,4'ünde (n= 13) Eksen II, % 1'inde (n= 1) ise Co-Morbid durumun var olduğu; % 49,5'inin (n= 52) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı; % 39'unun (n= 41) birinci derece akrabasında, % 8,6'sının (n= 9) ise ikinci derece akrabasında psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu; % 54,5'inin (n= 24) birinci derece akrabasında ve % 33,3'ünün (n= 4) ise ikinci derece akrabasında depresyon tanısı olduğu; % 24,8'inin (n= 26) ailevi problemler yaşadığı; % 93,3'ünde (n= 98) intihar düşüncesi olduğu, % 61,0'ında (n= 64) şiddet öyküsü olmadığı; % 61,9'unun (n= 65) sigara kullanırken % 5,7'inin (n= 6) alkol ve % 1,9'unun (n= 2) ise yasal olmayan madde kullandığı bulunmuştur.

Hastaların taburculuktaki depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ölçeği puanlarının ($69,34\pm18,83$) yatıştaki puanlarına göre daha yüksek ($48,10\pm21,35$) bulunmuştur.

Hastaların cinsiyeti, çalışma durumu, ailelerini tanımlamaları, hastalanma sayısı, yatış süresi, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü ile depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Hastaların medeni hali, ailelerini tanımlamaları, hastalanma sayısı, intihar düşüncesi ve şiddet öyküsü ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

İlişki analizlerinde ise; depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki, algılanan sosyal destek düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında negatif yönlü orta derecede bir ilişki, depresyonla başa çıkmada öz yeterlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında ise pozitif yönlü orta derecede bir ilişki bulunmuştur.

7. ÖNERİLER

- Araştırmanın genellenebilmesi için depresyon tanısı almış daha büyük örneklem grupları ile kapsamlı çalışmalar yapılması,
- Depresyonlu hastaların hastaneye yatışlarında öz yeterlik düzeylerinin belirlenerek buna yönelik tedavi sürecinde yapılabilecek hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- Taburculuk sonrasında hastaların izlenerek yeniden hastaneye yatma riski olan hastaların belirlenmesine yönelik kapsamlı çalışmalar yapılması,
- Sosyal desteğin iyileşme sürecindeki önemi dikkate alınarak hastanın sosyal destek ağlarının da tedavi sürecine dahil edilmesi ve bunun önemi konusunda gerekli bilgilendirmelerin yapılması,

KAYNAKLAR

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö.A. ve Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 422.

Akbaş, E. (2006). *Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi*. Gaziantep: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Akın, D. ve Ceyhan, E. (2005). Resmi ve özel genel lise öğrencilerinin ailelerinden, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri açısından kendini kabul düzeylerinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 70.

Akkaya, C. (2005). Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium*, 43, 91.

Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 78.

Albion, M. J., Fernie, K. M. ve Burton, L. J. (2005). Individual differences in age and self-efficacy in the unemployed. *Australian Journal of Psychology*, 57(1), 13.

Aranda, M. P., Castaneda, I., Lee, P. J. ve Sobel, E. (2001). Stress, social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans. *National Association of Social Workers*, 25(1), 37-39.

Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N. ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 195.

Arzola, G. (2007). *Social Support and Depression Among Older Adults*. Master dissertation, California State University, Los Angeles.

Aşkın, R. (1999). *Depresyon El Kitabı*. (2. baskı). Roche Müstahzarları A.Ş: İstanbul.

Atış, Y. (2001). *İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Duygu Dışavurumunun Relaps Üzerine Etkisi*. İstanbul: Uzmanlık Tezi.

Ayaz, S., Efe, Ş. ve Korukluoğlu, S. (2008). Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(6), 881.

Aydemir, Ö. (Ed.) ve Köroğlu, E. (Ed.). (2006). *Psikiyatride Kullanılan Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Aylaz, R., Kaya, B., Dere, N., Karaca, Z. ve Bal, Y. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 47.

Baker, J. P. ve Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21(1), 96.

Balaji, A. B., Claussen, A. H., Simith, D. C., Visser, S. N., Morales, M. J. ve Perou, R. (2007). Social support networks and maternal mental health and well-being. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1386-1387.

Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C. ve Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-259.

Barran, L.W. (2007). *Effects of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression*. Doctoral dissertation, Northcentral University, Prescott, Arizona.

Basut, E. (2006). Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(1), 31-33.

Besser, A. ve Priel, B. (2007). Perceived social support, malevolent maternal representations, and older adults' depressed mood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(6), 729-731.

Bjarnason, T. (1994). The influence of social support, suggestion and depression on suicidal behavior among Icelandic youth. *Acta Sociologica*, 37(2), 204.

Blazer, D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health*, November, 9(6), 497-499.

Boughton, S. ve Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian Psychologist*, 42(3), 191.

Bozkurt, F. (2007). *Alkol Bağımlılarında Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Tedavi Süreci ile Etkileşimi*. İzmir: Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi.

Bradley, R. H. ve Corwyn, R. F. (2001). Home environment and behavioral development during early adolescence: The mediating and moderating roles of self-efficacy beliefs. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47(2), 166-167.

Cantrell, B. C. (1999). *Social support as a function of post traumatic stress disorder (PTSD) within Washington State Vietnam veteran population*. Doctoral dissertation, Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto, California.

Caranci, K. (2007). *The Relationship Between Major Depressive Disorder, Personality, and Art Therapy*. Master dissertation, Concordia University, Canada.

Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M. ve Folkman S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology*, 11, 422.

Cheung, S. ve Sun, S. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual- aid organization members. *Social Behavior and Personality*, 28(5), 413-414.

Chui, W. ve Chan, S. (2007). Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 373.

Chung, E. (1995). *Social support and self efficacy as mediators between stress and depressive symptoms in older adults*. Doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan USA.

Cimili, C. (2001). Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*, 4, 158-166.

Craft, L. L. (2002). *Exercise and Clinical Depression: Examining Psychological Mechanisms*. Doctoral dissertation, Michigan State University, Michigan USA.

Currie, K. L. (2005). *Self-efficacy and dietary adherence: Exploring a mediation model*. Master dissertation, York University, Toronto.

Cutrona, E. C. ve Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1508.

Çakır, Y. ve Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 16.

Çaplı, B. ve Çelikkaleli, Ö. (2008). Öğretmen adaylarının öğretmenliğe ilişkin tutum ve mesleki yeterlik inançlarının cinsiyet, program ve fakültelerine göre incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(15), 34-35.

Çeçen, A. R. (2008). Öğrencilerin cinsiyetlerine ve anababa tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 424.

Çenesiz, E. ve Atak, N. (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 428.

Dalgard, O. S., Bjork, S. ve Tambs, K. (1995). Social Support, Negative Life Events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29.

De Man A. F., Leduc, C. P. ve Labreche-Gauthier, L. (1992). Correlates of Suicide Ideation in French Canadian adults and adolescents: a comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), 811.

Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, Q. ve Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 155-160.

Dunn, K., Elsom, S. ve Cross, W. (2007). Self-efficacy and locus of control affect management of aggression by mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 205.

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği’nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 18.

Ekici, G. (2005). Biyoloji öz yeterlik ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29, 85-86.

Erdwins, C. J., Buffardi, L. C., Casper, W. J. ve O'Brien A. S. (2001). The Relationship of Women's Role Strain to Social Support, Role Satisfaction, and Self-Efficacy. *Family Relations*, 50, 231.

Erefe, İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset; 181.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Ertem, Ü. ve Yazıcı, S. (2006). Ergenlik döneminde psiko-sosyal sorunlar ve depresyon. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(9), 8.

Felsten, G. (1998). Gender and coping: Use of distinct strategies and associations with stress and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 302.

Fiori, K. L., Mcilvane, J. M., Brown E. E. ve Antonucci, T. C. (2006). Social relations and depressive symptomatology: Self-efficacy as a mediator. *Aging & Mental Health*, 10(3), 227–228.

Flint, E. P., Hays, J. C., Krishnan, K. R., meador, K. G. ve Blazer, D. G. (1998). Suicidal behaviors in depressed men with a family history of suicide: effects of psychosocial factors and age. *Aging & Mental Health*, 2(4), 288-297.

Francis, L., Weiss, B. D., Senf, J. H., Heist, K. ve Hargraves, R. (2007). Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *JABFM*, 20 (1), 23-24.

Frydenberg, E. (2004). Coping competencies: What to teach and when. *Theory Into Practice*, 43(1), 15.

Gaudiano, B. A. ve Herbert, J. D. (2006). Self-efficacy for social situations in adolescents with generalized social anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 209.

Gecas, V. (1989). The social psychology of self-efficacy. *The social psychology of self-efficacy*, 15, 307.

Gençöz, T. ve Özlale, Y. (2004). Direct and indirect effects of social support on psychological well-being. *Social Behavior and Personality*, 32(5), 449.

Gilliam, C. M. (2005). The effects of rumination on problem-solving self-efficacy and self-efficacy for controlling upsetting thoughts in the context of depressive symptoms. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, St. Louis.

Guindon, M. H. ve Simith, B. (2002). Emotional barriers to successful reemployment: İmplications for counselors. *Journal of Employment Counseling*, 39, 76.

Göktaş, K. ve Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psychiatry in Türkiye*, 8, 31.

Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 2.

Greenglass, E., Fiksenbaum, L. ve Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 16-18.

Harber, K. D., Schneider, J. K., Everard, K. M. ve Fisher, E. B. (2005). Directive support, nondirective support and morale. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (5), 691-692.

Haslam, D. M., Pakenham, K. I. ve Simith, A. (2006). Social support and pospartum depressive symptomatology : The mediating role of maternal self efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 278-280.

Hermann, K. S. ve Betz, N. E. (2006). Path models of the relationships of instrumentality and expressiveness, social self-efficacy and self esteem to depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(10), 1087.

Hoes, L. M. (2005). *Self Efficacy on Major Depression*. Doctoral dissertation, University of Michigan, Michigan.

Holahan, C. K. ve Holahan, C. J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42(1), 67.

Holmes, B. ve Werbel, J. D. (1992). Finding work following job loss: The role of coping resources. *Journal of Employment Counseling*, 29, 23-24.

Hussain, F. A. ve Cochrane, R. (2003). Living with depression: coping strategies used by South Asian women, living in the UK, suffering from depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 21-26.

Hwang, W. ve Myers, H. F. (2007). Major depression in Chinese Americans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 189.

İngram, R., Trenary, L., Odom, N., Berry, L. ve Nelson, T. (2007). Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style. *Cognition and Emotion*, 21(1), 78-79.

Jeglic, E. L., Pepper, C. M., Vanderhoff, H. A. ve Ryabchenko, K. A. (2007). An analysis of suicidal ideation in a college sample. *Archives of Suicide Research*, 11, 43.

Jones, C. (2007). Depression, coping mechanisms, help-seeking behaviors, and the perceptions of purpose in life of older adults. Master dissertation, Utah State University, Logan, Utah.

Kaçmaz, N. (2003). *Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi.

Karaca, S., Aşkın, R. ve Herken, H. (1999). Beck depresyon ölçeği ve otomatik düşünce ölçeği'nin depresif hastaların belirlenmesindeki özgüllükleri. *Yeni Symposium*, 37(1-2), 6.

Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1282-1283.

Kaşıkçı, M. ve Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1470-1471.

Kaya, M., Genç, M., Kaya, B. ve Pehlivan, E. (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 138.

Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 53.

Kelleci, M. (2007). Fiziksel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastaların hemşirelik bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 15(58), 54.

Kelly, M. A., Sereika S. M., Battista D. R. ve Brown C. (2007). The relationship between beliefs about depression and coping strategies: Gender differences. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 316-317.

Keskin, Ü. G. ve Orgun, F. (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 93-97.

Knowlton, A. R. ve Latkin, C. A. (2007). Network financial support and conflict as predictors of depressive symptoms among a highly disadvantaged population. *Journal of Community Psychology*, 35(1), 14.

Kocaman, N., Kutlu, Y., Özkan M. ve Özkan S. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3a), 6-16.

Köroğlu, E. (1997). Major Depresif Bozukluk. İçinde C. Güleç (Ed.), E. Köroğlu (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 390.

Kraaij, V., Garnefski, N. ve Maes, S. (2002). The joint effects of stress, coping, and coping resources on depressive symptoms in elderly. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(2), 163-174.

Landaas, J. A. (2005). *The Effect of Aerobic Exercise on Self-Efficacy Perceptions Body-Esteem, Anxiety and Depression*. Doctorial dissertation, Hofstra University, New York.

Lane, A. M., Jones, L. ve Stevens M. J. (2002). Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy. *Journal of Sport Behavior*, 25, 333.

Lavender, H., Khondoker, A. H. ve Jones, R. (2006). *Family Practice*, 23, 651.

Leskelä, U. (2008). *Life Events and Social Support Among Patients with Major Depressive Disorder*. Academic dissertation, National Public Health Institute and University of Helsinki, Helsinki.

Lieberman, Z., Solomon, Z. ve Ginzburg, K. (2005). Suicidal ideation among young adults: Effects of perceived social support self-esteem, and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 165-176.

Luszczynska, A., Gutie'rrez-Don~a, B. ve Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 82-83.

Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G. ve Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373-376.

Macnaughton, E. (2003). *Depression Toolkit: Information and Resources for Effective Self-Management of Depression*. Erişim: 29/09/07, <http://www.heretohelp.b.c.ca/sites/default/files/images/dtoolkit.pdf>

Mancini, M. A. (2007). The Role of Self-efficacy in Recovery from Serious Psychiatric Disabilities. *Qualitative Social Work*, 6(1), 52-53.

Markman, G. D., Balkin, D. B. ve Baron, R. A. (2002). Inventors and new venture formation: The effects of general self-efficacy and regretful thinking. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 27(2), 151-152.

Mao, W., Bardwell, W. A., Major, J. M. ve Dimsdale J. E. (2003). Coping Strategies, Hostility, and Depressive Symptoms: A Path Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(4), 332.

Matt, G. E., Bellardita, L., Fischer, G. ve Silverman, S. (2006). Psychological resources and mental health among the difficult-to-employ: Can a pre-employment training program make a difference?. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 24, 35.

Mazzarelle, D. (2006). The mediating effects of perceived control, self efficacy, and coping on the relationship between social support and adjustment to illness. Doctoral dissertation, University of Denver, Denver.

McLaren, S. ve Challis, C. (2009). Resilience among men farmers: The protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*, 33, 271-273.

Mercer, K. L. (2004). *Relations of Self-Efficacy to Symptoms of Depression and Anxiety in Adolescents with Learning Disabilities*. Doctorial dissertation, University of British Colombia, Canada.

Monahan, D. J. ve Hooker, K. (1995). Health spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *National Assosiation of Social Workers*, 40(3), 306.

Moreta, F. (2007). The initial help seeking experiences of women with depression. Master dissertation, Long Island University, New York.

NIH (2005). *The Science of Mental Illness*. Maryland: National Institutes of Health. Erişim 22/10/2008, http://science-education.nih.gov/Supplements/NIH5/Mental/guide/nih_mental_curr-suppl.pdf.

NIMH (2007). *Depression*. Maryland: National Institutes of Mental Health. Erişim: 03/03/09, <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/nimhdepression.pdf>.

Nasser, E. H. ve Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 128.

Oakley, L. D., Kutil, R. M. ve Brown, R. (1999). A two-factor model of the depression coping questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 88.

Okanlı, A., Tortumluoğlu, G. ve Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 99.

Ören, N. ve Gençdoğan, B. (2007). Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1), 86.

Özcengiz, D. (2006). *Anestezi ile ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların çocukları gününbirlik cerrahi müdahale geçiren ebeveynlerin durumluk kaygılarına etkisi*. Adana: Yüksek Lisans Tezi.

Özdemir, H. ve Rezaki, M. (2007). Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 14.

Öztürk, A. (2008). *Ortopedi ve Travmatoloji Kliniklerinde Yatan Kadın Hastaların Osteoporoz Bilgi Düzeyi ve Öz-Etkililik Algılarının Değerlendirilmesi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Öztürk, M. O. (2001). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (8. basım). Ankara, Feryal Matbaası.

Park, H. S. (2007). *Effects of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, Mastery, and Religiosity On The Relationship Between Stress and Depression Among Korean Immigrants in Tthe United States: Structural Equation Modeling*. Doctoral dissertation, The University of Texas at Austin, State of Texas.

Perraud, S. (2000). Development of the depression coping self-efficacy scale (DCSES). *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 276-284.

Perraud, S., Fogg, L., Kopytko, E. ve Gross, D. (2006). Predictive validity of depression coping self-efficacy scale (DCSES). *Research in Nursing & Health*, 29, 147-160.

Pinquart, M., Silbereisen, R. K. ve Juang, L. P. (2004). Moderating effects of adolescents' self-efficacy beliefs on psychological responses to social change. *Journal of Adolescent Research*, 19(3), 342-344.

Possel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G. ve Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 982-983.

Pretorius, T. B. (1996). Gender and the health-sustaining and stress-reducing functions of social support: A South African study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11(5), 202-206.

Rezaki, M. (1995). Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 13-20.

Rogers, S.E., Anthony, W. ve Lyass, A. (2001). The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 438-439.

Rokke, P. D., Fleming-Ficek, S., Siemens, N. M. ve Hegstad, H. J. (2004). Self-efficacy and choice of coping strategies for tolerating acute pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 344.

Saltzman, K. M. ve Holahan, C. J. (2002). Social support, self-efficacy, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 311-320.

Savaşır, I. ve Şahin, N. (1997). *Bilişsel davranışçı terapilerde sık kullanılan ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği, 23–39.

Scharer, K. (2005). Internet social support for parents: The State of Science. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(1), 27-29.

Schneller, D. B. ve Vandsburger, E. (2008). Self-Efficacious behaviors for reducing stress in older adulthood. *Ageing International*, 32(1), 79.

Schwarzer, R. (1998). Stress and coping from a social-cognitive perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 851(1), 534-535.

Shepherd, J. G. (2007). *Coping Style as Mediator of health-related quality of life and depression after an acquired brain injury*. Doctoral dissertation, Fielding Graduate University, Santa Barbara.

Sherwood, C., Salkovskis, P. M. ve Rimes, K. A. (2007). Help-seeking for depression: The role of beliefs, attitudes and mood. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 541–542.

Shikai, N., Uji, M., Chen, Z., Hiramura, H., Tanaka, N., Shono, M. ve Kitamura, T. (2007). The role of coping styles and self-efficacy in the development of dysphoric mood among nursing students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 241-242.

Sijuwade, P. (1994). Sex differences in stress, illness and coping resources among the Nigerian elderly. *Social Behavior and Personality*, 22(3), 241-246.

Simms, L. M. (2004). *The Moderating Role of Self-Efficacy in Depression: A Missing Link in Beck's Cognitive Theory*. Master dissertation, University of New Brunswick, USA.

Stewart, L. M. (2007). *Perceived Stres, Self-Efficacy and Depression, Hopelessness, and Suicidal İdeation in a Group of İncarcerated Women*. Doctoral dissertation, Fielding Graduate University, Santa Barbara.

Stewart, S. M., Kennard, B. D., Lee, P., Mayes, T., Hughes, C. ve Emslie, G. (2005). Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 370.

Stjernsward, S., Östman, M. (2007). Depression, e-health and family support. What the Internet offers the relatives of depressed persons. *Nord J Psychiatry*, 61(1), 12.

Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara, Seçkin Yayıncılık.

Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N. ve Oyama, H. (2006). Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: Reciprocity and community mental health. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 656.

Tate, C. M. (2005). *Revision of the self-efficacy questionnaire of social skills for use with deaf college students*. Doctoral dissertation, Gallaudet University, Washington.

Taylor, D. ve Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health & Illness*, 29(1), 37-39.

Taylor, S. E. ve Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 378- 385.

Tel, H. ve Uzun, S. (2003). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 152.

Tonge, B., King, N., Klimkeit, E., Melvin, G., Heyne, D. ve Gordon, M. (2005). The self-efficacy questionnaire for depression in adolescents (SEQ-DA) Development and psychometric evaluation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 357-361.

Tortumluoğlu, G. (2003). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Tsay, S. ve Chao, Y. C. (2002). Effects of perceived self-efficacy and functional status on depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 272.

Tucker, S., Brust, S. ve Richardson, B. (2002). Validity of the depression coping self-efficacy scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 125-135.

Tuğrul, C. (2000). Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 13-15.

Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the Good?. *Sex Roles*, 30, 521.

Vernaleken, C. (1997). *The relationship of Sex Composition of Psychotherapy Groups to Therapeutic Outcomes, Group Process and Gender Role*. Doctorial dissertation, Seton Hall University, New Jersey.

Walker, M. (2004). Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 217.

Wanderhorst, R. K. ve McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, November 2005, 9(6), 523.

Wang, J. L. ve Patten S. B. (2002). The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *Can J Psychiatry*, 47(2), 168.

Wareham, S., Fowler, K. ve Pike, A. (2007). Determinants of depression severity and duration in Canadian adults: The moderating effects of gender and social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(12), 2952-2972.

Weber, B. A. (2001). *The Effect of Dyadic Intervention on Self Efficacy, Social Support, and Depression For Men with Prostate Cancer*. Doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

Weishaar, M. E. (1996). Cognitive Risk Factors in Suicid. İçinde: P. M. Salkovskis (Ed). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press; 240.

Werden, E. M. (2001). *Religious Identity As a Coping Resource*. Doctoral dissertation, Miami University, Oxford, Ohio.

Williams, K. L. ve Galliher, R. V. (2006). Predicting depression and self-esteem from connectedness, support and competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 859-860.

Wong, D. F. (2008). Cognitive Behavioral Treatment groups for people with chronic depression in Hong-Kong: A randomized wait-list control design. *Depression and Anxiety*, 25, 142-143.

Wu, Q. ve Mok, B. (2007). Mental health and social support: a pioneering study on the physically disabled in southern China. *International Journal of Social Welfare*, 16, 42.

Yiğitbaş, Ç. ve Yetkin, A. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu dergisi*, 7(1), 6-7.

Yoshimasu, K., Sugahara, H., Tokunaga, S., Akamine, M., Kondo, T., Fujisawa, K. ve ark. (2006). Gender differences in psychiatric symptoms related to suicidal ideation in Japanese patients with depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006, 60, 567.

Yurdugül, H. (2005). *Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Denizli.

Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J. ve McKibbin, C. (1999). Self-efficacy as a mediator of caregiver coping: development and testing of an assessment model. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(3), 222.

FORMLAR

EK 1

Anket No:

Yatış Tarihi:

Çıkış Tarihi:

Bu soru formu, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hazırlanmakta olan bir yüksek lisans tezi kapsamında yürütülen bilimsel bir araştırma için oluşturulmuştur. Bütün yanıtlar gizli kalacak, sadece genellemeler olarak toplu sonuçlar kullanılacaktır. Yardımınızı esirgemeyeceğinizi umar, işbirliğiniz için çok teşekkür ederiz.
Yard.Doç.Dr. Yasemin KUTLU ve Esra ALBAL

ANKET FORMU

1. Adınız - soyadınız:

2. Yaşınız :

3. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

4. En son mezun olduğunuz eğitim kurumu:

Okur-yazar değil	☐	Ortaokul mezunu	☐
Okur-yazar, okullu	☐	Lise mezunu	☐
İlkokul mezunu	☐	Üniversite ve/veya üzeri	☐

5. Medeni haliniz:

☐ Evli ☐ Bekar

6. Ailenizin özelliği:

☐ Çekirdek Aile ☐ Geleneksel aile

7. Ailenin kaçınıcı çocuğusunuz:

☐ İlk ☐ Ortanca ☐ Son

8. Ailenizi (anne/baba) nasıl tanımlarsınız:

☐ Aşırı koruyucu-kollayıcı	☐ Aşırı otoriter / reddedici
☐ Güven verici / destekleyici	☐ İlgisiz / kayıtsız

9. Mesleğiniz:

☐ İşçi ☐ Memur ☐ Çiftçi ☐ Ev Hanımı ☐ Emekli ☐ Serbest ☐ Öğrenci
☐ Diğer (belirtiniz)

10. Çalışmıyorsanız nedeni:

☐ Hastalıkla ilgili ☐ Hastalıkla ilgili değil

11. Aylık ortalama net geliriniz:

12. Aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz:

☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

13. Tanı:

14. Hastalığınızın süresi:

☐ 0-12 ay ☐ 1-2 yıl ☐ 2-3 yıl ☐ 3 yıl ve üzeri

15. Kaçınıcı kez hastalanıyorsunuz:

16. Hastanede ortalama yatış süreniz (gün/ay):

17. Eksen II/Co-morbid bir durumu var mı?

☐ yok ☐ Eksen II..... ☐ Co-morbid.....

18. Aileniz de psikiyatrik hastalığı olan bireyler var mı?

☐ Hayır ☐ 1. derece akraba..... ☐ 2. derece akraba.....

19. Kullandığınız herhangi bir madde var mı?

Evet Hayır

☐ Sigara () ()

☐ Alkol () ()

☐ Yasal olmayan maddeler () ()

(Esrar, Eroin, Uçucu maddeler, Ecstasy vb.)

20. Şimdiye kadar kendinize zarar verme düşünceniz / girişiminiz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

21. Şu ana kadar hiç şiddete maruz kaldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

22. Hastalanmadan önce yaşadığınız önemli bir yaşam olayı var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

() Ölüm (sevdiğiniz bir kişinin)

() Ayrılık

() Maddi kayıp

() Doğal afetler

() Diğer (açıklayınız).....

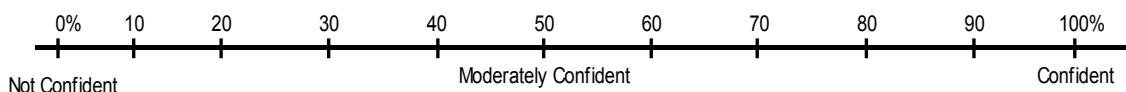
EK 2**Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES)**

Suzanne Perraud, RN, PhD

Interview or Self-Report Version

Instructions: (If done by interview, read to participant): *Each of the following items contain descriptions of coping activities that are helpful in treating the symptoms of depression. After hearing or reading each question, respond by saying how confident you are that you can do each activity, using a number from 0-100%. 0% means not at all confident and 100% means completely confident you can do what the item describes.*

If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can.



I am this percent confident (0-100) that I can...	PERCENT
1. tell others how I feel in a socially acceptable manner	
2. be aware of my behavior and how it affects others.	
3. refuse requests of others when I do not wish to do something that someone else wants me to do, including authority figures and strangers.	
4. go to bed and get up at the same time every day.	
5. plan pleasant things to do for my free time	
6. limit naps to 20-30 minutes during the day.	
7. ask for help when I am having trouble understanding something because I am not concentrating well (like income tax, legal documents, etc.).	
8. eat four servings of fruit and vegetables a day	
9. drink 6 to 8 glasses of water daily.	
10. recognize when I am blaming myself for my symptoms and try to stop.	

I am this percent confident (0-100) that I can...	PERCENT
11.engage in some sort of creative activity like writing, reading, drawing, playing music, or working on projects.	
12.get together with at least one very close person when I am feeling lonely.	
13.get up and do something relaxing if I cannot sleep, before trying again	
14.question whether it is reasonable to think this way each time I think about myself in a negative way or assume that I am no good.	
15.take a bath or do some other soothing activity before bedtime.	
16.take medication for depression the way my doctor recommends.	
17.exercise or do some active thing every day.	
18.be aware of when I am thinking about myself in a negative way or assuming that I am no good.	
19.laugh and try to find humor in my situation, in spite of my problems.	
20.challenge the thought that life is not worth living if I should feel that way.	
21.attempt to understand why I am anxious when I have anxiety.	
22.keep a journal describing my mood or how I feel emotionally each day.	
23.meditate or do relaxation exercises at least once a day.	
24.become aware of those feelings that bother me so I can work on not letting them bother me.	

Which of these items would you be interested in knowing more about? (circle or check those items)

EK 3**DİL GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN****UZMANLARIN LİSTESİ**

Yard. Doç. Dr. Hülya Bilgin (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*)

Dr. Özgür Önder (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Asistanı*)

Psikolog Sergül Oğur (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Psikolog*)

Dil Uzmanı Yeşim Solak

Mak. Müh. Emre Atila

EK 4**KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN****UZMANLARIN LİSTESİ**

Prof. Dr. Sevim Buzlu (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*)

Prof. Dr. Nursen Nahcivan (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*)

Prof. Dr. M. Kemal Sayar (*Fatih Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi*)

Doç. Dr. Timuçin Oral (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Yard. Doç. Dr. Hülya Bilgin (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*)

Yard. Doç. Dr. Leyla Küçük (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*)

Yard. Doç. Dr. Nihal Esin (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*)

Arş. Gör. Sevil Yılmaz (*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi*)

Uzman Psik. Hemş. Sibel Çoşkun (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzman Psikiyatri Hemşiresi*)

Uzman Dr. Oya Güçlü (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Çağatay Karşıdağ (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Dilek Solmaz (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Tarık Kutlar (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Burcu Rahşan Erim (*Nevşehir Dr.İ. Şevki Atasagün Devlet Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Hüseyin Soysal (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Erdoğan Özmen (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Murat Erkıran (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Serap Ofıaz (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Uzman Dr. Fehan Yener (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Hekimi*)

Psikolog Kemal Yerlikaya (*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Psikolog*)

EK 5

Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeği

(Görüşme veya Öz Bildirim Versiyonu)

Yönerge: (Eğer görüşme şeklinde gerçekleştirilirse, katılımcıya okunacak): Aşağıdaki ifadelerin her biri, depresyon belirtilerinin düzelmesine yardımcı olan başa çıkma girişimlerinin tanımlarını içermektedir. Her ifadeyi okuduktan veya dinledikten sonra, her bir eylemi ne kadar yapabildiğinizi cümlemin altında yer alan sayı doğrusu üzerinde % 0 - %100 arasında bir sayı belirterek yanıtlayınız. %0 her ifadede tanımlanan durumu kesinlikle yapamadığınız, %100 tamamiyle yapabildiğiniz anlamına gelmektedir.

(Sorunun cevabı konusunda emin değilseniz lütfen size uygun olan en yakın cevabı vermeye çalışın)

% şu kadar (0–100) eminim ki...	
1. kendimi nasıl hissettiğimi diğer kişilere uygun bir şekilde söyleyebilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
2. davranışımın ve bu davranışımın diğer kişileri nasıl etkilediğinin farkına varabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
3. insanlar benden yapmak istemediğim bir şeyi yapmamı istediğinde bu kişiler benden yetkili dahi olsa onların isteklerini reddedebilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
4. her gün hemen hemen aynı saatte yatar ve aynı saatte kalkarım 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
5. boş zamanlarım için hoşuma giden etkinlikler planlayabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
6. gün içindeki uyuklamalarımı 20–30 dakika ile sınırlandırabilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	

% şu kadar (0–100) eminim ki...	
7. iyi konsantre olamadığım için bir şeyleri anlamada güçlük çektiğimde (faturalar, yasal evraklar, vergi ödeme vb.) insanlardan yardım isteyebilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
8. bir günde yaklaşık 1 öğün sebze-meyve yiyebilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
9. bir günde yaklaşık 6-8 bardak su içebilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
10. hastalık belirtilerimden kendimi sorumlu tuttuğumu fark edebilirim ve bunu durdurmaya çalışabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
11. yazmak, okumak, resim yapmak, müzik aleti çalmak gibi çeşitli yaratıcı aktivitelere yönelebilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
12. kendimi yalnız hissettiğimde, çok yakın en az bir arkadaşım ile bir araya gelebilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
13. eğer uyuyamıyorsam, tekrar uyumayı denemeden önce gevşemek için bir şeyler yapabilirim(süt içmek, duş almak vb.) 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
14. kendi hakkımda olumsuz düşündüğüm veya iyi olmadığım fikrine kapıldığım zamanlarda bu düşüncelerin mantıklı olup olmadığını sorgulayabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
15. yatmadan önce, duş alma veya benzeri sakinleştirici etkinliklerde bulunabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	

% şu kadar (0–100) eminim ki...	
16. depresyon ilaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
17. hemen hemen her gün spor ya da benzeri etkinlikler yapabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
18. kendi hakkımda olumsuz düşündüğüm veya iyi biri olmadığım fikrine kapıldığım zamanın farkına varabilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
19. sorunlarım olmasına rağmen, kendi durumuma gülebilir veya espriyle yaklaşabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
20. hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorsam bu düşünceyle mücadele edebilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
21. kaygılı olduğumda, neden kaygılı olduğumu anlamaya çalışabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
22. her gün duygusal açıdan kendimi nasıl hissettiğimi anlatan bir günlük tutabilirim 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
23. günde en az bir kez rahatlama ya da gevşeme egzersizleri yapabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	
24. beni rahatsız eden duyguların farkına varabilirim ve bu duyguların verdiği rahatsızlığı önlemeye çalışabilirim. 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% Emin Değilim Orta Derecede Eminim Eminim	

EK 6

Anket No:

Tarih:

Bu soru formu, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hazırlanmakta olan bir yüksek lisans tezi kapsamında yürütülen bilimsel bir araştırma için oluşturulmuştur. Ölçekler birinci uygulamadan 3 hafta sonra ikinci kez uygulanacağından ad/soyadı belirtmeniz gerekmektedir. Adınız/Soyadınız ve bütün yanıtlarınız gizli kalacak, sadece genellemeler olarak toplu sonuçlar kullanılacaktır. Yardımınızı esirgemeyeceğinizi umar, işbirliğiniz için çok teşekkür ederiz.

Yard.Doç.Dr. Yasemin KUTLU ve Esra ALBAL

ANKET FORMU**23.** Adınız - soyadınız:**24.** Yaşınız :**25.** Cinsiyetiniz:
☐ Kadın ☐ Erkek
26. En son mezun olduğunuz eğitim kurumu:

Okur-yazar değil	☐	Ortaokul mezunu	☐
Okur-yazar, okullu	☐	Lise mezunu	☐
İlkokul mezunu	☐	Üniversite ve/veya üzeri	☐

27. Medeni haliniz:
☐ Evli ☐ Bekar
28. Mesleğiniz:
☐ İşçi ☐ Memur ☐ Çiftçi ☐ Ev Hanımı ☐ Emekli ☐ Serbest ☐ Öğrenci

☐ Diğer (belirtiniz)

EK 7

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: *Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.*

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliği mi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 8**ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

AÇIKLAMA: Aşağıda sıralanan 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 'den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

- 1.İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 2.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
- 11.Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 9**DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSINKİ BİLDİRGESİ****İnsan Denekleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler**

Dünya Tıp Birliği'nin 18. genel kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964) benimsenmiş, 29. (Tokyo, Japonya, Ekim 1975), 35. (Venedik, İtalya, Ekim 1983), 41. (Hong Kong, Eylül 1989), 48. (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996), 52. (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000) genel kurullarında geliştirilmiş, Washington 2002 genel kurulunda 29. Maddeye ve Tokyo 2004 genel kurulunda 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir.

1. Dünya Tıp Birliği, insan deneklerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan deneklerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğunu belli olan materyal ya da veriler de dahildir.
2. Hekimin ödevi insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.
3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi “Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir” cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu “Hastanın fiziksel ve mental koşullarını zayıflatabilecek etkilere sahip tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini” duyurur.
4. Tıbbi ilerlemeler, en nihayetinde kısmen insanlar üzerindeki deneylere dayanan araştırmaları temel almaktadır.
5. İnsanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin sağlığı, bilim ve toplumun menfaatinden önce gelmelidir.
6. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birinci amacı profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemleri geliştirmenin yanında hastalıkların etiyoloji ve patogenezi anlamaktır. Kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler bile etkinlik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından araştırmalara sürekli olarak tabi tutulmalıdır.
7. Güncel tıp uygulamaları ve tıbbi araştırmalardaki profilaktik, diagnostik ve terapötik işlemlerin pek çoğu külfet ve riskler içermektedir.

8. Bir tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Ekonomik ya da tıbbi yönde dezavantajlı olanların özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Keza, kendi başlarına onam ya da ret veremeyenlere; baskı altında onam verme durumundakilere; araştırmadan kişisel olarak yarar görmeyeceklerle; aynı anda tedavi ve araştırmaya tabi tutulacak olanlara özel dikkat gerekir.

9. Araştırmacılar, kendi ülkelerindeki insanlar üzerindeki araştırmalar için geçerli etik, yasa ve düzenlemelerin yanısıra uygulanabilen uluslararası kurallardan da haberdar olmalıdırlar. İnsan deneklerinin korunması için bu bildirgede ileri sürülenlerin hiçbir ulusal etik, yasa ya da düzenleme tarafından ortadan kaldırılmasına ya da zayıflatılmasına izin verilmemesi gerekir.

TÜM TIBBİ ARAŞTIRMALARDA TEMEL İLKELER

10. Tıbbi araştırmalarda insan deneklerinin yaşamını, sağlığını, mahremiyetini ve onurunu korumak hekimin ödevidir.

11. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel bilimsel ilkelere uygun olmalı; bilimsel literatürün ve diğer ilgili bilgi kaynaklarının tam olarak bilinmesi ile yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerine dayanmalıdır.

12. Çevreyi etkileyebilecek araştırmaların yürütülmesinde yeterince dikkatli olunmalı ve araştırma için kullanılacak hayvanların sağlığına saygı gösterilmesidir.

13. İnsan denekleri üzerindeki her deneysel prosedürün tasarımı ve çalışmanın nasıl uygulanacağı deney protokolünde açık bir şekilde formüle edilmesi gerekir. Bu protokol değerlendirme, yorum, rehberlik ve uygun bulduğunda onay vermek için özel olarak atanmış; araştırmacıdan, sponsordan ya da istenmeyen başka etkilere uzak bir etik inceleme kuruluna sunulmalıdır. Bu bağımsız kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve düzenlemeleri ile uyum halinde olmalıdır. Kurul, sürdürülmekte olan denemeleri izleme hakkına sahiptir. Araştırmacılar, izlemedeki bilgileri, özellikle ciddi olumsuz gelişmeleri bu kurula bildirmekle yükümlüdürler. Araştırmacının aynı zamanda inceleme için mali kaynakları, sponsorları, bağlı olduğu kurum ile diğer sağlanan çıkarların ve denekleri teşvikle ilgili bilgileri de kurula sunması gerekir.

14. Araştırma protokolünde, her zaman, ilgili görünen etik ifadelerin açıklanması ve bu bildirgede dile getirilen ilkelere uyumlu olunduğunun belirtilmesi gerekir.

15. İnsan denekleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, bilimsel kalifiye kişiler ile klinik yönünden yeterliliği tam tıbbi bir elemanın gözetiminde yürütülmelidir. İnsan deneklerine karşı sorumluluk her zaman tıbben kalifiye elemanda olmalı ve asla, onam vermiş olsa bile araştırma deneğine bırakılmamalıdır.

16. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma projesinin risk ve rahatsızlık ile denek ya da diğerleri için tahmin edilen risk ve yararların dikkatle karşılaştırılması yapılmalıdır. Bu, sağlıklı gönüllülerin tıbbi araştırmalara katılımını engellemez. Tüm çalışma dizaynının herkese açık olması gerekir.

17. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan denekleri üzerindeki araştırma projelerin katılmaktan kaçınmalıdırlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı sona erdirmelidirler.

18. İnsan denekleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen yararın denekte yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basacağı zaman gerçekleştirilmelidir. Bu durum, deneklerin sağlıklı gönüllüler olduğunda özellikle önemlidir.

19. Tıbbi araştırma, yalnızca, araştırmanın uygulandığı grubun araştırma sonuçlarından yarar göreceğine ilişkin makul bir olasılık varsa haklı bir nedene sahiptir.

20. Denekler, araştırma projesine gönüllü ve aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) olarak katılmalıdırlar.

21. Araştırmadaki deneğin, maddi-manevi bütünlüğünün korunması hakkına her zaman saygı gösterilmelidir. Deneğin mahremiyetine saygı, hasta bilgilerinin gizliliği, çalışmanın deneğin fiziki ve mental bütünlüğü ile kişiliğine etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

22. İnsanlar üzerindeki bir araştırmada, her potansiyel denek amaçları, yöntemleri, fon kaynakları, olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal ilişkileri, beklenen yararlar, çalışmanın riskleri ve vereceği rahatsızlıklar hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Denek, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım onamını geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda

bilgilendirilmelidir. Denek bu bilgileri anladıktan sonra hekimin, tercihan yazılı olarak, deneğin, iradesiyle verilmiş aydınlatılmış onamını (informed consent) alması gerekir. Eğer, onam yazılı alınamaz ise yazılı olmayan onam tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

23. Araştırma projesi için aydınlatılmış onam alınırken, hekim, kendisiyle deneğin bağımlılık yaratan ilişkide olup olmadığı ya da baskı altında onam verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, aydınlatılmış onam araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

24. Yasal olarak yetersiz (incompetent), fiziksel ya da mental olarak onam vermekten yoksun ya da reşit olmayan küçük araştırma denekleri için araştırmacı, aydınlatılmış onamı yasanın öngördüğü doğrultuda yasal temsilciden almalıdır. Bu gruplar araştırmaya, ancak, araştırma temsil edilen popülasyonun sağlığını korumak için gerekiyorsa ve bu araştırma bunlar yerine yasal olarak yetkili kişiler üzerinde yapılamıyorsa dahil edilebilirler.

25. Yasal olarak yetersiz (incompetent) kabul edilen bir denek, örneğin reşit olmayan bir çocuk araştırmaya katılmaya onaylama (assent) verebilir ise araştırmacı yasal temsilcinin onamına ek olarak ondan da onaylama da almalıdır.

26. Vekil ya da ön onam dahil olmak üzere, aydınlatılmış onam almanın mümkün olmadığı, kişiler üzerindeki araştırma yalnızca aydınlatılmış onam almayı engelleyen fiziksel/mental koşullar araştırma grubunun kaçınılmaz özelliği ise yapılmalıdır. Araştırma deneklerinin aydınlatılmış onam verememelerinin özel nedeni etik kurulun onayı ve değerlendirmesi için deney protokolünde belirtilmelidir. Protokol, araştırmada kalmaya ilişkin onamının en kısa sürede kişiden ya da yasal temsilciden alınacağını belirtmelidir.

27. Hem yazarların hem de yayımcıların etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarının yayımlanmasında araştırmacılar sonuçların doğruluğunu koruma mecburiyetindedirler. Negatif sonuçlar da yayımlanmalı ya da herhangi bir şekilde halka duyurulmalıdır. Fon kaynakları, kurumsal bağlantılar ve olası çıkar çatışmaları yayında bildirilmelidir. Bu bildirmede yer alan ilkelere uymayan deney bildirileri yayına kabul edilmemelidir.

TIBBİ BAKIMLA BİRLEŞİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER

28. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel profilaktik, diagnostik ve terapötik değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde tıbbi araştırmayı tıbbi bakımla birleştirebilir. Tıbbi araştırma, tıbbi bakımla birleştiği zaman araştırma deneği olan hastayı korumak için ek standartlar uygulanmalıdır.

29. Yeni yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlıklar ve etkilerinin kullanılmakta olan en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler karşılaştırarak denenmesi gerekir. Bu, kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemlerin bulunmadığı çalışmalarda plasebo kullanımını ya da tedavisiz bırakmayı dışlamamaktadır. (Bkz. Dipnot)

30. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastaya çalışma ile saptanmış, kanıtlanmış en iyi profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemden yararlanabilmesi garanti edilmelidir. (Bkz. Dipnot)

31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

32. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış profilaktik, diagnostik ve terapötik yöntemler mevcut değil ya da etkin değilse; kendi kanaati hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme şeklinde ise hastadan aydınlatılmış onam alarak, kanıtlanmamış ya da yeni bir profilaktik, diagnostik ve terapötik tedbirleri kullanma konusunda hekim serbest olmalıdır. Mümkün olduğunda, bu tedbirlerin, güvenlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli uygun olduğunda yayımlanmalıdır. Bu bildirgenin ilgili diğer rehber-kurallarına uyulmalıdır.

Dipnot:**DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ****29. MADDESİNİN AÇIKLAMA NOTU***(Washington-2002)*

Dünya Tıp Birliği bu vesile ile plasebo-kontrollü denemelerin kullanımında ileri düzey bakım yapılması ve genel olarak bu yöntem kanıtlanmış mevcut tedavinin bulunmadığında kullanılmasını tekrar teyit etmektedir. Bununla beraber, kanıtlanmış bir tedavi mevcut olsa bile plasebo-kontrollü denemeler aşağıdaki koşullarda etik yönden kabul edilebilir:

- Bir profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntemin, güvenilirliği ve etkinliğini belirlemek için gerekli, zorunlu ve bilimsel olarak doğru metodolojik nedenlerle kullanımında; ya da
- Profilaktik, diagnostik ya da terapötik yöntem, çok önemli olmayan ve plasebo alan hastanın ciddi ek bir riske ya da dönüşü olmayan bir zarara uğratmadığı durumlarda araştırılmalıdır.

Helsinki Bildirgesi'nin bütün diğer koşullarına, özellikle uygun etik ve bilimsel incelemeler için, bağlı kalınmalıdır.

DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ**30. MADDESİ ÜZERİNE AÇIKLAMA NOTU***(Tokyo-2004)*

Dünya Tıp Birliği bu vesile ile, yararlı olarak tanımlanan profilaktik, diagnostik ve terapötik prosedürlere veya diğer uygun bakım şekillerine deneme-sonrasında katılımcıların ulaşabilmesi işlemlerinin, çalışmanın planlanması aşamasında tanımlanması gerekliliğini tekrar onaylar.

Etik değerlendirme kurulunun, değerlendirme sırasında göz önünde bulundurabilmesi için, deneme-sonrası düzenlemelerin veya diğer bakım şekillerinin çalışma protokolünde tanımlanmış olması gerekir.

EK 10

Subject:	Re: About Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES),
To:	"Esra Albal" <esraalbal@yahoo.com>
From:	Suzanne_Perraud@rush.edu
Date:	Wed, 26 Sep 2007 15:28:50 -0500

Dear Ms. Albal,

Thank you for your interest in the DCSES.

The scale has been tested with the patients you mention (depressed, psychotically depressed, and bipolar, depressed). You must be careful to determine that the patient understands what you are asking in the instrument or in the study. In other words, the patient must have limited cognitive impairment. Attached you will find a copy of the scale and of the publications Related to it. I also attached a statistics sheet, though I notice that it needs updating. It might be helpful.

Good luck in your thesis. I would appreciate being informed of its results.

Regards,

Suzanne

(See attached file: DCSES to send out.doc)(See attached file: DCSES References.doc)(See attached file: development of the DCSES.pdf)(See attached file: Predictive Validity of the DCSES.pdf)(See attached file: Statistics on DCSES.doc)

Suzanne Perraud, RN, PhD

Director of Specialty Education/Associate Professor

Rush University College of Nursing

(312) 942-6860

(312) 942-6226 fax

Attachments

Files:

-  **DCSES_to_send_out.doc** (47k) [[Preview](#)]
-  **DCSES_References.doc** (24k) [[Preview](#)]
-  **development_of_the_DCSES.pdf** (603k)
-  **Predictive_VValidity_of_the_DCSES.pdf** (163k)
-  **Statistics_on_DCSES.doc** (27k) [[Preview](#)]

EK 11

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
 Üniversitesi/Hastanesi FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
 Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
 Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Bakırköy Prof. Dr. Mehmet Akın Ersoy
Sağlık Bilimleri Fakültesi dir.
 Çalışmanın adı "DEPRESYONLA BAZI GİRİMLERDE KİŞİSELİĞİ VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ" dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler ESTER ALBAL
Sağlık Bilimleri Fakültesi dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
 Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
 Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
 Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 12.12.2008 /Bitiş 12.03.2009

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilir.
 Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü 3 ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

22.12.2008
 Ünvanı-Adı-Soyadı
ESTER ALBAL

OLUR
/2008
 Vali a.
 Uz. Dr. Mehmet BAKAR
 Sağlık Müdürü

12.12.2008
 Ünvanı-Adı-Soyadı
Uz. Dr. Namık
ALPİNAR KAZAKCI

EK 12



BAKIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN
RUHSAĞLIĞI ve SINIR HASTALIKLARI
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

ETİK KURULU

KARAR

04.03.2008

Karar No: 2008/2

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinden Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmakta ve kurumumuzda çalışmakta olan Hemş.Esra ALBAL'ın "**Depresyon ile Başa Çıkma Öz Yeterlilik ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki**" konulu tez çalışması 04.03.2008 tarihinde hastanemiz yerel etik kurulunda incelenmiş ve yapılacak araştırmanın yapılmasına etik yönden bir sakınca görülmediğine oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Dr.Niyazi Uygur Başkan	Psikiyatri Klinik Şefi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	
Doç.Dr.Hüsnü Erkmen Üye	Psikiyatri Klinik Şefi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	
Doç.Dr. M.Emin Ceylan Üye	Psikiyatri, Klinik Şefi Farmakoloji Doktoru	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek			
Doç.Dr. Baki Arpacı Üye	Nörolog Klinik Şefi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	
Doç.Dr. Peykan Gökalep Üye	Psikiyatri Klinik Şef Yardımcısı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Kadın			
Dr. Mehmet Uhlü Üye	Patoloji Uzmanı	Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Erkek		X	
Dr. Nilgün Kara Uzun Üye	Biyokimya Uzmanı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Kadın		X	
Dr. Tehmine Güneş Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Kadın		X	
Emre Gökmen Üye	Eczacı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Doç.Dr. Medaım YANIK
Başhekim

EK 13**HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU**

Yaptığımız bu çalışmada amaç, sizin gibi hastanemize başvuran depresyon tanılı bireylerde depresyonla başa çıkma davranışlarında etkili olduğu düşünülen öz-yeterlilik kavramı; yani, bireyin belirli bir görevi yapabileceğine olan inancı ve sosyal çevre (aile, arkadaş, akraba) desteğinin buna etkisini belirlemektir. Bu çalışma siz ve sizin gibi benzer sıkıntıları yaşayan bireylere daha iyi destek verilmesini sağlayacak ve bundan sonraki çalışmalara veri teşkil edecektir. Araştırma için Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli etik kurul ve çalışma izni alınmıştır. Araştırma esnasında size birkaç soru soracağım. Bu soruları yanıtlamanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz veya herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilirsiniz. Bu takdirde tedavi ve bakımınız bu durumdan hiçbir şekilde etkilenmeyecektir.

Bu çalışmada kullanılan sizin ile ilgili kayıtlar, yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacaktır. Bütün veriler araştırmacı tarafından toplanacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Saygılarımızla;

Yard. Doç. Dr. Yasemin Kutlu

Hemşire Esra Albal

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışma bana sözlü olarak anlatıldı ve sorularıma cevap verildi. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra	Soyadı	Albal
Doğ.Yeri	Malatya	Doğ.Tar.	24/11/1981
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	13904651964
Email	esraalbal@gmail.com	Tel	02165746616

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale H. Y. O.	2005
Lise	Malatya SSK Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi	2003-....
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	76.250	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	57.146	56.348	55.550
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Uygulamaları	İyi
SPSS İstatistik Programı	İyi

Yayınlari/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri: -

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Bisiklete binmek, müzik dinlemek, sinema.