



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANILI HASTALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ TEMELLİ MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA
PSİKOEĞİTİMİNİN MİZAH DUYGUSU, BENLİK SAYGISI VE
DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2024



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANILI HASTALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ TEMELLİ MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA
PSİKOEĞİTİMİNİN MİZAH DUYGUSU BENLİK SAYGISI VE
DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**

Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2024

T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
**DEPRESYON TANILI HASTALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ TEMELLİ MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA
PSİKOEĞİTİMİNİN MİZAH DUYGUSU BENLİK SAYGISI VE
DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ**
Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA

Tez Savunma Tarihi: 11.07.2024

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

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

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Tez Danışmanı

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

Tez Jürisi

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

İmzası

.....

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

.....

Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

.....

Doç. Dr. Figen İNCİ

.....

Doç. Dr. Nurcan UZDİL

.....

BEYAN

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

11.07.2024

Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA

TEŞEKKÜR

Doktora sürecinin her aşamasında bana kıymetli zamanını ayırıp, engin birikimiyle yol gösteren desteğini benden esirgemeyen hoşgörölü, özverili, empatik yaklaşımı ve pratik çözümleri ile beni motive eden çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Nurgöl ÖZDEMİR'e

Çalışmamı bilimsel katkılarıyla zenginleştiren ve akademik gelişimimi destekleyen çok kıymetli tez izleme komitesi üyeleri; Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ ve Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Bilgi ve yorumları ile araştırmaya katkı sağlayan jüri üyelerim; Sayın Doç. Dr. Figen İNCİ ve Sayın Doç. Dr. Nurcan UZDİL'e,

Çalışma hayatım boyunca akademik yolculuğuma tanıklık etmiş, sabır, anlayış ve sevgileriyle birlikte desteklerini hiçbir zaman esirgememiş çalışma arkadaşlarıma,

Veri toplama aşamasında bana destek olan çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden tüm hastalara, Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi; hemşirelerine, hekimlerine ve idari personellerine,

Sabır, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim beni destekleyen bana sonsuz güvenen annem Saadet ÖZDEMİR'e, her konuda yanımda olup bana cesaret veren babam Hasan ÖZDEMİR'e, her şartta yanımda olduklarını hissettiren desteklerini ve sevgilerini her zaman hissettiğim kardeşlerime, geniş aileme,

Desteğiyle sürekli beni motive ederek bana katkıda bulunan hayat arkadaşım, sevgili eşim Yunus ŞİĞVA'ya, son olarak akademik hayatımın en başından en sonuna kadar karşılaştığım tüm zorluklara rağmen başarıyla tamamlayabildiğim için kendime,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez, Gaziantep Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Komisyonu Başkanlığı tarafından GÜ BAYBP- SBF.DT.23.03 numaralı proje ile desteklenmiştir.

TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Depresyon Nedir?	7
2.2. Depresyonun Tarihçesi	7
2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	8
2.4. Depresyonun Etiyolojisi.....	9
2.4.1. Biyolojik Faktörler.....	9
2.4.2. Psikososyal Faktörler.....	10
2.4.2.1. Yaşam Olayları.....	10
2.4.2.2. Psikianalatik Görüş.....	10
2.4.2.3. Öğrenme Teorisi.....	10
2.4.2.4. Bilişsel Teori.....	11
2.4.2.5. Nesne İlişkileri Teorisi.....	11
2.5. Depresyonda Belirti ve Bulgular	11
2.5.1. Genel Görünüm ve Davranış	11
2.5.2. Konuşma ve İlişki Kurma	12
2.5.3. Duygulanım	12
2.5.4. Bilişsel Yetiler	12
2.5.5. Düşünce Süreci ve İçeriği	13
2.5.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler	13
2.6. Depresyonda Tanı ve Sınıflandırma	13

2.7. Depresyonun Tedavisi	14
2.7.1. Farmakolojik Tedavi.....	14
2.7.1.1. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI).....	15
2.7.1.2. Triksiklik Antidepresanlar (TCA).....	15
2.7.1.3. Monoaminoksidaz (MAO) İnhibitörleri.....	15
2.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT).....	16
2.7.3. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	16
2.7.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapide Düşünce Hataları	17
2.7.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri.....	18
2.7.3.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler.....	19
2.8. Depresyon Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Kullanımı	22
2.9. Bilişsel Davranışçı Terapide Psikiyatri Hemşireliği.....	23
2.10. Depresyon Hastalarında Psikiyatri Hemşireliği Bakımı	24
2.11. Bir Başetme Yöntemi Olarak Mizah	24
2.11.1. Mizah Terapi.....	25
2.11.2. Mizah Kuramları.....	26
2.11.2.1. Psikanalitik Kuram.....	26
2.11.2.2. Rahatlama Kuramı	26
2.11.2.3. Uyuşmazlık Kuramı	27
2.11.2.4. Üstünlük Kuramı.....	27
2.11.3. Mizah Tarzları.....	27
2.11.3.1. Kendini Geliştirici Mizah	27
2.11.3.2. Katılımcı Mizah	28
2.11.3.3. Saldırgan Mizah.....	28
2.11.3.4. Kendini Yıkıcı Mizah	28
2.12. Mizah ve Depresyon İlişkisi	29
2.13. Depresyon ve Benlik Saygısı İlişkisi.....	29
2.14 Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Benlik Saygısı İlişkisi.....	30
2.15. Mizah Terapi ve Psikiyatri Hemşireliği.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Türü.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Veri Toplama Araçları	35
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	35
3.4.3. Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYÇÖ).....	36
3.4.4. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği (ÇBMDÖ)	36
3.4.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	36
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.6. Araştırma Süreci	37
3.7. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programı.....	38
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	48
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	49
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	61
5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının, Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Düzeylerine Etkisinin Tartışılması	61
5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının, Depresyon Tanılı Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Etkisinin Tartışılması	63
5.3. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının, Depresyon Tanılı Hastaların Mizah Duygusu ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	65
5.4. Sonuç ve Öneriler	68
KAYNAKLAR.....	70
EKLER.....	86
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	86
EK 2. Beck Depresyon Envanteri	88
EK 3. Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ).....	92
EK 4. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği (ÇBMDÖ).....	93
EK 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	94

EK 6. Deney Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	95
EK 7. Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	99
EK 8. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	103
EK 9. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli Kurum Onayı	105
EK 10. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitim Sertifikası	106
EK 11. Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu Katılım Belgesi	107
EK 12. Beck Depresyon Envanteri Kullanma İzni	108
EK 13. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kullanma İzni	109
EK 14. Mizah Yoluyla Başa çıkma Ölçeğini Kullanma İzni	110
EK 15. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği Kullanma İzni	111
EK 16. Otomatik Düşünce Kayıt Formu ve Olumsuz Düşünce Kayıt Formunu Kullanma İzni	112
EK 17. Seanslarda Kullanılan Formlar	113
EK 18. Katılım Belgesi	117
EK 19. Psikoeğitim Kitapçığı	118
EK 20. Görüşü ve Onayları Alınan Uzmanlar	121
EK 21. Psikoeğitim Oturum İçerikleri	122
ÖZGEÇMİŞ	135

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. BDT Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Uygulama Planı	44
Tablo 3.2. Normal Dağılım	49
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Depresyonda BDT Aşamaları	23
Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı.....	46
Şekil 3.2. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması	47
Şekil 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması....	54
Şekil 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması.....	56
Şekil 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması.....	58
Şekil 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması.....	60

KISALTMALAR

APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
BDS:	Beck Depression Scale (Beck Beck Depresyon Ölçeği)
CHS:	Coping Through Humor Scale (Mizah Yoluyla Başa Ölçeği)
CBT:	Cognitive Behavioral Therapy (Bilişsel Davranışçı Terapi)
ÇBMDÖ:	Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)
EKT:	Elektro-Konvülsif Terapi
FDA :	Gıda ve İlaç İdaresi
MAO:	Monoaminoksidaz
MYBÇÖ:	Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği
MSHS:	Multidimensional Sense of Humor Scale (Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği)
RBSÖ:	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RSES:	Rosenberg Self Esteem Scale (Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği)
SSPS:	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)
SSRI:	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA:	Triksiklik Antidepresanlar

ÖZET

DEPRESYON TANILI HASTALARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA PSİKOEĞİTİMİNİN MİZAH DUYGUSU, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ

Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA

Doktora Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı,

Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı

Danışman: Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Temmuz 2024, 135 Sayfa

Bu araştırma bilişsel davranışçı terapi temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimin depresyon tanılı hastalarda mizah duygusu, benlik saygısı ve depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırma, Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kızıltepe Devlet Hastanesinde 31 Ocak ile 31 Mayıs tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemi bu hastanelere başvuran 60 depresyon tanılı hasta (30 kontrol, 30 deney) oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, “Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ)”, “Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği (ÇBMDÖ)” ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)” kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Deney grubuna Bilişsel Davranışçı Terapi temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı haftada 2 kez, toplam 8 oturum şeklinde grup eğitimi (5-8 kişiden oluşan) olarak uygulandı. Kontrol grubuna ise rutin tedavinin dışında herhangi bir uygulama yapılmadı. Analizler SPSS 22.0 programı yardımıyla değerlendirildi. Ön testte deney ve kontrol grubundaki hastaların BDÖ, RBSÖ, ÇBMDÖ ve MYBÇÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Son test, 1.izlem test ve 2.izlem test ölçek puanlarında ise deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre RBSÖ ve BDÖ toplam puan ortalamaları düşük olduğu, ÇBMDÖ ve MYBÇÖ toplam puan ortalamalarının ise yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının; depresyon tanılı bireylerin benlik saygısı, mizah duygusu, mizah yoluyla başa çıkma düzeylerini arttırmada, depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu belirlendi. Depresyon tedavisinde BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılması önerilir.

Anahtar kelimeler: Benlik Saygısı, Depresyon, Mizah Duygusu, Mizah Yoluyla Başa Çıkma, Psikoeğitim

ABSTRACT

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY BASED COPING THROUGH HUMOR PSYCHOEDUCATION ON SENSE OF HUMOR, SELF ESTEEM AND DEPRESSION LEVEL IN PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA

Doctoral Thesis, Nursing Department

Doctoral Program of Nursing

Advisor: Assoc. Prof. Nurgül ÖZDEMİR

July 2024, 135 Pages

This study is a randomised controlled experimental study conducted to determine the effect of cognitive behavioral therapy based coping psychoeducation through humor on the sense of humor, self-esteem and depression levels in patients diagnosed with depression. The research was conducted at Mardin Training and Research Hospital and Kızıltepe State Hospital between January 31 and May 31. The sample of the research consisted of 60 patients diagnosed with depression (30 control, 30 experimental), who applied to these hospitals. In the collection of data, “Personal Information Form, Beck Depression Scale (BDS)”, “Coping Through Humor Scale (CTHS)”, “Multidimensional Sense of Humor Scale (MSHS)” and “Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)” were used. Data were collected through face-to-face interviews. Cognitive Behavioral Therapy - based coping through humor psychoeducation program was applied to the experimental group as group training (consisting of 5-8 people) twice a week, for a total of 8 sessions. The control group did not receive any treatment other than routine treatment. Analyzes were evaluated with the help of SPSS 22.0 Programme. In the pre-test, it was determined that there was no statistically significant difference in the mean total scores of BDS, CTHS, RSES and MSHS and of the patients in the experimental and control groups ($p>0.05$). In the post- test, 1st follow- up test and 2nd follow- up test scale scores, it was determined that the RSES and BDS total score averages of patients in the experimental group were lower than the patients in control group, while the MSHS and CTHS total score averages were high and statistically significant ($p<0.05$). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) based coping psychoeducation through humor; Increasing the self-esteem, sense of humor, and coping levels of individuals diagnosed with depression through humor, It was determined to be effective in reducing the level of depression. It is recommended that psychiatric nurses use the CBT- based coping with humor psychoeducation program in the treatment of depression.

Key words: Self-Esteem, Depression, Sense of Humor, Coping Through Humor, Psychoeducation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon; bilişsel, duygulanımsal, davranışsal ve bedensel bulgularla seyreden psikiyatrik bir bozukluktur (1). Dünyada ve ülkemizde ciddi sağlık problemlerinin başında gelen depresyon yüksek kronikleşme ve tekrarlanma oranları olan, intihar için ciddi düzeyde risk oluşturan, iş gücü kaybı ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olan önemli bir sağlık sorunudur (2,3,4). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre depresyon dünyada yaklaşık 280 milyon insanı etkilemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı, "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023" raporuna göre "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları" değerlendirilmesinde depresyonun kadınlarda birinci (%10.7), erkeklerde ise ikinci sırada (%6.4) olduğu rapor edilmiştir (5).

Depresyon genellikle duygudurumda çökkünlük olması ve eskiden haz aldığı işlere karşı ilginin azalması ile kendisini gösterirken bunların yanında yaşam kalitesinde önemli düzeyde bozulmaya, üretkenlikte düşmeye, sosyal uyumda zorlanmaya yol açar. Depresyonun neden olduğu kayıplardan birisi de benlik saygısında düşmedir. Düşük benlik saygısına sahip bireyler; kendine güvenemeyen, kendini değersiz gören, karamsar, insan ilişkileri zayıf, uyum sorunlarına sahip, kendini suçlama, olumsuz duyguları olan, duygusal bağımlılık ve kendi ihtiyaçlarına ilgisizlik gibi özellikler gösterebilirler (6).

DSÖ'ü ruhsal sağlık açısından depresyonun tedavisi ve alınabilecek önlemler üzerinde durmaktadır (2). Son yıllarda depresyon tedavisinde sadece medikal tedaviden faydalanmak yerine, psikososyal girişimlerle desteklenmesi önerilmektedir (7). Psikososyal girişimler farklılık göstermektedir. Bu girişimlerden birisi Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli psikoeğitimdir.

BDT temelli psikoeğitim programlarının hedefi depresyon ile başa çıkma sürecinde kişinin kullandığı olumlu yöntemlerin desteklenmesi ve geliştirilmesi, olumsuz yöntemlerin ise BDT yöntemiyle çalışılarak değiştirilmesidir (3,8). BDT' de esas alınan model bilişsel modeldir. Bilişsel model, olaylara tepki verilme noktasında üç sürecin yön verici ve etkili olduğunu vurgulamaktadır. Söz konusu süreçler; olayın algılanması, anlamlandırılması ve yorumlanması şeklindedir. Bu model de kişinin bir duruma verdiği tepki durumun kendisinden çok o durumu algılama biçimine

bağlıdır. Bilişsel davranışçı kurama göre insanların duygu ve davranışlarının ana belirleyicisi, olay ve durumların nasıl yorumlandığıdır (9,10). BDT depresif duygudurumuna yol açan düşüncelerin belirlenmesini ve negatif düşüncelerin değerlendirilip değiştirilmesine yardımcı olur. Bilişsel çarpıtmalar, otomatik düşünceler ve temel inançların saptanması için düşünceler kaydedilmektedir. Saptanan bilişsel çarpıtmalar uyuma yönelik ve daha rasyonel düşüncelerle değiştirilmektedir (11,12). Yapılmış birçok çalışmada BDT'nin depresyondaki etkinliği gösterilmiştir (13,14,15). Depresyon tanılı birey zorlu bir olayın üstesinden gelme ve uyum sağlama için çabalamaktadır. Bu süreçte başa çıkma yöntemlerinin önem kazandığı görülmektedir (16).

Mizah yoluyla başa çıkma temel olarak mizah kullanımının kişilik özelliği olmasından ziyade, stresle başa çıkmada faydalanılan bilişsel ve kasıtlı bir çabalama yöntemi olarak değerlendirilmektedir (17). Mizah duyguları bireyin düşüncelerine müdahale etmek suretiyle çevresel uyaranlara karşı daha rasyonel bir bilişsel yapılanma sağlamaktadır (18). Kişiler sahip oldukları olumlu duygular sayesinde sorunlara karşı alternatif çözümler üretebilmekte, bunun yanında olumsuz ve işlevsiz düşünce kalıplarını terk etmektedir. Bu sayede işlevsel düşünce kalıplarını yapı sistemine entegre etmektedir (19,20). Yapılan çalışmalar olumsuz yaşam olayları karşısında mizaha başvurma etkin bir başa çıkma stratejisi olduğunu ortaya koymakta, bunun yanında duygusal, fizyolojik ve bilişsel anlamda olumlu çıktılar ortaya çıkardığını göstermektedir (21,22). Literatür incelendiğinde mizah duygusunun depresyon hastalarında ruhsal sağlığı geliştirici yararları olduğu görülmektedir (23,24,25).

Bilişsel davranışçı yaklaşım bu noktada, olumsuz deneyimlerde mizah yoluyla başa çıkma yöntemini kullanarak, kişiye, algılanmış ya da gerçek tehdit edici bir durum karşısında olumlu bilişsel değerlendirmeler yapmasına destek olmaktadır (26). Rahatsız edici olarak kendini gösteren duyguların hoş ve daha istendik duygular ile yer değiştirmesine katkı sağlamaktadır (25). Bu yönüyle mizahın olumlu duyguları ortaya çıkartan başa çıkma yeterliğinin önemli bir belirleyicisi olduğu ifade edilmektedir (21,27). Özdolap (2015) Mizah tarzları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi incelenmiş ve çalışmanın sonucunda yıkıcı mizah tarzı ve depresyon arasında pozitif yönde, buna karşılık katılımcı ve kendini geliştirici mizah tarzları ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu tespit etmiştir (22). Zhao ve arkadaşları tarafından 2019 yılında depresyon hastalarında mizah müdahalelerini inceleyen randomize kontrollü

meta-analiz çalışmasında, 814 katılımcıyı içeren on tane çalışma dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda mizah müdahalelerinin hastaların depresyon düzeylerini azalttığı rapor edilmiştir (28). Sun ve arkadaşları tarafından 2023 yılında depresyon hastaları için mizah terapisi etkinliğinin incelendiği sistematik review ve meta-analiz çalışmasında mizah terapisinin depresif semptomların düzeyini azalttığı rapor edilmiştir (29).

Depresyon tanılı hastalarda düşük benlik saygısının akılcı olmayan inançlardan kaynaklandığı benlik saygılarını artırmak amacıyla BDT’de olumsuz otomatik düşünceleri ve uyum bozucu inançları tanımayı olumlu düşüncelerle değiştirebilmeleri sağlanır (30,22). Yapılan çalışmalarda depresyon tanılı hastalarda işlevsel olmayan düşünceler arttıkça benlik saygısının düştüğü (31,32), olumlu mizah tarzları arttıkça benlik saygısının arttığı görülmektedir (33,34,35). Benlik ile ilgili bilişler üzerinde çalışırken mizah hastaların çarpık düşünceleri ile kendileri arasında mesafe koymasına, alternatif bilişler ve davranışlar oluşturmaya yardımcı olur (9,36,37).

Yapılmış çalışmalar BDT’ nin ne kadar etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir (13,14,15). Psikiyatri hemşiresi, depresyon tanılı hastanın tekrarlanan olumsuz düşüncelerini ve istenmeyen davranışlarını ortaya çıkmasını önlemede BDT tekniklerini uygulayabilmektedir (38,39). Hemşirelik süreci ile benzerlik gösteren BDT de, hasta merkezli olup, terapötik iş birliğinin olduğu, araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarının kullanılması gibi ortak özelliklere sahip olması bakımından psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir (39,40). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, psikiyatri hemşireleri tarafından gerçekleştirilen BDT ile ilgili kazanılan bilgi ve becerilerin hasta bakımına olumlu yansıtıldığı gösterilmektedir (41,42). Psikiyatri hemşireliği ve terapötik mizah ile ilgili yapılan çalışmalar terapötik mizah kullanımı psikiyatrik bakımda hemşire hasta arası iletişimi olumlu yönde etkilediği psikiyatri hemşiresinin ve bakım alan hastaların kaygı yaratan sorunlarla baş etmelerine yardımcı olduğu ve ruhsal bozukluğa sahip hastaların psikiyatrik bakımda olumlu sonuçlar elde ettiği ortaya konulmuştur (43,44,45).

Literatüre bakıldığında depresyon, mizah ve BDT ayrı ayrı şekilde çalışıldığı psiko-eğitim çalışmaları yer almakla birlikte depresyon, mizah ve BDT’nin birlikte çalışıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır (23,46). Bu araştırma depresyon tanılı hastalarda BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psiko-eğitim programı uygulanma açısından ilk olma özelliğindedir. Bu kapsamda yürütülen bu araştırmanın BDT temelli mizah yoluyla başa

çıkma uygulamalarının etkililiğine yönelik araştırmalara ışık tutma noktasında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim'in, depresyon tanılı hastaların mizah duygusu, depresyon düzeyi ve benlik saygısı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri:

H₀₋₁: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyine etkisi yoktur.

H₁: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların depresyon düzeylerini azaltır.

H₀₋₂: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların benlik saygısı üzerinde etkisi yoktur.

H₂: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların benlik saygısını artırır.

H₀₋₃: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların mizah duygusu düzeyine etkisi yoktur.

H₃: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların mizah duygusunu artırır.

H₀₋₄: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeyine etkisi yoktur.

H₄: Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeyini artırır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Nedir?

Depresyon literatürde bir duygudurum bozukluğu olarak ele alınmakla beraber, duygudurum kavramı içsel olarak yaşanan, kişinin dünyayı algılamasını ve sergilediği davranışları değiştiren, sürekli ve hakim olan duygu tonudur. Belli bir duygudurum aşırı düzeyde ve uzun süreli devam ettiğinde duygudurum bozukluklarından bahsedilmektedir (1). Depresyon; duygudurumda derin bir üzüntü veren düşünmede, hareketlerde ve konuşmada bir durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi belirtileri olan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (1,4).

Birey depresif duygudurumun hâkim olduğu bozukluk süresince, yaşamında fonksiyonelliğini kaybedebilmektedir (4). Duygudurumsal; bilişsel , davranışsal ve bedensel değişiklikler ortaya çıkartan depresyon, dünyada ve ülkemizde en sık görülen tıbbi sorunlardan biridir (4,47,48).

2.2. Depresyonun Tarihçesi

İnsanlık tarihi boyunca, duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, farklı topluluklarda ve farklı çağlarda, değişik mitolojilerde ve farklı dinlerde yer almıştır. Ruhsal rahatsızlıklara bağlı hastalıkların, çağına özgü bilimsel yaklaşımla adlandırılma ve sınıflandırma çalışmaları Hipokrat'la başlamış, günümüze kadar dört çağ içinde gelişmiştir (49).

Depresyon ruhsal rahatsızlıklar arasında en eski tanımlardan biridir (50). İlk çağlarda toplumlar depresyonun kendilerine “işkence” etmesine yol açan “kötü bir ruh” tarafından yaratıldığına inanmışlardır. Eski Yunan toplumunda Galen, Celsus ve Hipokrat gibi bilginler bütün duygusal durumlardan beynin sorumlu olduğunu ileri sürmüşlerdir (51). MÖ 400 yıllarında Hipokrat bazı ruhsal bozukluklar için ‘Melonkoli’ ismini kullanarak bugünkü depresyon benzeri bir tabloyu tanımlamıştır (4,49,52). Hipokrat’tan yaklaşık 500 yıl sonra Areteus melonkoli ve depresyon arasındaki ilişkiye değinmiş ve bu bozukluğun epizodik niteliğini fark etmiştir (1,50). Daha sonra Aretaeus, Soranus ve Galen tarafından mani ve melankolinin değişik tanımlamaları yapılmıştır (53).

19.yy’da Philippe Pinel tarafından ‘depresyon’ kavramı bugünküne benzer şekilde formüle edilmiş ve bu tarihte ilk kez ruhsal bir hastalığı tanımlama anlamında kullanılmıştır (54). 1974 ‘te Alman psikiyatrist olan Karl Leonhard, manik- depresif bozuklukların sınıflandırılmasının temelini oluşturmuştur (4).

2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Ruh sağlığı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar için dönüm noktası olan 1950’li yıllardan itibaren geniş ölçekli çalışmalar ile epidemiyolojik risk faktörleri tanımlanmaya başlanmıştır (51,55). Dünyada ve ülkemizde ciddi sağlık problemlerinin başında gelen depresyon çok yaygın bir hastalıktır (4). DSÖ’ye göre, dünyada yaklaşık 280 milyon insan depresyon geçirmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık olarak %3,8’inde depresyon görüldüğü belirtilmektedir. Yetişkinlerde bu oran %5 düzeyinde olmakla beraber, kadınlarda görülme sıklığının %6, erkeklerde ise %4 düzeyinde olduğu gözlenmektedir. Yaş grubu 60 ve üzerinde olan bireylerde depresyon yaygınlığı ise %5,7 düzeyindedir. Depresyon yaygınlığının erkeklere kıyasla kadınlarda %50 daha yaygın olduğu bilinmektedir. Yaşam boyu depresyon görülme oranı erkeklerde %8-10, kadınlarda ise %17-25 ile yaklaşık iki katı olarak belirtilmektedir (2). Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte endokrin sistemle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (51).

Avrupa ülkelerinde ruhsal bozukluklar ile ilişkili sağlık sorunlarının %20’sinin temelinde depresyonun olduğu, bazı ülkelerde söz konusu oranın %26 düzeyine kadar yükseldiği rapor edilmiştir. Avrupa Beyin Komitesi tarafından bu konuda yapılan bir değerlendirmede depresyon tahmin edilenin aksine daha eski dönemlerden beri Avrupa Birliği’nde en çok yeti yitimine yol açan bozukluk olduğu belirtilmiştir (1).

Türkiye’de ise ruh sağlığı ile ilgili ilk alan araştırması 1963 yılında Türkiye Akıl Hıfzısıhhası Cemiyeti tarafından 10 bin kişi ile yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veri sağlayan “Ruh Sağlığı Profili” araştırmasına göre en sık rastlanan ruhsal bozukluk major depresyondur ve şehir merkezinde görülme riski daha yüksektir (56). 2011 yılı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı sonuçlarına göre ise “Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları” değerlendirilmesinde, depresyon yaygınlık oranının erkeklerde %6,4 ile ikinci, kadınlarda ise %10,7 ile birinci sırada olduğu rapor edilmiştir (5).

2.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun etiyolojisi belirsizdir. Hastalık için öne sürülen tek bir teori ya da hipotez kesin olarak depresyonu açıklamamaktadır. Bunun nedeni; depresyonun bir sendrom olması ve farklı alt gruplarının olmasıdır (1,4,51). Depresyon; tüm psikiyatrik hastalıklar gibi genetik ve çevresel faktörlerin, bireysel yaşam öyküsünün gelişim sürecinin ve nörobiyolojik nedenlerin birleşimi sonucu ortaya çıkar (51).

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörler depresyon riski üzerinde temel belirleyici olmakla beraber, hastaların birinci derece yakınlarında depresyon görülme riskinin genel nüfusa oranla üç kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (57,58). İkiz çalışmalarında tek uçlu depresif bozukluğun gelişiminde genetik faktörün ciddi düzeyde rolü olduğu belirtilmiştir. Çift yumurta ikizlerine göre, tek yumurta ikizlerinde hastalık görülme oranı 2-4 kat daha fazladır (4).

Nörotransmitterlerin anormal aktivitesi, depresyona neden olmaktadır. Biyojenik âmin hipotezine göre, Norepinefrin (NE), Dopamin (DA) ve Serotonin (5-HT) depresyonda rol oynayan nörotransmitterlerdir. Yakın zamanda bu nörotransmitterlere “Asetilkolin (Ach)” eklenerek bu hipotez genişletilmiştir (51,59). Duygudurum bozukluklarının biyolojik araştırma bulguları, depresyonun bazal gangliyonlar, limbik sistem veya hipotalamus patolojilerinden kaynaklandığını desteklemektedir. Limbik sistem ve bazal gangliyonların nörolojik bozukluklarında depresif belirtiler görülmektedir (1).

Yapılmış bazı çalışmalar; duygudurum bozukluklarının tiroid, adrenal bez ve paratiroid bezlere ilişkin endokrin bozukluklarla birlikte görülebildiğini belirtmiştir (4). Depresyon geçiren çoğu hastada tiroid hormonlarındaki azalıştan kaynaklı TSH’ da artma gözlenir. Bu yüzden uzun süren antidepresan ilaç tedavisinde hastalık tablosunda iyileşme görülmediğinde bu hastaların tedavisi tiroit horman tedavisiyle güçlendirilir. Hormonal değişimlerin psikoz ve depresyon gibi mental sağlık sorunlarına zemin hazırladığı bilinmektedir. Depresyon tanısı alan bireylerin yaklaşık %5-%10’nun tiroid bezlerinde fonksiyon bozukluğu olduğu belirtilmiştir (4,59). Kalsiyum, folik asit, çinko, demir, vitamin b1(tiamin), vitamin B6(pridoksin), vitamin B12 ve potasyumdaki eksiklikler depresyon septomlarına neden olabilir (59).

2.4.2. Psikososyal faktörler

2.4.2.1. Yaşam Olayları

Depresyon gelişmesine neden olan en önemli yaşam olayı anne ya da babanın 11 yaşından önce kaybedilmesidir. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, şehir değişikliği, sevilen birinin kaybı, okuldan mezun olma, yalnızlık, çocuk sahibi olma, iş yaşamındaki olaylar, emeklilik, iş kaybı, sevgi nesnesi yitimi, sağlık sorunları, benliği inciten onur kırıcı durumlarla karşılaşmak gibi durumlar depresyon'un ortaya çıkmasında ve sürmesinde rol oynar (1,55).

2.4.2.2. Psikianalitik Görüş

Psikianalitik görüşe göre depresyonun temelinde kişinin hayatının ilk altı ayında kendisi açısından önemli birinden ayrılması yatmaktadır. Freud'a göre kişi yaşamının ilk yıllarında diğer insanlar ile olan ilişkilerinde düş kırıklıkları (sevilen obje kaybı, kişi için değerli kabul edilen soyut değerlerin kaybı, gerçek bir ölüm) yaşadığında, erişkinlik döneminde ambivalan sevgi ilişkilerinden dolayı depresyon yatkınlığı olur. Yetişkinlik yıllarında gerçek kayıp ya da kayıp tehtidiyle karşılaşmak depresyonu tetiklemektedir (1,60). Freud, gerçekte kaybedilen bir sevgi nesnesi yoksa bilinçdışı imgesel bir kaybın olduğunu belirtmiştir. Kaybedilen kişi introjekte (içe-atım) edilmekte, diğer bir ifadeyle sevilen kişinin tasarımı benlikte saklanmaktadır. Fakat söz konusu kişiye duyulan sevginin yanında bilinçdışında olumsuz duygular öfke, nefret gibi duygularda vardır. Kişi duygularından dolayı kendini suçlu hissederek benlik sayısı düşük olur. Ayrıca kişiye karşı introjekte edilen öfke- agresyon, kişinin kendisine yönelerek intihar davranışlarına neden olur (4).

2.4.2.3. Öğrenme Teorisi

“Öğrenilmiş çaresizlik” modeli Seligman'ın ve Maier'in (1967) köpeklerle yaptıkları deneylerin sonuçları olarak ortaya çıkmıştır. Deneylerde hayvanlar, elektrik uyarana maruz bırakılarak kaçmalarına izin verilmemiştir. Kaçmalarına izin verildiği zaman ise hayvanlar çaresizlikle tepki vermişler ve kaçmak için herhangi bir girişimde bulunmamışlardır (61). İnsanlardaki depresyon hayvanlardaki bu duruma benzetilmiştir. Bu görüşe göre, öğrenilmiş çaresizlik yaşam durumları üzerinde kontrol eksikliği duygusuna neden olarak depresyon riskini arttırmaktadır. Bu kapsamda teori temel olarak öğrenilmiş çaresizliğin kişileri depresyona yatkınlaştırdığı düşüncesini savunmaktadır.

Öğrenilmiş çaresizlik yaşayan kişiler, çocukluk yıllarından itibaren yaşam döngüsü içinde olumsuz uyaranlar karşısında bunlardan kaçamaz, nasıl kurtulacağını bilemez ve çaresiz kalırlar, çabalamanın gereksiz olduğunu öğrenmişlerdir. Bu kişiler genellikle kendilerini çaresiz hissettikleri için depresyona girme eğilimleri yüksektir (62,63).

2.4.2.4. Bilişsel Teori

Beck ve arkadaşları (1979) yaptıkları çalışmalarda depresyon oluşumunda asıl rahatsızlığın affektif olmaktan ziyade bilişsel faktörlerden kaynaklandığını ortaya koymuşlardır (51). Araştırmacılar duygudurum bozukluğunun temelde bilişsel bozukluğa ikincil olarak geliştiğini ifade etmişlerdir. Bu teoriye göre insanların duyguları sahip oldukları düşüncelere göre ortaya çıkmaktadır (64). Beck ve arkadaşlarına göre, depresyona girme eğilimi yüksek olan kişilerde yaşamın ilk yıllarından başlamak üzere geleceğe, kendisine ve dış dünyaya karşı yerleşmiş olumsuz kavramlar bulunmaktadır. Söz konusu olumsuz kavramlar zaman içerisinde giderek olumsuz düşüncelere, yargılara ve tutumlara zemin hazırlamaktadır. Bu düşünceler genellikle birey farkında değilken otomatik olarak akla gelmektedir. Dolayısıyla bu düşüncelerin çarpıtılmış, gerçekleri yansıtmayan, engelleyici ve depresyona neden olan düşünceler olduğu ifade edilmiştir (65,66).

2.4.2.5. Nesne İlişkileri Teorisi

Klein'in nesne teorisi temel olarak nesnelerin dürtülerin doyumunu sağladıkları sürece önem kazandığını, nesnenin sevgi yoluyla korunması ve onarılması gerektiğini savunmaktadır. Bu teoriye göre, bazen sevdiği annesinin (ödüllendiren, "iyi" nesne), bazen de nefret beslediği annesinin (engelleyen, "kötü" nesne) temelde aynı ve bir ("bütün" nesne) olduğunu öğrenmektedir. Bunun neticesinde çocukta tutarlı bir benlik temeli olan "içsel iyi bir nesne" algısı gelişmekte, bu algı düzeyinin gelişmiş olması yetişkinlik yıllarında depresyona girme eğilimini azaltmaktadır. Buna karşılık çocuğun iyi ve kötü iki parçayı (parça nesne) bütünleştirememesi durumunda hayatının ilerleyen evrelerinde "infantil depresif durum"u ortaya çıkmaktadır (1,67).

2.5. Depresyonda Belirti ve Bulgular

2.5.1. Genel Görünüm ve Davranış

Depresif hastada yüz çizgileri genellikle belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökük, ağız kenarında çökkünlük, kambur duruş, başları öne eğik, yüzünde üzüntülü bir

ifade ve donukluk, göz kırpmalarında yavaşlama, bakışlarda sabitleşme, sürekli yere bakma, hareketlerde yavaşlama, kendiliğinden davranmama, tedirginlik, şaşkınlık görülür. Bu hastalarda öz bakım azalmış olabilir bunun yanında hastaların hareketlerinde genel bir yavaşlama ve durgunluk görülebilir (48, 49, 68,69).

2.5.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşma, ilişki kurma ve yanıt almada güçlükler görülebilmektedir. Hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda ilişki kurmada sıkıntı olmayabilir ama ağır depresyonlu bireylerde konuşma alçak tonda ve yavaştır. Konuşulduğunda yanıt almakta güçlük görülebilir. Depresif stupor durumunda hiç konuşmama (mutizm) görülebilir. İlgisiz, duygusuz gibi görünebilirler, ilişki kurmak zor olabilir (70,71,72).

2.5.3. Duygulanım

Duygulanımda, derin bir üzüntü (çökkün duygudurum) vardır. Hastalar kolay ve sık ağlamaktan şikâyet edebilirler. Ağır çökkün duygudurumda bazı duyguların yoğunluğu çok fazla olduğu için başka duyguların yaşanması engellenir (73). Depresyondaki kişilerin çoğu olan biten olumsuz durumlardan kendisini sorumlu tutarak, kendini değersiz ve suçlu olarak görür. Hasta zamanla çok gergin ve giderek huzursuz kolay kızan birine dönüşebilir. Coşkusunun kaybolduğunu ve kendisini coşkulandırmadığını, her şeyden çok sıkılmış olduğunu ifade edebilir. Eskiden zevk aldığı etkinliklerden zevk alamaz ve bu etkinliklere karşı ilgisi kalmamıştır (73,74).

2.5.4. Bilişsel Yetiler

Hastanın bilinci açıktır fakat çökkünlüklerde bilinçte sislenme olabilir. Kişiye, yere ve zamana yönelim bozukluğu bulunmamaktadır. Bazı hastalarda görüşme esnasında sorulara cevap vermede bile güçsüzlük ya da sorulara karşı ilgisizlik görülebilmektedir. Hastalar çoğunlukla unutkanlıktan şikayetçi olurlar fakat bu gerçek bir bellek bozukluğu ile ilgili değildir. Dikkat azalmasına bağlı olarak oluşur (74,75). Düşüncelerini ve dikkatini belirli bir konu üzerinde toparlayamama ya da yoğunlaştıramama belirtisi sıklıkla görülmektedir. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Kimi hastalarda yanılsama, depersonalizasyon, beden görünümü algısında değişiklik, derealizasyon ve halüsinasyon (belirgin varsanı) görülebilir. Bazı hastalarda seyrek olarak suçlayıcı ve aşağılayıcı tarzda işitme varsanıları olabilir. İşitsel varsanı hastanın özkıyım eylemini gerçekleştirmesine neden olabilir. Görme ve koku alma varsanıları da görülebilir (76,77).

2.5.5. Düşünce Süreci ve İçeriği

Depresyon hastalarında düşünce hızında yavaşlama görülmektedir. Hasta genellikle düşük bir ses tonuyla hem yavaş hem de zorlukla konuşma eğilimindedir. Hastaların %10'unda “blok” olarak ifade edilen düşünce sürecinin durması söz konusu olmakla beraber, ağır düşünce içeriği yoksunluğu, ağır çevresel konuşma belirtileri ve konuşma azlığı gözlenebilir (1). Kendileri ve dünya hakkında genellikle olumsuz düşünceleri vardır. Değersizlik, suçlanma ve işe yaramama düşüncesi kendini cezalandırma beklentilerine yol açar. Ölüm ve özkıym düşünce olabilir. Çekilen acılardan kaçış ya da yaptıkları yanlışlardan dolayı hak edilmiş bir ceza olarak görürler. Kötülük görme beklentileri ağır durumlarda kötülük görme sanrılarına dönüşebilir. Çökkün hastalarda bedensel yakınmalar ve hipokondriyak uğraşlar bulunur. Takıntı ve sürekli üzüntü çektiklerine ilişkin düşünceleri ve fobileri olabilir. İşleri, aileleri, para durumu ve sağlık durumları hakkında kuruntuları olabilir. Kendilerini başkalarının mutsuzluğuna sebep olmuş gibi algılayabilirler. Konulara karamsar ve umutsuz yönleriyle bakarlar (74,78,79).

2.5.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Çoğu depresyon hastasında yemek yeme isteği azaldığı için kısa sürede zayıflama olabilir. Kimi hastalarda ise aşırı yemek yeme ve kilo alma olabilir. Genellikle hastalar çabuk yorulmaktan, halsizlik güçsüzlük ve enerji azlığından şikâyet ederler. Bir şey yapmadan kendilerini yorgun, halsiz ve bitkin hissederek. Çoğu hastada uyku bozukluğu görülür (78). Bu hastalarda genellikle uykunun sirkadiyen ritmi bozulur, sık sık uyanma, erken uyanma, uykuya dalmada zorluk ve hipersomni görülür. Uyku bozukluğu kimi hastalarda uykuya aşırı eğilim şeklinde görülebilir. Hastalarda iştahsızlık, sindirim sisteminde yavaşlama belirtileri, konstipasyon, cinsel istek kaybı sık görülen belirtilerdir. Yaşamın her alanına karşı genel bir isteksizlik ve zevk alamama görülebilir (78,79, 80).

2.6. Depresyonda Tanı ve Sınıflandırma

DSM 5’de majör depresyon bozukluğu tanımı ve kriterleri şu şekilde ifade edilmektedir:

A. “Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıda ifade edilen belirtilerin beşi (veya daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini kaybetme ya da zevk almamadır.

1. Günün büyük bir bölümünde neredeyse her gün çökkün duygudurum vardır
2. Etkinliklere karşı zevk alamama ya da ilgide belirgin azalma

3. Diyet yapmazken iştahta veya kiloda neredeyse her gün artış ya da azalma
4. Neredeyse her gün uyumakta zorlanma veya çok fazla uyumak
5. Neredeyse her gün psikodevinsel yavaşlama ya da kışkırtma
6. Neredeyse her gün enerjisizlik ve bitkinlik varlığı
7. Neredeyse her gün uygun olmayan suçluluk duyguları ya da aşırı değersizlik
8. Neredeyse her gün karar vermekte zorlanma veya düşüncelerini bir konuya yoğunlaştıramama
9. Yineleyici ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimi veya tasarısı

B. Söz konusu belirtiler klinik açıdan ele alındığında belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli işlevsellik alanlarda bozulmaya zemin hazırlamaktadır.

C. Bu belirtiler genel tıbbi bir durumun etkilerine veya bir madde kullanımının bağlı değildir (81)”

2.7. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisini planlarken amaçların belirlenmesi gerekir. Amaçlar ne kadar iyi belirlenirse, tedavi o düzeyde iyi olur. Depresyon tedavisinde amaç, belirtilerin tam olarak yatışmasını sağlamanın yanı sıra hastanın yaşamdaki ve toplumdaki işlevselliğini kazandırmaktır (82,83). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından tavsiye edilen tedavi kılavuzuna göre depresyon tedavisi üç fazdan oluşmaktadır. Bunlar; Akut faz remisyonun sağlandığı faz, devam fazı remisyonun korunduğu faz ve sürdürüm fazı hastayı yeni bir depresyon dönemine karşı korunmanın amaçlandığı fazdır. Depresyon tedavisinde sadece medikal tedavi uygulanabilir ya da farklı durumlarda kombine tedaviler yapılabilir. Depresyon tedavisinde medikal tedavi, Elektro Konvulsif Tedavi (EKT), psikoterapi, ışık terapisi gibi yöntemler kullanılır (74,84).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

Depresyon tedavisinin akut evresi iki dört ay arasındır. Bu evrede depresyonun belirti ve bulguları yatıştırılır. Belirti ve bulguların yatıştırılması sağladıktan sonra, tedavinin bir sonraki evresine geçilir. Bu evre sürdürme tedavisi olarak adlandırılır. Burada hastalığın depreşmesini önlemek amacıyla hastaya 6-12 ay arası ilaç tedavisi verilir; bu evrede medikal tedavi erken kesilirse hastalığın depreşme olasılığı artar. Özellikle son üç yılda hasta ikiden fazla depreşme dönemi atlattıysa, koruma tedavisine alınmalıdır. Koruma tedavisinin amacı hastalığı tekrarlayan hastayı depresyon dönemlerinden korumaktır

(36,85). Günümüzde depresyon tedavisinde hafif şiddetteki depresyonda psikososyal tedavi seçenekleri yeterliyken orta ve ağır depresyon düzeyinde EKT planlanmıyorsa ilk seçenek antidepresan ilaç tedavisidir. Antidepresan ilaç tedavisi uygulanırken hastanın daha önce ilaca verdiği yanıt, ilacın olası yan etkilerine, birinci derece akrabalarının ilaca verdikleri yanıt ve eşzamanlı ruhsal bozukluk olup olmadığına göre karar verilir (86). Depresyonun farmakolojik tedavisinde antidepresan olarak kullanılan ilaç grupları:

2.7.1.1. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

En yaygın kullanılan antidepresan grubu SSRI'lar (sitalopram, sertralin, fluoksetin ve fluvoksamin) dır. Depresyon tedavisinde ilk olarak fluoksetin kullanılmış ve onaylanmış diğer ilaçlar zaman içinde geliştirilip onaylanmıştır. SSRI'ler en önemli ortak farmakolojik etkinliklerini 5-HT geri alımını inhibe ederek gösterirler. SSRI'lar genel olarak, 5HT1A ve 5-HT2 reseptör yoğunluğunu dengeler. SSRI'lar, serotonin geri alım inhibisyonunu trisiklik antidepresanlardan daha güçlü ve seçici şekilde yaparlar. SSRI'lar yerinde duramama, huzursuzluk, uyku sorunları, ağız kuruluğu, diyare, kilo artışı, karaciğer enzimlerinde yükselme, kan basıncında yükselme, cinsel fonksiyon bozuklukları gibi yan etkileri olabilir (87,88).

2.7.1.2. Triksiklik Antidepresanlar (TCA)

İlk kez 1959'da majör depresif bozukluk için TCA'lar piyasaya sürülmüştür (Dopheide,2006). Günümüzde Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmak üzere onaylanmıştır. FDA onayına sahip TCA'lar arasında amitriptilin, amoksapin, doksepin, desipramin, nortriptilin, protriptilin, imipramin ve trimipramin yer alır. Trisiklik antidepresanlar noradrenalin ve serotonin geri alım pompalarını, çok az da dopamin geri alım pompalarını inhibe ederek etki göstermektedir. TCA'lar, antikolinerjik aktiviteleri ve doz aşımı için daha düşük eşikleri nedeniyle daha önemli yan etkilere neden olurlar (89). TCA'lar idrar yapma zorluğu, baş dönmesi, yakındaki nesnelere odaklanma güçlüğü, kabızlık, terleme, özellikle doz aşımı sonrası kalp üzerindeki etkileri, kilo artışı ağız kuruluğu, cinsel işlev bozukluğu gibi yan etkileri olabilir (90).

2.7.1.3. Monoaminoksidaz (MAO) İnhibitörleri

İlk geliştirilen antidepresanlar MAO inhibitörleridir. Psikiyatrideki birçok keşifte olduğu gibi, geri dönüşümsüz monoaminoksidaz (MAO) inhibitörlerinin (MAOI'ler) kullanımı

şans eseri başlamıştır. 1950'lerin sonlarında tüberkülozu olan hastalar monoamin oksidaz inhibitörü (MAOI) iproniazid ile tedavi edilmekteydi. İlacın tüberkülozda etkisiz olduğu kanıtlanmasına rağmen ilacı alırken hastaların duygu durumlarında belirgin bir düzelme gösterdikleri ortaya konmuştur (91). Monoamin oksidaz (MAO), nöronal olmayan hücrelerin ya da nöronal hücrelerin dış mitokondriyal zarında bulunan bir enzim olarak karşımıza çıkmaktadır (92).

MAO'nun iki izoformu mevcuttur: MAO-A ve MAO-B. MAO enzimleri, endojen ve ksenobiyotik aminlerin oksidatif deaminasyonundan sorumludur ve farklı bir substrat tercihin, inhibitör özgüllüğüne ve doku dağılımına sahiptir. MAO inhibisyonu, endojen ve eksojen substratların birikmesine izin verir ve böylece noradrenalin, serotonin veya dopamin gibi düzenli monoamin vericilerinin dinamiklerini değiştirebilir. MAO inhibitörleri esas olarak psikiyatride depresif bozuklukların tedavisi için kullanılmıştır ancak sonraki yıllarda, MAO inhibitörlerinin önemli yan etkilerinden kaynaklı giderek daha az sayıda hasta tedavi edilmiştir (91,92).

2.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

1938'den beri modern psikofarmakolojiden önce gelen EKT eşsiz bir tedavi yöntemidir. Depresyon tedavisinde önemli bir seçenek olan EKT ile beyne elektrik akımı uygulanarak grand mal (jeneralize) epileptik nöbet oluşturulması sağlanır. EKT'nin terapötik cevabı etkileme mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Birçok araştırmacı, elektrik stimülasyonun birkaç nörotransmitterin dolaşımdaki düzeyinde anlamlı miktarlarda artışlara yol açtığını göstermişlerdir. Bu nörotransmitterler; antidepresan ilaçlarla etkilenmiş olan aynı biyogenik aminler olan serotonin, norefinefrin ve dopamindir. EKT kullanımı antidepresanların keşfedilmesiyle azalmıştır. EKT depresyon tedavisinde, özellikle intihar riski yüksek hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır (93,94,95).

2.7.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

1950'lerin sonu ve 1960'ların başında, Aaron Temkin Beck depresyon için kısa süreli, yapılandırılmış, “şimdiki zaman odaklı” olan işlevsiz davranış ve düşünceleri değiştirmeye yönelik BDT'yi tasarlamıştır. Bu psikoterapi uygulaması ilk geliştirdiği dönemde Epictetus'tan, Karen Horney, Albert Ellis, Richard Lazarus Alfred Adler, Albert Bandura ve Georga Kelly gibi birçok kuramcından faydalanmıştır. BDT, düşüncelerimiz doğrultusunda duygularımızın ve davranışlarımızın şekillendiğini vurgulamaktadır. Bu terapiye göre bireyin duyguları üzerinde belirleyici olan şey olayın kendisi olmamakla

beraber, asıl neden bireyin düşünce yapısına göre olaya yüklemiş olduğu anlamdır (50, 96). Bu kapsamda BDT uygulamalarının temel amaçlarından biri sahip olunan yanlış düşüncelerin doğru düşüncelerle yer değiştirmesine destek olmaktır. Bilişsel Terapi'ye göre, psikiyatrik bozukluğu olan bireyler düşüncelerini değerlendirmeyi öğrendiklerinde duygudurum ve davranışlarında iyileşmeler meydana gelmektedir (96).

BDT'de danışanlar sorun çözme ve akılcı düşünme gibi daha işlevsel bilinçli düşünme işlemleri yapmaya yönlendirilirler. Danışanlara sağlıklı düşünce biçimini tanımlarını ve bu düşünce biçimini değiştirmeleri için yardımcı olunur (15). Bu düşünceler şemalar ve kendiliğinden ortaya çıkan otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşünceler bilinçdışı algıyla farkında olunsan bile hızla zihnimizden geçen, akılcı bir çözümlemeleri yapılamayan düşüncelerdir. Şemalar kurallar ya da kalıplar gibi işlev gören bilgi işlemenin altında yatan kökleşmiş yerleşik inançlardır. Bu inançlar kişilerin çevrelerinden edindikleri bilgileri elemeye, süzgeçten geçirmeye ve anlamlar yüklemeye yararlar (40,97,98,99).

2.7.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapide Düşünce Hataları

Felaketleştirme (Geleceği okuma): Muhtemel olabilecek diğer tüm sonuçları hesaba katmadan geleceği hep olumsuz olarak öngörmedir. Çalıştığı bir konuyu anlamayan bir kişinin, “boşuna çalışıyorum” diye düşünmesi örnek olarak verilebilir. Bu teknik aynı zamanda “olsa ne olur?” şeklinde de bilinmektedir. Olabilecek en kötü şekli hakkında hastaya sorular sorularak hastaların yaşamdaki eylemlerin sonuçlarını genelde “hep veya hiç” olmadığını görmelerine yardımcı olunarak daha az yıkım oluşmasını sağlamaktır.

Duygusal çıkarımlarda bulunma: Gerçeği yorumlamada duyguların rehberlik etmesine izin verme durumudur. Epeyce başarıları olan birinin hayatına bakıp, “yaptığım bazı şeyler var ama kendimi çok başarısız hissediyorum” diye düşünmesi örnek olarak verilebilir.

Ya hep ya da hiç biçiminde (İkili) düşünme: Bir şey çok iyi değilse çok kötü olarak düşünülür. Bir şey ya tam olmuştur ya da hiç yoktur; iki ucun arasındaki noktalar görülmez.

Seçici soyutlama: Bağlamdaki diğer her şeyin göz ardı edilerek bir ayrıntının bağlamdan çıkarıldığı ve inanıldığı bir tür bilişsel önyargı.

Keyfi çıkarsama: Kişinin hayatında o sonucu destekleyen yeterli kanıt olmadan veya hiçbir kanıt olmadan bir sonuca varma süreci. Arkadaşının olumlu sözlerini ilgi yerine acıma belirtisi olarak görmesi.

Etiketleme: Daha uygun, gerçekçi sonuçlar çıkarabilecek olmasına rağmen kişinin belli bir davranış veya durumdan yola çıkarak etiket yapıştırması. Yanlış yapan birinin “Ben ne kadar salağım” diye düşünmesi örnek olarak verilebilir.

Küçümseme veya büyütme: Kişinin herhangi bir şeyi olduğundan çok daha büyük ya da küçük görmesi durumudur. Burada birey yaptığı işleri küçümseyip değersizleştirirken, hatalı olarak değerlendirdiği davranışlarını ya da bizzat hatalarını abartmaktadır. “Yazılıdan 80 aldım, 80’i herkes alabilir ve çok berbat bir not, bu not bir başarı göstergesi değildir ” diye düşünüp (büyütme) örnek olarak verilebilir.

Zihin okuma: İnsanlar bizim ne düşündüğümüzü bilir ve bizde onların ne düşündüğünü biliriz şeklindeki düşüncedir. Ortada yeterli kanıt olmamasına rağmen başkaların ne düşündüğüne dair varsayımlarımızdır. Arkadaşına attığı mesaja cevap alamayan birinin, “Sustuğuna göre demek artık benimle görüşmek istemiyor” diye düşünmesi örnek verilebilir.

Aşırı genelleme: Sadece bir olaydan hareket ederek çıkarımlarda bulunma ve genel kurallar oluşturma kızarkadaşından ayrılan birinin “Artık hiç kimse beni sevmeyecek”, sonucunu çıkarması örnek verilebilir.

Kişileştirme: Kişinin olayları kendisiyle bağlantılı olarak açıklaması. Bu her zaman benim hatam diye düşünmesi örnek verilebilir.

“-meli,-malı” ifadeleri: Bireyin kendisinin ve diğer insanların nasıl davranması konusunda sabit fikirleri söz konusu olmakla beraber, bu fikirlerin gerçekleşmemesi durumunda oluşabilecek kötü sonuçları büyütmesi. Üniversiteye gitmek isteyen öğrencinin “Bu sene mutlaka üniversiteye gitmeliyim” ,“Başarısız olmamalıyım” diye düşünmesi. Bu düşünce özelliğinde kişi mutlaka bir biçimde olması gerektiğini ve tersinin kabul edilemeyeceğini savunur (8,11,100).

2.7.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri

Terapötik İlişki ve Tedavi Motivasyonu: Psikoterapi uygulamaları temelde bireye uygulanan bir süreç değil, kişi ile beraber yürütülmesi gereken bir uygulama olduğu için psikoterapi ile hedeflenen başarının yakalanması için gerekli ön koşulların sağlanması

önemli bir konudur. Bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında sağlanması gereken ön koşulların başında bireyin duygusal, sosyal, davranışsal ve düşünsel açıdan her şeyin farkında olduğunun düşünülmesi, bireyde değişmesini istediği bir özelliği ya da sorunu olması ve terapistin önerdiği uygulama ile terapistte yardımcı olacağını kabul etmesi gelmektedir.

Değişim Aşamaları: Psikoterapi sayesinde hedeflenen değişimin sağlanabilmesi için bireyin herhangi bir sıkıntı ya da problemi olduğunun farkında olması, bu sıkıntı ve sorunun azalacağına ya da ortadan kaldırılacağına inanması, önerilen yardım biçiminin söz konusu değişiklikleri sağlayabileceğine inanması, bunun yanında klinisyenin söz konusu değişiklikleri yapabilmesi için gerekli olan becerileri ona öğretebilecek yetilere sahip olması gerekmektedir.

Terapiye Dönük Motivasyon: Kendisinde herhangi bir sorun bulunmadığını düşünen kişiler ile değişim istemeyen bir kişinin terapistte yardımcı olabilmesi mümkün değildir. Tedavi sürecinin ilk aşamasında özel hasta grupları üzerinde tedavi motivasyonunun netleştirilmesi ve değişim yükünün hasta ile paylaşılması hastayı istememesine rağmen değiştirmeye çalışan birisi konumundan çıkmamızı sağlamaktadır.

Yardımlaşmacı Deneycilik : Terapi sürecinde ilişkinin iyi bir biçimde yürütülmesi için dikkat edilmesi gereken konuların başında kendimizi danışman yerine koyabilme, hasta tepkilerinin kendi anlayışımıza uygun olmamasının muhtemel bir durum olduğunu kabullenme, hastanın bizi yanlış anlayabileceğini göz önünde bulundurma, hastanın bizi yanlış ya da önyargılı olarak görebileceğini düşünme, bizim bazı tepkilerimizin kendimiz ile ilgili olabileceğini göz önünde bulundurma, ilişkide toleranslı bir liderlik rolü oynama, her insanın bireysel gelişim ve olgunlaşma potansiyeli olduğu inancına sahip olma gelmektedir.

Psikoterapide Eşduyum (Empati) ve Nesnellik: Eşduyum olgusu temelde kendisini hastanın yerine koyarak hastanın tutum ve duygularını anlama çabası; nesnellik olgusu ise hastaya ve hastanın sahip olduğu sorununa karşı nesnel olmayı ifade etmektedir (8).

2.7.3.3. Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler

Bilişsel terapi; bilişsel teknikleri, sorun çözme tekniklerini ve davranış tekniklerini kullanır. Bilişsel terapi modeli kapsamında uygulanan tekniklerin temel amacı hastanın

hatalı davranış ve düşüncelerini düzeltmek suretiyle çarpıtılmış inançları ortaya çıkartılması ve işlevsel olmayan inançların değiştirilmesidir (8,11,101).

Sokratik Sorgulama: Bir seri soru yardımıyla danışanın aslında bildiği ancak o anda içinde bulunduğu duygudurumdan kaynaklı farkındalığının dışında olan bilgiyi yüzeye çıkararak farkına varması sağlanılır (102).

Otomatik Düşüncelerin Tanımlanması ve Açığa Çıkarılması: Otomatik düşünceler kişinin zihninden belli bir anda hızlıca geçen düşünceler veya imgelerdir. Düşünceler hızlı olduğu için kişi bunların farkında olmayabilir. Otomatik düşüncelerine erişebilmek için kişiye o sırada ‘‘Aklından neler geçiyordu? Neler düşünüyordun?’’ tarzında sorular yönlendirilir. Kişinin farkındalık kazanması için durumu gözünde canlandırma, kayıt tutma gibi yöntemler kullanılabilir (102).

Otomatik (Anlık) Düşünce Kaydı Tutulması: Otomatik düşüncenin temelde ne olduğu seans sürecinde örneklendirildikten sonra kişiye otomatik düşünce formu verilmektedir. Bu form ile bireyde kötüleşme meydana geldiği zaman ilk fırsatta o esnada olup bitenleri forma kaydetmeleri istenmektedir. Form temel olarak danışanın olay olduğu esnada ya da yakın bir zamanda durumu kaydetmek suretiyle daha kolay hatırlamasına destek olmaktadır (102).

Üç Soru Tekniği: Bilişsel davranışçı terapi uygulama sürecinde temel hedeflerin başında bireyin sahip olduğu uyumsuz inanç ve düşünceleri fark etmesini sağlama gelmektedir. Terapide bu amaca ulaşmak için kişiye birtakım sorular yöneltilmektedir. Kişinin söz konusu inançları sorgulaması için kendisine yöneltilmesi gereken üç soru bulunmaktadır. Bu sorular: **“İnancı desteklemekte olan ya da desteklemeyen temel düşünceler nelerdir?”**, **“Olayda alternatif açıklamalar nelerdir?”**, **“Olayın yaşanmış olması durumunda gerçek sonuçları neler olurdu?”** şeklinde sıralanmaktadır (9,103).

Kanıt İnceleme Tekniği: Olumsuz düşünceyi desteklemekte olan ya da desteklemeyen gerçek-nesnel kanıtların incelenmesine dayanmaktadır. Olumsuz düşüncenin gerçeklik ile çeliştiğini ve olaylara daha gerçekçi bir biçimde bakmaya dayanmaktadır (8,11).

Çifte Standart Tekniği: Bu teknikte ‘bir arkadaşının başına gelse ona ne derdin’, şeklinde sorular sorarak kendisine karşı nesnel değerlendirme yapamayan kişinin başkasının perspektifinden düşünmesi sonucu daha gerçekçi işe yarar değerlendirmeler yapması sağlanır (8,11).

Faaliyetlerin Planlanması: Bu teknik ile temel olarak terapistin danışan aktivite düzeyini geliştirmesi hedeflenmektedir. Özellikle depresyonun tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu aşamada terapist danışanı ile beraber danışan için günlük (saat şeklinde) olacak biçimde aktivite program çizelgesini hazırlaması söz konusudur. Söz konusu aktivite türleri arasında genellikle zevk alınan etkinlikler, bireyin sosyal yaşamına yönelik terapi uygulamaları, fiziksel egzersizler ve ev ödevleri bulunmaktadır. Bu teknik ile iki temel amaca ulaşılması hedeflenmektedir. Bu amaçlar; danışanın genellikle yapmaktan çekindiği etkinlikleri yapma potansiyelini arttırmak ve etkinliğe başlama noktasında vereceği karar sorununu ortadan kaldırmaktır. Bu tekniğin uygulama aşamasında danışan tarafından yapılan etkinliklerdeki yeterlik düzeyi ve aldığı zevk 0-10 arasındaki bir skala vasıtasıyla puanlanmaktadır. Bu puanlamayla beraber hiçbir şey başaramayacağını düşünen depresyon hastaları, etkinliğin öncesi ve sonrasındaki farklılığı görerek kendi başarılarını kanıtlamış olmaktadır (103).

Maruz Bırakma (Exposure) ve Tepki Önleme: Bilişsel terapi uygulamalarında kullanılan en etkili davranışçı tekniğin “Maruz bırakma ve tepki önleme tekniği” olduğu görülmektedir. Kişi korkulan durum veya uyarıcıya karşı maruz bırakma teknikleri yardımıyla sistematik ve kontrollü olarak yüzleştirilir. Bu teknik uygulanırken kişiye sıkıntı veren durum ve nesnelerin listesi çıkarılır. Sonrasında durumların ne kadar sıkıntı verdiğine dair hasta tarafından sıralandırma yapılmakta ve orta düzeyde sıkıntı veren bir durumla maruz bırakma tedavisi gerçekleştirilmektedir (8,11).

Aşamalı Etkinlik Planlaması: Aşamalı etkinlik planlamasında kişi ilk olarak yapması gereken eylemlerin bir listesini çıkarmaktadır. Daha sonra listede yer alan davranışlardan birini seçerek bu işin yapılabilmesi için hangi adımları atması gerektiğini saptamaktadır. Kişi karşılaşılabileceği her bir adımda olası zorlukları yazmakta bu adımlar ile ilgili yapabileceklerini düşünmektedir. Terapist bu süreçte danışana, “Uygulamaya birinci adımdan başlayın ve sadece o adıma odaklanın”, “Başardığınıza odaklanın, yaptığınız şeyleri yok sayan veya küçümseyen olumsuz düşüncelere dikkat edin” biçiminde öneride bulunur (8,11).

Gevşeme Teknikleri: Stres, öfke, anksiyete yüzünden bedeninde gerginlik hisseden kişilerde özellikle kaygı ile baş etmede kullanılan bir tekniktir. Temel dayanak noktası anksiyete kaynaklı oluşan kas gerginliğidir. Kademeli bedensel gevşeme, derin nefes alıp verme, imgesel gevşeme gibi çeşitleri vardır (39,102). Bu tekniklerin tek başına kullanılması mümkün olmakla beraber, diğer bilişsel teknikler ile birlikte de kullanılması

söz konsudur. Gevşeme teknikleri hem bireysel hem de grup etkinlikleri şeklinde yapılabilir (39).

Rol Oynama Tekniği: Rol oynama tekniğinde seanslarda bireyin diğer insanlar ile olan ilişkilerinde sahip olduğu duygu ve düşünceleri daha aktif ifade etme becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Yine bu teknik sayesinde kişilerin endişe duydukları ya da korktukları konulara yönelik verebilecekleri işlevsel tepkiler terapistin de destek ve teşviği ile öğrenmeleri sağlanmaktadır (8,11).

2.8. Depresyon Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Kullanımı

Beck'in ortaya attığı depresyonun bilişsel kuramının getirdiği en büyük yenilik o zamana kadar duygudurum bozukluğu temelinde tanımlanan depresyonun ayırıcı özelliğinin düşünce bozukluğu olduğunu söylemesidir. Depresif hastaların hepsi düşünsel olarak aynı paradigmayı paylaşır: “Ben yetersizim, etrafım bana yardımcı değil, geleceğim karanlık” (104). Beck depresyonda olumsuz üçlü (işlevsel olmayan varsayımlar, sistematik hatalar ve otomatik düşünceler) üzerinde çalışmıştır. Bilişsel davranışçı terapide amaç depresyon hastalarında depresif duyguduruma yol açan bilişlerin belirlenmesi ve değiştirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar ve temel inançların belirlenmesi amacıyla düşünceler kaydedilir. Saptanan bilişsel çarpıtmalar yerine uyuma yönelik ve daha rasyonel düşünceler getirilir. Tedavide hedef gözlenebilir davranışlardır (39).

Yapılmış birçok çalışmada bilişsel davranışçı terapinin depresyondaki etkinliğini göstermektedir (13,14,15). Meme kanseri olan kadınlarda bilişsel davranışçı terapinin etkililiğinin araştırıldığı çalışmaları inceleyen bir derleme çalışmasında yapılan literatür incelemesi sonucunda bilişsel davranışçı terapi tedavisinin meme kanseri kadınların depresif belirtilerinde etkili olduğuna dair bulgular rapor edilmiştir (105).



Şekil 2.1. Depresyonda BDT Aşamaları (40)

2.9. Bilişsel Davranışçı Terapide Psikiyatri Hemşireliği

Bilişsel davranışçı terapide öncelikli amaç birey için sorun yaratan düşüncelerin tanımlanmasıdır. Sorun yaratan düşünceler tanımlandığında düşüncelerin birey üstündeki etkisi de tanımlanabilir. Psikiyatri hemşiresi işlevsel olmayan çarpık ve hatalı düşünceleri hastanın görebilmesinde hastaya yardımcı olur. Psikiyatri hemşiresi; BDT'yi uygularken bireyin düşüncelerini, duygularını ve hareketlerini değerlendirir, ulaştığı verilerle beraber problemin sıklığını, yoğunluğunu ve süresini de değerlendirdikten sonra davranış çözümlemesi yaparak hastayla ilgili daha fazla bilgiye ulaşmaya çalışır (39).

Psikiyatri hemşiresi BDT esnasında hastayı terapi konusunda bilgilendirmeyi, hastayı baş etme becerileri konusunda geliştirmeyi, hastanın tedaviye uyumunu artırmayı, yeti yitimini önleme ve hastanın fonksiyon yetersizliği ile işlevselliğini hastalıktan önceki durumuna döndürmeyi hedefler. BDT ve hemşirelik süreci, terapist ve hasta arasındaki güçlü işbirliği olması ve hasta merkezli olması açısından benzerlik gösterir. Hem BDT'de hemde hemşirelikte araştırma kanıtları ölçme araçları kanıtlarına dayalı yaklaşım açısından ortak noktayı paylaşırlar (39,40).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde psikiyatri hemşireleri tarafından gerçekleştirilen BDT ile ilgili kazanılan bilgi ve becerilerin hasta bakımına olumlu yansıtıldığı gösterilmektedir (41,42).

2.10. Depresyon Hastalarında Psikiyatri Hemşireliği Bakımı

Psikiyatrik bakım, iyileşme temelli ve birey merkezli model içinde gelişen, ruhsal sağlık sorunlarının kanıt temelli nörobiyolojisi ve psikotrop tedavisini anlama ve bunları hemşire- hasta ilişkisiyle bütünleşmesini sağlayan bir yaklaşımdır. Hastanın iyilik halini artırılması için iyi bir hemşirelik uygulamasının; hastayı merkeze alan, etik, yasa ve değerlerin kesişmesi yaklaşımı içerisinde olunmalıdır (40,106). Depresyon tanılı hastanın bakımında, öncelikli olarak psikiyatri hemşiresi tanılama aşamasında hastanın intihar potansiyeli olup olmadığını ele almalıdır. Psikiyatri hemşiresi depresyon tanılı hastanın kendine yönelik şiddet riskinin hastanede ve toplumda değerlendirmesini yapmalıdır (70,106). Psikiyatri hemşireleri hastayla sürekli bir iletişim halinde olduklarından dolayı depresyon tanılı bireylerin tıbbi tedavisini gerçekleştirirken aynı zamanda hastanın tedaviye uyumunu artırmak için hasta ve hasta yakınları ile işbirliği içerisinde olmalıdır. Depresyon tanılı hastayla birlikte çalışan psikiyatri hemşiresi kendi duygularını tanıyabilmeli, gerçek dışı beklentilerini farkında olabilmeli ve söz konusu durumun hastaya yansımaları önleme amacıyla gerektiği hallerde destek ve yardım alması gerekmektedir. Hasta taburcu olurken psikiyatri hemşiresi; depresyonun tekrarlayabilen bir hastalık olduğu, tedaviden ne beklenildiği ve uzun süre ilaç tedavisinin neden önemli olduğu konusunda hastaları bilgilendirmelidir (70).

2.11. Bir Başetme Yöntemi Olarak Mizah

Psikolojik bir kavram olarak mizah; gülme, gülümseme ya da kıkırdama gibi keyif ve eğlence tepkilerini ortaya çıkaran olay, kişi ya da olguların duyuşsal, bilişsel, davranışsal ve estetik yönlerine işaret etmektedir (18). Mizah; “gülme” şeklinde bir fizyolojik tepki, “neşe/keyif” şeklinde bir duygusal tepki ve “ anlama /kavrama” şeklinde bir bilişsel tepkinin birleşimidir. Bu bileşenlerin hepsi birbiriyle ilişkilidir ve birbirini değiştirmektedir (107). Martin (2003) mizahın, bir uyaranlar bütünü, alışkanlık örüntüsü, estetik tepki, yetenek, beceri, yaradılış özelliği, tutum, dünya görüşü ya da başa çıkma stratejisi olarak ele alınabileceğini belirtmektedir (108). Mizah yoluyla başa çıkma kavramı, stresli durumlarla başa çıkmada bir araç olarak mizah kullanımını ifade etmektedir. Stres yaşantısının, olayların ve koşulların kişilerin bilişsel değerlendirmelerine ve başa çıkma becerilerine bağlı olduğu düşünülmekte, bu sebeple her birey tarafından farklı deneyimlendiği bilinmektedir (21,109).

Psikoterapinin amaçlarından biri danışanın duygu, düşünce ve davranışlarında pozitif yönde değişim oluşturmaktır. Bu üç bileşen üzerinden işleyen mizah, psikoterapinin danışanda pozitif yönde değişim yaratma amacına hizmet etmektedir (107). Bireyin mizah yoluyla baş etme yöntemi sayesinde stres yaratan durumlarda bilişsel olarak kendisini ayırıştırarak olaya uzaktan bakmasını, olumsuz düşüncelerini bırakarak daha olumlu düşünceler ve duygular hissetmeyle beraber olumlu davranış seçenekleri oluşturmalarını sağlar (18). Stres yaratan durumlarda mizah yoluyla baş etme yöntemi sayesinde mesafe koyulabildiği için durum daha az tehdit edici olur ve birey yaşamdaki olumlu görüntülere odaklanarak benlik koruma ve duygu düzenleme işlevine katkı sağlar (110). Mizahı baş etme yöntemi olarak kullanan birey olaylar karşısında şikayet etme yerine mizahı bakış açısı ile daha gerçekçi değerlendirmeler yaparak daha çok sosyal ilişkiler kurar (21). Yapılan araştırmalar olumsuz yaşam olayları karşısında mizahın etkili bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılması halinde fizyolojik, duygusal ve bilişsel açıdan pozitif çıktılar doğurduğunu göstermektedir (21,22).

2.11.1. Mizah Terapi

Mizah, birçok psikolojik danışma yaklaşımında başvurulan güçlü bir terapötik enstrümandır. Freud eserlerinde mizahı, bilinçdışı duyguları ifade etmenin, gerçek duyguları maskeleyen, rahatsızlık veren durumları inkar etmenin aynı zamanda korku ve kaygıdan uzaklaşmanın bir yolu olarak kavramsallaştırmıştır (111). Adler, mizahı kişiler arası ilişkilerin düzenleyicilerden biri olarak görmekte; kişinin bağ kurma kapasitesiyle ilişkilendirmekte ve benlikle bağlantılı olduğunu belirtmektedir. Adler aynı zamanda kahkahanın danışanda özgürleştirici bir enerji yarattığına ve onu mutlu kıldığına inanmakta; zorlukların üstesinden gelmenin en iyi yolunun mizah olduğunu savunmaktadır (112). Terapötik mizah, bireyin mizahı bilinçli ve amaçlı bir şekilde kullanarak düşüncelerinde duygularında ve davranışında hatta fizyolojisinde olumlu terapötik değişim sağlamasıdır. Terapötik mizah, hayatta karşılaşılan saçma ve uyumsuz durumları eğlenceli bir biçimde keşfedebilmeyi, anlayabilmeyi ve açıklayabilmeyi sağlayan, iyilik halini ve sağlığı destekleyen bir müdahaledir (12,107,113). Albert Ellis'e göre kişi kendini bilişsel, duyuşsal ve davranışsal açıdan rahatsızlık içinde bulabilir ve mizah bu üç alanda işlerlik göstererek terapötik değişime yardımcı olur. Böylece mizah etkin bir şekilde kullanıldığında yanlış irrasyonel (mantıkdışı) inanç sistemlerinin zayıflamasına, danışanın eski davranış kalıplarının dışına çıkmasına ve hayatını daha yaşanmaya değer bulmasına katkıda bulunmaktadır (114). Viktor E. Frankl'a göre

terapötik süreçte mizahtan yararlanmak ve insanın mizah yetisini harekete geçirmek önemlidir çünkü mizah insana kendini aşma ve farklı biçimde sunma imkânı yaratmaktadır (115). Terapötik mizah, danışanla güçlü ve sıcak bir ilişki kurulmasına olumlu duygular kazanmasına, kaygısının ve gerginliğinin azalmasına, kendisine mesafe koyarak yaşamına yeniden bakmasına, kendisini kucaklamasına ve zorluklar karşısında kontrolün kendisinde olduğu hissi oluşmasına yardımcı olur. Fakat doğru zamanda ve uygun şekilde gerçekleştirilemeyen mizahi müdahalenin terapötik iş birliğinin bozulmasına; psikolojik danışma sürecinde kaydedilen ilerlemelerin sekteye uğramasına; danışanda terapist ve terapötik süreçte dair şüpheler oluşmasına yol açan olumsuz sonuçları da bulunmaktadır. Terapötik mizahın psikolojik iyilik durumunu olumlu yönde etkilediğini gösteren birden fazla çalışma bulunmaktadır (12,113).

2.11.2. Mizah Kuramları

Geçmişten günümüze kadar tarihsel süreç içerisinde gülmenin ne olduğu konusunda gülmeye anlamlar yüklenmiş ve bu anlamlar farklı bakış açılarıyla ortaya konmuştur. Mizahla ilgili farklı kuramlar öne sürülmüştür. Ancak bütün kuramlar gülme ve mizah tepkisinin sadece bir yönünü açıklamakta hepsine tam bir açıklama getirememektedir (116).

2.11.2.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın öncüsü Sigmund Freud’a göre; her insanda var olan gizli kalmış bir saldırı isteği vardır. Zaman zaman insanlar davranışlarında veya konuşmalarında bu isteklerini açığa çıkarırlar (117,118). Bu kurama göre varlığımız için gerekli olan saldırganlık ve cinsel dürtülerimiz sosyal olarak bastırılmaktadır. “Ben” bunu kabul edememektedir. Mizah baskılanan psişik enerjinin sosyal olarak kabul edilebilir ve zevkli bir biçimde boşalması anlamına gelir. Sonuç olarak bu kurama göre mizah, bastırılmış dürtülerin serbest kalmasından ortaya çıkar (116,117,118).

2.11.2.2. Rahatlama Kuramı

Bu kurama göre mizahın işlevi duygusal rahatlatma yoluyla bastırılmış duyguları veya aşırı gerilimin boşalmasını sağlar. Kahkaha ve neşe, baskı nedeniyle biriken aşırı sinir enerjisinin serbest bırakılmasının bir sonucudur. Ağır gerilim yaşayan bireylerde gerilimin kalkması sonucunda gülme patlaması oluşur. Bu kuramda kuramcılar gülmenin fiziksel ve biyolojik şeklini açıklamaya odaklanmışlardır (17,116).

2.11.2.3. Uyuşmazlık Kuramı

Bu kurama göre bir öykü anlatıldığında zihnimiz ve vücudumuz olacaklar konusunda ön görüşü oluşturarak bunla ilgili beklenti içinde olur fakat öyküdeki beklentiye aykırı olan sapmanın yarattığı uygunsuzluk gülmeye yol açar. Kuram, ilk kez Aristo tarafından ima edilmiştir. Aristo teorisini mizahın “hayal kırıklığı” kuramı olarak adlandırmıştır (17). Bu kuram da; mizah bilindik ve alışıldık olaylarda sıradışı ve beklenmedik bir durumla karşılaşınca oluşmaktadır (17,116).

2.11.2.4. Üstünlük Kuramı

Üstünlük kuramı Plato’dan başlamakta en ağırlıklı olarak Thomas Hobbes’in 1600’lü yıllardaki görüşlerine dayanmaktadır. Hobbes’e göre temelinde gülme başkalarına üstünlükten kaynaklanan bir tepkidir. Üstünlük kuramı bir başkasının aptallığı, yanlışlığı ve şansızlığına güldüğümüz durumları açıklar. Başkalarının şanssızlıklarına ve olumsuz durumlarına, ayrıca geçmişteki kendi aptallıklarımıza güleriz çünkü artık onları aşmış olduğumuz duygusu içindeyiz. Alay, fesat, düşmanlık, aşağılama, garez, ya da üstünlük gibi duygular üstünlük kuramındaki mizah anlayışını karakterize etmektedir. Dalga geçme, alay, küçük düşürücü durum, iğneleyici söz şeklindeki türler bu kuramla yakından ilişkilidir (17,116).

2.11.3. Mizah Tarzları

Mizah içinde bilişsel ve duygusal öğeleri barındırdığından dolayı dinamik doğası ve kullanım biçimlerini anlayabilmek için çok boyutlu bir biçimde kavramsallaştırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Mizah içerdiği unsurlar açısından mutluluk, eğlence gibi duygular kadar öfke, alay, küçümseme gibi duygularıda barındırdığı görülmektedir. Araştırmacılar bundan kaynaklı iki tanesini psikolojik iyi olma açısından olumlu, iki tanesini de psikolojik iyi olma açısından olumsuz diye gruplara ayırmışlardır. Kendini geliştirici mizah, katılımcı (sosyalleştirici) mizah, saldırgan mizah ve kendini yıkıcı (aşağılayıcı) mizah olmak üzere dört çeşit mizah tarzı öne sürülmüştür (108).

2.11.3.1. Kendini Geliştirici Mizah

Mizahın bu boyutunu kullanan kişiler hayata mizahi bir bakış açısıyla yaklaşabilmeyi, hayatın çelişkilerinden keyif alabilmeyi, stresle veya zorluklarla karşı karşıya kaldığında bile mizahi bir perspektif ile bakabilenlerdir. Bu kişiler sıkıntılarından dolayı aşırı üzüntüye ve endişeye kapılmazlar. Kendini geliştirici mizah, bir başa çıkma mekanizması

olarak olumlu bir bakış açısı sürdürür (119). Bu mizah tarzını benimseyen kişiler kendilerine özgü güldürü stillerini geliştirmişlerdir. Hayatın uyumsuz ve saçma yönlerinde eğlence bulup stres kaynakları ve olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkmak için mizahı kullanmaktadırlar (108). Kendini geliştirici mizah özgüven, duygusal iyi oluş, iyimserlik, neşeli olma gibi olumlu duygularla pozitif yönde ilişkili; kötü ruh hali, stres, depresyon ve kaygı gibi olumsuz duygularla negatif yönde ilişkilidir. Sonuç olarak kendini geliştirici mizah pozitif kişilik ile ilişkilendirilmektedir (108,109,116).

2.11.3.2. Katılımcı Mizah

Katılımcı mizah, kişilerarası ilişki ve etkileşimleri geliştirici kendine ve diğer insanlara saygılı bir biçimde kullanılan olumlu mizah tarzıdır (21). Katılımcı mizahta beraber gülmek, eğlenceli öyküler anlatma, grup içi şakalaşma, başkalarını eğlendirme eğilimi baskındır. Bu mizah tarzı yönünden baskın olan bireylerin neşeli, duygusal dengeli, sosyal olarak dışa dönük ve başkalarını düşünen kişiler olduğu belirtilmektedir. Katılımcı mizah tarzı depresyon, anksiyete, korku, ciddiyet ve kötü mizaç ile negatif ilişkili, psikolojik iyi oluş, benlik saygısı, kişilerarası ilişkiler, neşeli olma ile pozitif ilişkilidir. Katılımcı mizah sosyal kayganlaştırıcı rolü ile insanların sosyal ortamlarda kendilerini rahat ve mutlu hissetmelerini sağlar (21,108,116).

2.11.3.3. Saldırgan Mizah

Olumsuz mizah tarzlarından olup kişinin kendi haz ve üstünlük duygularına olan ihtiyacını karşılamak için mizahı başka kişilere karşı uygunsuz biçimde kullanılmasıdır. Saldırgan mizah tarzını kullanan kişiler kendi haz ve üstünlük duyguları için karşı tarafa kırıcı şakalar, tehdit içerikli alaylar kullanma eğilimindedirler. Bu mizah tarzı çoğunlukla karşıdakini aşağılama, eziyet etme, küçümseme, aldatma, zulmetme ve kötüleme amaçlı kullanılabilir. Dolayısıyla bu mizah tarzı sağlıksız mizah tarzı olarak görülmektedir (116).

2.11.3.4. Kendini Yıkıcı Mizah

Kendini yıkıcı mizah olumsuz ve sağlıksız başka bir mizah türüdür. Bu mizah türünde birey kendisini başkalarına sevdirmek ve başkalarının gözüne girmek için kendini aşağılayarak, küçümseyerek veya kötüleyerek eğlenceli şeyler yapmaya ve söylemeye yeltenir. Kişi kendisiyle alakalı küçük düşürme ve alay durumlarına diğerleriyle birlikte güler. İnsanların kendisini kabul etmesi ve sevmesi için sürekli kendi hata ve zayıflıkları

ile ilgili eğlenceli şeyler söylemeye çalışırlar. Kendini yıkıcı mizah tarzını kullanan bireyler eğlendirici ve esprili görülselerde aslında bunun altında yatan duygusal bir boşluk, kaçış ya da düşük benlik algısı bulunur. Kendini yıkıcı mizah, depresyon, sinirlilik, kötü mizaç, saldırganlık, düşmanca tutum pozitif ilişkili; özsaygı, psikolojik iyi oluş, samimiyet ve memnuniyet ile negatif ilişkili olduğu söylenmektedir (108).

2.12. Mizah ve Depresyon İlişkisi

Psikanalitik yaklaşıma göre mizahın, bireyin ruhsal sağaltımında önemli bir yeri vardır. Bireydeki depresif yapının aşağıya çekilmesinde mizah etkilidir (120,121). Depresyon ve mizah kullanımı ile ilgili yapılmış birçok çalışma vardır. Özdolap tarafından 2015 yılında mizah tarzları ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi adlı çalışmasında olumlu mizah tarzlarının, depresyon ile negatif yönde ilişkili, olumsuz mizah tarzlarının depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (22). Yerlikaya 2009 yılında üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algıladıkları stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla 409 üniversite öğrencisi çalışmaya katılmıştır. Araştırma sonucunda kendini geliştirici mizah, katılımcı mizah ve mizah yoluyla başa çıkma ile algılanan stres, kaygı ve depresyon arasında negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (26). Frewen ve arkadaşları (2008) tarafından lisans öğrencilerinde olumlu ile olumsuz mizah tarzları ve depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda kendini geliştirici ve katılımcı mizah tarzı kullanımının azalması ve kendini yıkıcı mizah tarzı kullanımının artması depresif belirtilerin artmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (121). Lee ve arkadaşları tarafından (2016) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinde mizah anlayışı, stres ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla 227 hemşirelik öğrencisi çalışmaya katılmıştır. Çalışma sonucunda mizah anlayışının yaşam stresini ve klinik temelli stresi azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (122).

2.13. Depresyon ve Benlik Saygısı İlişkisi

Benlik saygısı “kişinin yaşamaya yeterli ve yaşamaya değer olduğuna dair inancı” kişinin kendi değerine ilişkin genel değerlendirmesini yansıtmak için kullanılan bir terimdir. Çocukluk döneminden itibaren geliştirilen ve kişinin yaşamı boyunca detaylandırılan, kendisi ve başkalarıyla olan ilişkileriyle ilgili anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşan geniş, yaygın bir şema olarak görülebilir (123). Bireyin davranışları, hayattan doyum alıp almaması, düşünceleri, yaptığı seçimler, başarıları, başkasının bireyi

nasıl gördüğü, iletişim halinde olduğu insanlar, söyledikleri ve başkalarının bireye nasıl davrandığı bireyin benlik saygısının düşük ya da yüksek olmasını etkilemektedir (124). Depresyon yaşam kalitesinde önemli düzeyde bozulma, üretkenlikte düşmeye, sosyal uyumda zorlanma gibi kayıplara yol açar. Depresyonun neden olduğu kayıplardan birisi de benlik saygısında düşmedir. Depresyon tanılı hastada düşük benlik saygısı kişinin kendi durumunu gerçekçi algılamasını ve değiştirilmesi gereken şeyleri değiştirmek için harekete geçme yeteneğinin olumsuz etkilenmesi sonucu oluşur. Düşük benlik saygısına sahip depresyon tanılı kişiler; kendine güvenemeyen, kendini değersiz gören, karamsar, insan ilişkileri zayıf, uyum sorunlarına sahip, kendini suçlama, olumsuz duyguları olan, kendi kendine konuşan, duygusal bağımlılık ve kendi ihtiyaçlarına ilgisizlik gibi özellikler gösterebilirler (4,6,36,37).

2.14. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Benlik Saygısı İlişkisi

Çörüş tarafından 2001 yılında yapılan bir çalışmada, işlevsel olmayan tutumlarla benlik saygısı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu raporlanmıştır. İşlevsel olmayan düşüncelerin çokluğu oranında benlik saygısının düşüklüğü söz konusu olmaktadır (31). Wojtyna ve arkadaşlarının 2007 yılında meme kanserinden muzdarip kadınlarda BDT'nin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerine etkisi adlı çalışmaya mastektomi sonrası kemoterapi ve radyoterapi gören 67 kadın hasta katıldı. Deney grubu hastalarına BDT uygulandı. Çalışma sonuçlarında tedaviyi takip eden dönemde BDT hastalarında kontrol grubuyla karşılaştırıldığında benlik saygısı, genel yaşam kalitesi, genel sağlık durumu değerlendirmesinde iyileşme gözlenmiştir. BDT grubundaki yüksek benlik saygısının, deneklerin terapi sırasında gerçek benliklerini sürekli artırırken ideal benliklerini sabit bir düzeyde tutabilmeleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (125).

Yapılan çalışmalarda, bireylerin mizahı nasıl kullandıklarının kendine değer verme duygusu ile ilişkili olduğu öne sürülüyor. Benlik saygısının olumlu mizah tarzlarıyla pozitif, olumsuz mizah tarzlarıyla negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (33,34,35). Yüksek benlik saygısına sahip bireyler, olumsuz mizah türlerinden ziyade, ilişkisel veya kendini geliştiren hedeflere hizmet eden uyumlu mizah biçimlerini kullanma eğilimindedir (126). Yerlikaya tarafından 2003 yılında mizah tarzları ve depresyon, benlik saygısı, fonksiyonel olmayan tutumlar, olumlu ve olumsuz duygular arasındaki ilişkileri araştırdığı çalışmasında katılımcı ve kendini geliştirici mizahın benlik saygısı ile pozitif yönde ilişkili olduğunu görülmüştür (127).

2.15. Mizah Terapi ve Psikiyatri Hemşireliği

Terapötik mizahın olumlu etkisi anlaşıldıkça hemşireler tarafından kullanılmaya ve araştırılmaya başlanılmıştır (43,113,128). İlk kez Coser tarafından hastalar üzerinde terapötik amaçla kullanılan mizah profesyonel hemşirelik bakımının önemli ve ayrılmaz bir parçası olmuştur (43,44). Psikiyatri hemşireleri terapötik mizah aracılığıyla psikiyatrik bakım alan hastaların fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel boyutunu destekleyerek olumsuz duygularla baş etmelerini kolaylaştırır. Terapötik mizah kullanımı hem hemşirelerde hem de hastalarda fizyolojik ve psikolojik yarar sağlar (129). Psikiyatrik bakımda her kültürün terapötik mizahı kullanımını etkileyebilecek kendi değerleri, inançları ve normları vardır. Günümüzün sağlık bakımı ortamında hemşireler birçok farklı kültürden gelen hastayla karşı karşıya kalmakta mizahın uygun ve uygunsuz kullanımlarını ve buna yönelik olumsuz tepkileri belirleme konusunda hazırlıksız olabilmektedirler. Psikiyatri hemşiresi mizahın kültürel etkilerini göz ardı ettiğinde, iyileşmeyi engelleyerek psikiyatrik bakım açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir. Psikiyatri hemşiresi kültürel etkilere dikkat edilmesi konusunda bilgisi olduğunda psikiyatrik bakımda yararlı psikolojik ve fizyolojik sonuçlara yol açabilir (43,130).

Psikiyatri hemşiresi psikiyatrik bakımda ruhsal sorunlu bireyin mizah anlayışını uyandırıp, destekleyip bireyi doğru kullanmaya yönlendirmelidir (131). Titze ve Eschenröder (1998), terapötik mizahın psikiyatrik bakımda oldukça uygun olduğunu ifade eder. Fakat psikiyatri hemşiresi "terapötik" ve "yıkıcı" mizahı birbirinden ayırabilmeli ve mizah tekniklerini doğru kullanabilmelidir. Psikiyatrik hizmetlerde çalışan hemşire, mizahı hemşirelik girişimlerine taşıyarak hasta bireyle arasındaki ilişkisini geliştirmesine yardımcı olur (44).

Hemşirelik yönetmeliğine bakıldığında; Türkiye`de Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, ruhsal sorunlu bireylerin karşılaştığı güçlükler ile başa çıkabilmesi için psikolojik, fiziksel ve sosyal kaynaklarını aktive ederek sağlıklarını yükseltmek ve iyileştirmek için psikiyatrik bakım hizmeti sunan kişi olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatri hemşiresi psikiyatrik bakım alan hastada gülme ve gülümsemeyle ilgili en ufak bir işaret gördüğü zaman hemşirelik girişimleriyle ilgili değerlendirme parametre işlevi görmektedir. Bu nedenle psikiyatri hemşiresi psikiyatrik bakım sunarken, hasta bireyin gülmesini değerlendirirken bireyin söz konusu davranışını anlayabilmeli ve açıklayabilmelidir (44,129). Psikiyatri hemşireliği ve terapötik mizah ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde, terapötik mizah kullanımı psikiyatrik bakımda hemşire hasta arası

iletişimi olumlu etkilediği, psikiyatri hemşiresi ve bakım alan hastaların stres kaynakları ile daha başarılı baş etmelerine yardımcı olduğu ve ruhsal bozukluğa sahip hastaların psikiyatrik bakımda olumlu sonuçlar elde ettiği ortaya konulmuştur (43, 45,129).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgiler Clinical Trials sistemine kaydedildi (Clinical Trials.gov ID:NCT06234696)

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın veri toplama süreci Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kızıltepe Devlet Hastanesi'nin Psikiyatri Polikliniklerinde görev alan uzman psikiyatri doktorları tarafından yönlendirilen depresyon tanılı hastalar 31 Ocak 2023 - 31 Mayıs 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Psikiyatri Kliniği bulunmamakta, 4 psikiyatrist, 12 psikolog, 4 sekreter, 8 sosyal çalışmacı ile ayaktan hizmet vermektedir. Kızıltepe Devlet Hastanesi'nin Psikiyatri Kliniği bulunmakta olup 3 psikiyatrist, 9 Hemşire, 8 psikolog, 3 sekreter, 6 sosyal çalışmacı ile hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı tarihlerde Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kızıltepe Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde DSM-5'e göre Major depresif bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi alan hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power programı kullanılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Pehlivan (2016) tarafından yapılan araştırmada benlik saygısına ilişkin etki büyüklüğü (Effect size) 0,646 etki büyüklüğünde gruplarda 22 kişi olmak üzere 44 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=21;t=1,721) (132). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar gözönünde bulundurularak gruplarda 30 kişi olmak üzere 60 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada randomizasyon yöntemi kullanılarak, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın veri toplama tarihlerinde başvuran 65 depresyon tanılı birey araştırmanın örneklemi oluşturdu. Örneklemi oluşturan 34 depresyon hastası deney grubuna 31 hasta kontrol grubuna alınmıştır. Fakat kontrol grubundaki hastalardan 1 kişi iletişim bilgilerindeki değişiklikten, deney grubundaki 4 kişinin de şehir değişikliği nedeni ile oturumları

tamamlayamamış olup toplam 60 (30 deney, 30 kontrol) hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmaya alınacak kişilerde yanlılık olmaması için randomizasyon yapılmıştır.

Randomizasyon yöntemi;

Hastaların araştırmaya katılma kriterleri açısından birbirine benzer olacak şekilde deney ve kontrol gruplarına eşit şansla atanabilmeleri için randomizasyon yöntemi kullanıldı.

Randomizasyon tablosu "<https://www.calculatorsoup.com>" adresinden faydalanılarak oluşturulmuştur.

Randomizasyon Tablosu

Deney grubu; p=28, p=59, p=36, p=7, p=12, p=60, p= 2, p=35, p=5, p=22, p=37, p=50, p= 51, p=16, p=33, p=40, p=48, p=14, p=17, p=44, p=54, p=55, p=23, p=31, p=45, p=18, p=47, p= 42, p=24, p=8

Kontrol grubu; p=25, p=38, p=11, p=53, p=32, p=34, p=20, p=56, p=49, p=15, p=43, p= 27, p= 46, p=41, p=21, p= 9, p=10, p=29, p=30, p=58, p=13, p=6, p=26, p=1, p=19, p=52, p=57, p=3, p=4, p=39

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1.DSM-5 tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi alıyor olmak,
2. Okuma-yazma bilen, Türkçe'yi anlama ve konuşmada iletişim sorunu olmayan,
3. 18 -65 yaş aralığında olmak,
4. Son 6 aydır BDT temelli bir eğitimden geçmemiş olmak,

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- 1.Anketin cevaplanmasını engelleyecek ciddi fiziksel ve bilişsel engelin varlığı,
2. Komorbid başka bir ruhsal bozukluk tanısı alanlar,
3. Depresyon tablosuna ek olarak psikotik belirtileri olan hastalar,
4. Yatarak tedavi alan hastalar,

Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- 1.Eğitimin en az iki modülüne/oturumuna katılmama,
- 2.Hastanın eğitime devam etmek istememesi,
3. Veri toplama formlarını eksik doldurmak,

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği(MYBÇÖ), Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği(ÇBMDÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanıldı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatüre göre düzenlenen bu formda katılımcıların sosyodemografik bilgilerini yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, herhangi bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı, hastalık süresi vb. belirlemeye yönelik 14 sorudan oluşmaktadır (53,133,134). (Ek 1).

3.4.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck (1961) tarafından erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Dörtlü likert tipi olan ölçek 21 maddeden oluşmakta olup ve her bir maddesinde dört seçenek vardır. Ölçeğin puanlandırma sistemi her bir belirti kategorisinde bulunan dört seçenek 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçeğin toplam puan aralığı ise 0 ile 63 puan arasındadır. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten alınacak toplam puan 10-17 arasında ise hafif düzey depresyon, toplam puan 18-29 arasında orta düzey depresyon, toplam puan 30-63 arasında ise ciddi düzey depresyon olduğunu gösterir (135,136). Ölçeğin kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. Ülkemiz için toplam puan 17 ve üstünde ise %90 olasılıkla normalin üzerinde depresyon düzeyini gösterdiği bildirilmektedir (135). Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.80 bulunmuştur. Bu araştırmada Beck depresyon ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0,890 olarak tespit edilmiştir (Ek- 2).

3.4.3. Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ)

Martin ve Lefcourt (1983) tarafından, bireyin stresli durumlar karşısında mizah aracılığı ile stresli durumlarla başa çıkabilme tepkilerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Eşef Ercüment Yerlikaya (2009) tarafından doktora çalışması sırasında yapılmıştır. Dörtlü likert tipi olan ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği puanlandırma sistemi “Kesinlikle katılmıyorum” 1 puan, ‘Katılmıyorum’ 2 puan, ‘Katılıyorum’ 3 puan, ‘Tamamıyla katılıyorum’ 4 puan şeklindedir. Ölçeğin toplam puan aralığı ise 7 ile 28 puan arasındadır. Yükselen toplam puan bireyin stresli durumda mizahı başa çıkma stratejisi olarak kullanabilme düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.67 olarak bulunmuştur (26). Bu çalışmada mizah yoluyla başa çıkma ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0,913 olarak tespit edilmiştir (Ek- 3).

3.4.4. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği (ÇBMDÖ)

James A. Thorson ve F. C. Powell (1993) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması S. Halime Aslan ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (137). Türkçe formun güncellenmesi ve yeniden değerlendirilmesi derecelendirme etiketlerinde tespit edilen farklılıkları araştırmak amacı ile Özdoğru (2018) tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipi olan ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği puanlandırma sistemi “kesinlikle katılmıyorum” 0 puan, “katılmıyorum” 1 puan, “kararsızım” 2 puan, “katılıyorum” 3 puan, “kesinlikle katılıyorum” 4 puan şeklindedir. Ölçeğin toplam puan aralığı ise 0 ile 96 puan arasındadır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları test-tekrar test uygulamasında sırasıyla 0,81 ve 0,87 olarak bulunmuştur. Alt boyutların katsayıları ise 0,61 ila 0,90 arasında değişmektedir (138). Bu çalışmada çok boyutlu mizah duygusu ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0,920 olarak tespit edilmiştir (Ek- 4).

3.4.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg (1965) tarafından ergenlerin benlik saygısını ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Füsün Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Dörtlü likert tipi olan ölçek 63 sorudan oluşmakta olup araştırmanın amacı doğrultusunda ilk 10 sorusu kullanılmıştır. Kullanılan 10 sorunun 5 tanesi pozitif 5 tanesi ise negatif sorudan oluşmaktadır. Ölçeği puanlandırma sistemi “çok doğru” 4 puan, “doğru” 3 puan, “yanlış” 2 puan, “çok yanlış” 1 puan şeklindedir. Ölçeğin toplam puan

aralığı ise 0 ile 6 puan arasındadır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-1 arasında ise yüksek benlik saygısı, toplam puan 2-4 arasında orta derece benlik saygısını, toplam puan 5-6 arasında ise düşük benlik saygısı olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur (124,139). Bu araştırmada Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0,828 olarak tespit edilmiştir (Ek- 5).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından 31 Ocak 2023 ile 31 Mayıs 2023 tarihleri aralığında Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kızıltepe Devlet Hastanesi'nin Psikiyatri Polikliniğinden yönlendirilen depresyon tanılı hastalara , pazartesi ve cuma günleri olmak üzere haftada iki gün toplam 4 hafta araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Kontrol ve deney grubunda bulunan bireylere ön test (Kişisel Bilgi Formu, BDÖ, MYBÇÖ, ÇBMDÖ, RBSÖ) uygulandı. Yalnızca deney grubunda bulunan hastalara uygulanan 8'er seanslık BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonrasında; deney ve kontrol grubuna Mart 2023 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test (BDÖ,MYBÇÖ,ÇBMDÖ,RBSÖ) uygulandı. Veri toplama formları, araştırmacı tarafından hastalara formlar dağıtılarak formlara yazdıkları cevaplar neticesinde toplanılmıştır. Veri toplama formlarının hastalar tarafından doldurulması ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Eğitim sonunda deney kontrol grubundaki hastalara eğitime katılım sağladıkları için katılım belgesi verilmiştir (Ek -18).

3.6. Araştırma Süreci

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kızıltepe Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniği doktorları tarafından araştırmacıya yönlendirildi. Yönlendirilen hastalar, öncelikle araştırma hakkında bilgilendirildi. Araştırmaya katılmak ve devam etmek isteyen hastalara “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur” formu imzalatırıldı. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar randomizasyon tablosu'na göre deney ve kontrol grubuna dahil edildi. Deney ve kontrol grubundaki depresyon tanılı hastalara eğitimin hemen öncesinde ön testler (Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği (ÇBMDÖ))

uygulandı. Deney grubunda bulunan hastalarla yapılan ilk görüşmede eğitim hakkında bilgi verilerek, eğitim günleri ve saatleri belirlendi.

Daha sonra deney grubunu oluşturan hastalara 8 oturumdan oluşan Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma psikoeğitim programı, haftada iki kez (Pazartesi-Cuma), iki oturum şeklinde uygulandı. Toplamda dört hafta süren Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma psikoeğitim programının her oturumu 45-60 dk olarak uygulandı. Deney ve kontrol grubundaki hastalar bu süreçte rutin tedavi, takip ve kontrollerine devam etti. Oturumlar ortalama 5-8 kişiden oluşup, grup eğitimi şeklinde yapıldı. Gruplar kapalı grup olup eğitim oturumları başladıktan sonra gruplara yeni hastalar dahil edilmedi. Yeterli denek sayısını tamamlamak için sonradan alınan hastalarla ise kendi içinde yeni gruplar oluşturuldu ve toplam 5 grupta eğitim oturumları tamamlandı. Eğitim görüşmeleri Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin eğitim salonunda gerçekleştirildi. Eğitim öncesi hastalar veya hasta yakınları telefonla aranıp eğitim saati ve günü hatırlatıldı. Eğitim oturumları tamamlandıktan hemen sonra deney grubunun son testler; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği (ÇBMDÖ) uygulandı. Kontrol grubuna ise ön test uygulandıktan sonra rutin tedaviye ek olarak hiçbir girişimde bulunulmadı eğitim oturumları bittikten sonra son testler uygulandı. Ayrıca eğitimler tamamlandıktan sonra birinci ayın sonunda deney ve kontrol grubuna birinci izlem testleri uygulandı. Birinci izlem testlerinden sonra üçüncü ayın sonunda deney ve kontrol gruplarına ikinci izlem testleri uygulandı.

3.7. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programı

BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı toplam 8 oturumdan oluşmaktadır. Araştırmacı bu psikoeğitim programı kapsamında Türkiye Psikiyatri Derneği BDT Eğiticisi'nin onayladığı Aktif Psikoloji Akademisi tarafından düzenlenen 52 Saatlik “Bilişsel Davranışçı Terapi” ve Türkiye Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından onaylanan 8 Saatlik “Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu: 2 Farklı Alan Örneği ile” eğitimlerini tamamladı (Ek-10, Ek-11). Araştırmacı bu eğitimler doğrultusunda “Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programı” hazırlandı. Psikoeğitim programı eğitim içeriğine, eğitimi veren eğitmenlerden ve alanında uzman kişilerden görüşler alınarak son hali verildi.

Psikoeğitim programına başlamadan önce veri toplama sırasında karşılaşılan engelleri ve anlaşılabilirliği değerlendirebilmek açısından deney grubunda bulunan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 3 hasta ile pilot çalışma yürütüldü. Bu hastalar araştırmaya dahil edilmedi. Pilot çalışmaya katılan hastalardan süreç ve psikoeğitim programı hakkında alınan geribildirimlerle gerekli görülen bölümler revize edildi.

Pilot çalışma sonrası katılımcılardan alınan geribildirimler ve araştırmacının gözlemleri doğrultusunda şu revizyonlar yapıldı:

- Psikoeğitim programındaki anlaşılması güç olan sunumlar daha basit ve anlaşılır olacak şekilde yeniden revize edildi.
- Hastaların dikkatinin dağılmasına neden olan uzun konu anlatımı değiştirilerek yerine etkinlik ağırlıklı oturumlar oluşturuldu.

Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim İçeriği

Bu bölümde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının tüm aşamaları ve işlem basamaklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1. Oturum: İlk oturumun hedefi grupta yer alan grup üyelerinin BDT Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma psikoeğitim'in ne olduğu, grup ilkelerinin neler olduğu, sürecin nasıl devam edeceğine, neden böyle bir grup oluşturulduğu, bu gruba neden davet edildiklerine dair farkındalık kazanmalarını sağlamaktır. Bu hedef doğrultusunda Uzman Psikiyatri Hemşiresi kendini tanıttı. Grup üyelerine yazılı onam ve ön test ölçümleri uygulandı. Grup üyelerinin birbiriyle tanışması için tanışma etkinliği düzenlendi. Araştırmacı tarafından BDT Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim programının içeriğinden ve eğitime düzenli katılımın öneminden bahsedildi. Eğitim süreci, eğitim günleri ve saatleri konuşuldu. Üyeler grupta bulunmaya dair düşüncelerini, duygularını ve beklentilerini paylaştı. Grup kuralları konuşulup tartışıldı. Gruptaki bireylerin gruba kendilerini ait hissetmeleri, gruba devam etmeleri ve bu grubun kendilerine yarar sağlayacağına inanmalarına destek olundu.

2. Oturum: Bu oturumdaki temel hedef BDT ve depresyonun ne olduğu konusunda grup üyelerinin bilgi sahibi olmalarını sağlayıp çok kısa mizah duygusunu tanımlamaktır. Bu hedef doğrultusunda öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Bu oturumdaki gündem belirlendi ve açıklandı. Bilişsel davranışçı terapi hakkında

bilgilendirme yapıldı. Depresyon hastalığının ne olduğu belirtilerinin neler olduğu, depresyonun neden olduğu, depresyonu nelerin tetiklediği, farklı tür ve görünüşleri, görülme sıklığı ve depresyon tedavisi hakkında bilgilendirme yapıldı. Daha sonrasında da grup üyelerinde kendilerinde bulunan belirtileri bir kağıda yazmaları istendi. Çok kısa mizah ve olumlu yönlerinden bahsedildi. Sokratik sorgulamayla konuya dair grup üyelerinde var olan bilgileri açığa çıkararak farkındalık kazandırıldı. Uzman psikiyatri hemşiresi oturumu özetledi. Bir sonraki oturumda, özetlemeyi katılımcılardan isteyeceğini bildirdi.

3. Oturum: Bu oturumdaki temel hedef bilişsel davranışçı yaklaşım ile A-B-C modelinin sunulması ve düşünce kayıt formunun tanıtılması, düşüncenin duygu ve davranış üzerindeki etkisini konuşmaktır. Nefes ve gevşeme egzersizlerinin öğretilerek bunların birey üzerindeki rahatlatıcı etkisinin fark ettirilmesi ve günlük hayatta kullanmalarının desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu hedefler doğrultusunda grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Bugünkü oturum gündemi belirlendi ve açıklandı. Oturumda nefes (diyafram ve 3-3-6 nefes) ve gevşeme egzersizleri (bilişsel ve kas gevşeme egzersizleri) uygulamalarla öğretilmiştir. A-B-C modeli hakkında bilgilendirme yapıldı. Bu modele göre yaşanan olay-duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişki açıklandı. Çeşitli örnekler, rol play ve formlarla grup üyelerinin daha iyi kavrayabilmeleri için desteklendi. Düşünce kayıt formunun ne olduğu ve nasıl doldurulacağı hakkında grup üyelerine tanıtımı yapıldı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olayları A-B -C modeline göre düşünce kaydı formu doldurma ev ödevi olarak verildi. İsteyen üyelerden biri tarafından oturum özetlendi. Grup üyelerine teşekkür edilerek tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

4. Oturum: Bu oturumdaki temel hedef grup üyelerinin hatalı düşüncelerini öğrenip düşüncelerin gerçekliğini ve işlevselliğini sorgulayabilmesi ve olumsuz otomatik düşünceler, ara inançlar ve olumsuz temel inançlar hakkında bilgilenip bunların farkında olmaları hedeflenmiştir. Bu hedefler doğrultusunda grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi olarak verilen düşünce aktivite kâğıtları soru cevap şeklinde grup üyelerinin aktif katılımıyla tekrarlandı. Bugünkü oturum gündemi belirlendi. Oturuma gevşeme egzersizleri ile başlandı. Grup üyelerine otomatik düşünceler, ara inançlar ve olumsuz temel inançlar hakkında bilgilendirme yapıldı. Grup üyelerinin otomatik düşünceleri, ara

inançları ve temel inançları daha iyi kavrayıp ayırt edebilmeleri için gerekli örneklendirmeler yapıldı ve seans içi yapılan etkinliklerle konunun iyice kavranması sağlandı. Otomatik düşünceler ve olası cevapları hakkında konuşulup örnekler verildi. Bilişsel hataların neler olduğu konusunda bilgilendirmeler yapıp tek tek örneklerle açıklandı. Grup üyelerinin günlük hayatta yaptıkları bilişsel hatalarla ilgili örnekler vermeleri istenip farkına varmaları sağlandı. Sokratik sorgulama yaparak bu bilişsel hataların yerine daha işlevsel olanları koydukları zaman oluşan duygu ve davranışın farkına varmaları sağlandı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olaylar üzerinden, olumsuz otomatik düşüncelerini ve bilişsel hataları tespit etmeleri, otomatik düşünceleri inceleme formu ve düşünce hataları kayıt formuna yazmaları ev ödevi olarak verildi. İsteyen üyelerden biri tarafından oturum özetlendi. Grup üyelerine teşekkür edilerek tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

5. Oturum: Bu oturumdaki temel hedef grup üyelerinin depresif belirtilerle, baş etme biçimleri ve kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışları ne olduğu konusunda bilgilendirme yapmak baş etme yöntemi olarak doğru mizah tarzlarının kullanımı hakkında konuşmaktır. Bu hedef doğrultusunda grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. Kaçma-kaçınma ve güvenli alan hakkında hastalara bilgilendirme yapıldı. Grup ikili şekilde eşleştirme yapılarak birbirlerine olumsuz stres yaşadıklarında bunu azaltmak için neler yaptıkları konusunda konuşuldu. Grup üyelerinin hangi baş etme yöntemlerini kullandıkları diğer grup üyeleriyle paylaşıldı. Mizah kuramları ve mizah tarzları hakkında grup üyeleri bilgilendirildi. Olumlu mizah tarzları ile olumsuz mizah tarzları arasındaki farklar anlatıldı. Mizahın baş etme yöntemi olarak kullanılmasında olumlu mizah tarzlarının kullanılması gerektiği konusunda vurgu yapıldı. Grup üyelerinin korktuğu kaçındığı ya da yüksek kaygı duyduğu durumlarda uzaklaşabilmek ve rahatlayabilmek için hangi güvenli alanları kullandıkları etkinlikler düzenlenerek hastaların kavramsallaştırması sağlandı. Olaylar karşısında kullandıkları kaçma-kaçınma ve güvenlik arama davranışları konusunda yeniden bilişsel yapılandırma doğrultusunda alternatif düşüncelerin oluşturulması sağlandı. Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları olaylar üzerinden kaçma-kaçınma güvenlik arama davranışlarının tespit edilmesi ve bu durumlarda olumlu mizah tarzlarını ne kadar kullandıklarını kaydetmeleri istendi. Bu konuda geliştirilebilecek alternatif düşüncelerin oluşturulması ve kaydedilmesi istendi

düşünce kaydına devam edilmesi gerektiği belirtildi. İsteyen üyelerden biri tarafından oturum özetlendi. Grup üyelerine teşekkür edilerek tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

6. Oturum: Bu oturumda temel hedef gündelik yaşamda sıkıntılarla baş etmede terapötik mizaha engel olan durumlar ve terapötik mizahı artırmak için yapılacak faaliyetlerin konuşulması hedeflenmiştir. Öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, bugünkü oturum gündemi belirlendi. Oturuma ısınma oyunları ile başlandı. Terapötik mizahın ne olduğu ve depresyonda terapötik mizahın önemi hakkında bilgilendirme yapıldı. Olaylar karşısında mizah yoluyla baş etme yöntemi hayal ederek seans içerisinde maruz kalma (exposure) çalışmaları yapıldı. Bir sonraki oturuma kadar mizahla ilgili önerilen kitap, film, karikatür, komik video ve fıkralar vs gündelik hayata kullanmaları ve mizah günlüğü tutmaları istendi. Düşünce kayıt formu tutulmasına devam edilmesi istendi. İsteyen üyelerden biri tarafından oturum özetlendi. Grup üyelerine teşekkür edilerek tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

7. Oturum: Bu oturumda temel hedef grup üyelerine, mizah yoluyla baş etme yönteminin depresyon düzeyi ve benlik saygısı üzerindeki etkisi konusunda bilgilendirme yapmak ayrıca grup üyelerinin doğru mizah tarzlarını (kendini geliştirici mizah- katılımcı mizah) gündelik hayatlarında baş etme yöntemi olarak kullanmalarını sağlamak bu hedefler doğrultusunda öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Oturuma geçen oturumun özetinin bir üyeye yaptırılmasıyla başlandı. Geçen oturumda verilen ev ödevleri kontrol edilerek üyelerin ev ödevlerini cevaplarken ne tür güçlüklerle karşılaştıkları sorularak araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldı. Olumlu mizah tarzlarının kullanımının depresyon düzeyi ve benlik saygısı üzerindeki etkisi ile ilgili araştırmacı gerekli açıklamaları yaptı. Grup üyelerinin anlatılanları gündelik hayatlarına aktarabilmeleri için çeşitli rol-play çalışmaları yapıldı. Grup üyelerine gündelik hayatları esnasında yaşadıkları olaylar karşısında olumlu mizah tarzlarının nasıl kullandıkları konusunda not tutup bir sonraki oturumda diğer grup üyeleriyle beraber konuşulacağı söylenildi. Grup üyelerine bir sonraki oturumun, son oturum olacağı hakkında bilgilendirme yapıldı. İsteyen üyelerden biri tarafından oturum özetlendi. Grup üyelerine teşekkür edilerek tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

8. Oturum: Bu oturumda temel hedef oturumları, üyeleri ve danışmanı değerlendirmek, oturumlardan kazanımlar elde etmek, program için öneriler geliştirmek bu hedef

doğrultusunda öncelikle grup üyelerinin duygudurumu gözden geçirilerek oturuma başlandı. Bir önceki oturuma dair geri bildirimler alındı ve özetlendi. Ev ödevi kontrolü sağlanıp, ev ödevleriyle ilgili değerlendirmelerde bulunuldu. Grup üyeleri ve araştırmacı tarafından soru-cevap şeklinde tüm oturumların genel özeti yapıldı. Grup üyelerinden kazanımlarını ve edindikleri becerileri paylaşımları istenmiştir. Problemleriyle başetmede hangi aşamaya geldikleri hususunda değerlendirme yapılmıştır. Grup üyelerinden katıldıkları sekiz oturumu değerlendirdiklerinde, ne gibi kazanımları olduğu soruldu. Kendilerinde fark ettikleri değişimlerin neler olduğu sorularak paylaşım ortamı sağlandı. Kapanış etkinliği düzenlendi. Bu etkinlik aracılığıyla eğitim programı ile ilgili bireylerin kendilerini ve programın etkinliğini değerlendirmeleri istendi. Gevşeme egzersizi ile oturum tamamlandı ve grup üyelerine katılım belgeleri dağıtıldı. Son test ölçümleri uygulandı. Grup üyeleriyle iletişim halinde olunacağı ve izlem testlerinin uygulanacağı hakkında bilgilendirme yapıldı.

Tablo 3.1. BDT Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Uygulama Planı

1. Oturum: Başlangıç Oturumu
➤ Psikoeğitim hakkında bilgilendirme yapma ve programın içeriğini tanıtmak ➤ Grup kurallarını konuşma ➤ Hastalarla tanışma hastaların birbirini tanıması ➤ Eğitimlere zamanında ve düzenli katılımın önemini vurgulama ➤ Eğitim süreci, eğitim günleri ve saatleri nasıl olacağı konusunda konuşma ➤ Grup üyeleri gruba dair, düşünce, duygu ve beklentilerin paylaşımı ➤ Bireylerin grubun kendilerine katkı sağlayacağına dair destek olma ➤ Ön test ölçümlerin uygulanması
2. Oturum: Hastalığı Tanıma (Depresyonun Bilişsel Modeli)
➤ Bilişsel davranışçı terapi nedir? ➤ Depresyon nedir? Belirtileri nelerdir? ➤ Depresyon görülme sıklığı ve tedavi yöntemleri nelerdir? ➤ Depresyonu neler tetikler farklı tür ve görünümeleri nelerdir? ➤ Mizah ne olduğunu çok kısa tanımlamak
3. Oturum: A-B-C Modelinin Sunulması. Bilişsel Davranışçı Terapide Mizah
➤ A-B-C modelinin sunulması ➤ Olay-düşünce- duygu- davranışın ortaya konması ve birbirinden ayrılması ➤ Nefes teknikleri ve gevşeme egzersizlerini öğretme ➤ Düşünce kaydı formunun tanıtılması ➤ Ev ödevi: A-B-C modeline göre düşünce kayıt formu doldurma
4. Oturum: Negatif Otomatik Düşüncelerin, Bilişsel Hataların Saptanması
➤ Otomatik düşünceler, temel inançlar ve ara inançlar hakkında bilgilendirme ➤ Otomatik düşüncelerin olası cevapları hakkında bilgilendirme ➤ Bireyin negatif otomatik düşüncelerini tespit edebilmesini sağlama ➤ Bilişsel hataları tanımlama ve örneklendirme ➤ Ev ödevi: Otomatik düşünce inceleme formu ve düşünce kayıt formu tutulması, bir sonraki oturuma kadar bilişsel hatalar ve baş etmeye yönelik pratik yapma
5. Oturum: Baş Etme Biçimleri ve Kaçma-Kaçınma-Güvenlik Arama Davranışları

- Baş etme biçimleri ve kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışları bilgilendirme ve gözden geçirilmesi
- Mizah kuramları ve mizah tarzları nelerdir? Baş etme yöntemi mizah kullanma alıştırmaları yapma
- Alternatif düşünceler sunma güçlü yönleri ve kaynakları hatırlatma
- Ev ödevi: Kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışlarının tespit edilmesi baş etme yöntemi olarak mizahın yeri ve kaydetme, Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi. Alternatif düşüncelerin oluşturulması ve kaydedilmesi

6. Oturum: Terapötik Mizaha Engel Olan Durumlar ve Terapötik Mizahı Artıracak Faaliyetler

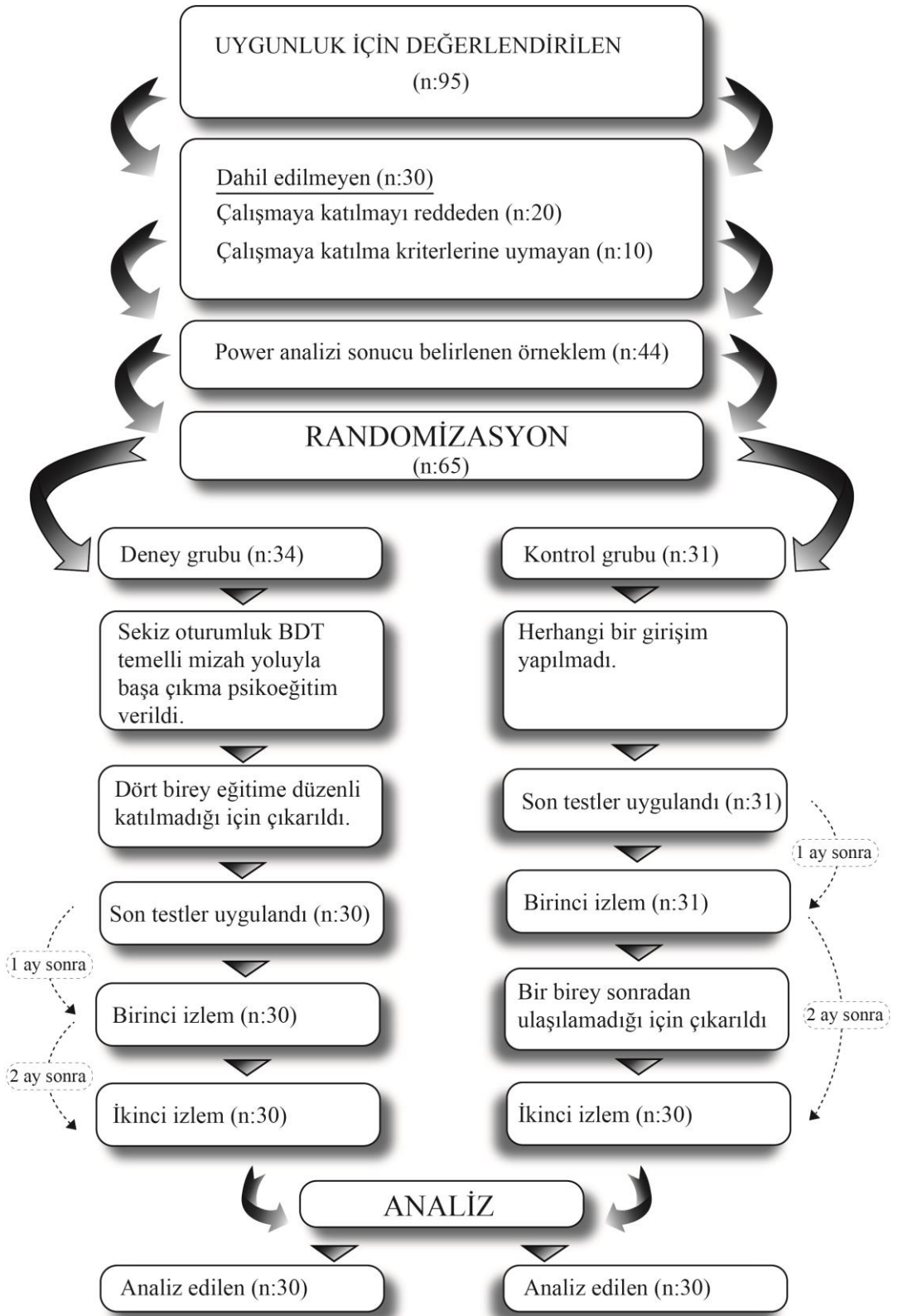
- Terapötik mizah nedir?
- Depresyonda terapötik mizahın önemi?
- Terapötik mizaha engel olan durumların ve terapötik mizahı arttıracak faaliyetlerin konuşulması
- Bilişsel yeniden yapılandırma örneklerinin seans içi exposure ile uygulanması
- Ev ödevi: Baş etme yöntemi olarak günlük hayatta mizahı kullanma ve kaydetme mizahla ilgili önerilen kitap, film, karikatür, komik video ve fıkralar vs gündelik hayata kullanma ve mizah günlüğü tutma

7. Oturum: Mizahın Kullanımının Depresyon Düzeyi ve Benlik Saygısı İle İlişkisi Konuşma

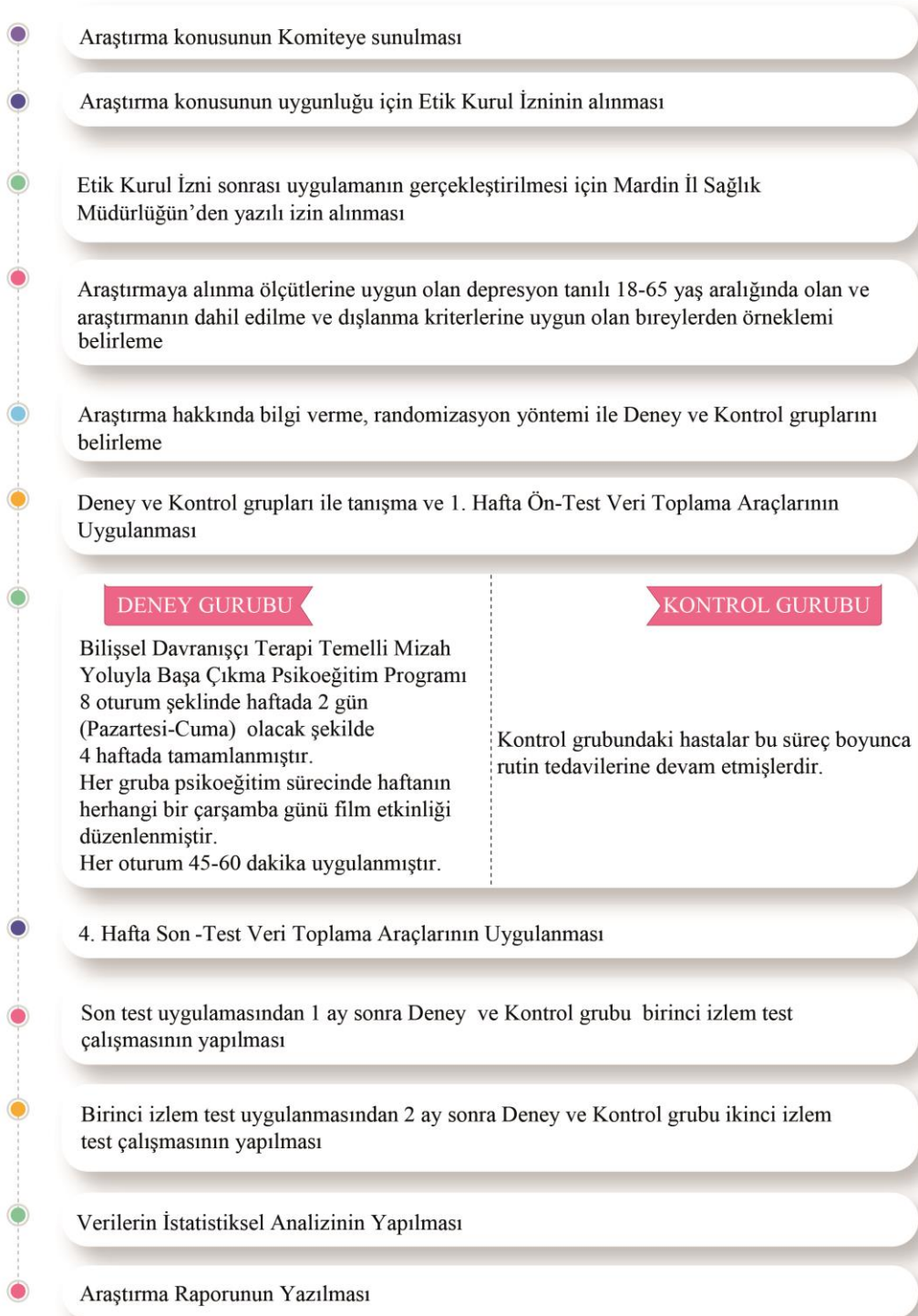
- Benlik saygısı nedir? Depresyonda benlik saygısının yeri nedir?
- Olumlu mizah tarzlarının benlik saygısı üzerindeki etkisi nedir?
- Mizah yoluyla baş etmenin depresyon düzeyi üzerindeki etkisi nedir?
- Bilişsel yeniden yapılandırma örneklerinin seans içi exposure ile uygulanması
- Ev ödevi: Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi. Grup üyeleri gündelik hayatlarında olumlu mizah tarzlarının kullanarak exposure çalışmalarının yapılması,

8. Oturum: Süreç Değerlendirmesi ve Sonlandırma

- Kazanımların ve edindikleri becerilerin paylaşılması
- Bundan sonra neler yapabileceklerinin paylaşılması
- Programı değerlendirme ve önerileri alma
- Katılım belgelerinin dağıtılması
- Son test ölçümlerinin uygulanması



Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı



Şekil 3.2. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; BDÖ, RBSÖ, ÇBMDÖ ve MYBÇÖ ölçeklerinin puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni, depresyon tanılı hastalar için Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitimi'dir.

Kontrol değişkenleri

Araştırmanın kontrol değişkenleri; cinsiyet, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, nerede yaşandığı, kiminle yaşandığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, hastanede yatış sıklığı, intihar girişiminde bulunma durumu, yaş, ilk tanı yaşı, tedavi süresi, kullanılan ilaç sayısı ve intihar girişim sayısıdır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programı ile yapıldı. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi ile verildi. Katılımcıların demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için Ki-Kare ve Fisher exact testleri, sayısal değişkenlerin normal dağılım durumuna göre t-testi kullanıldı. Farklı zamanlarda elde edilen ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler anova testi ve tamamlayıcı bonferroni testi kullanılmıştır. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Verilerin normal dağılımı Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) katsayılarıyla değerlendirilmiş ve sınır değer +1.5 ile -1.5, (140) +2.0 ile -2.0 (141) arasında olması normal dağılım aralığı olarak kullanıldı (Tablo 3.1). Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitiminin deney ve kontrol gruplarında oluşturduğu etkinin büyüklüğü, Cohen(d) ve Eta kare(η^2) değerleriyle hesaplandı. Değer aralığı Cohen değeri 0.2 değeriyle küçük, 0.5 ile orta, 0.8 ile büyük olarak, eta kare değeri 0.01 değeriyle küçük, 0.06 ile orta ve 0.14 ile büyük olarak değerlendirildi (142).

Tablo 3.2. Normal Dağılım

	Kurtosis	Skewness
Depresyon ön test	-0,657	0,593
Benlik saygısı ön test	0,254	-1,146
Mizah duygusu ön test	-0,482	-0,184
Mizah yoluyla başa çıkma ön test	-0,304	0,019
Depresyon son test	-0,843	0,579
Benlik saygısı son test	-1,423	-0,098
Mizah duygusu son test	-0,796	-0,576
Mizah yoluyla başa çıkma son test	-1,483	-0,188
Depresyon 1. İzlem	-0,744	0,612
Benlik saygısı 1. İzlem	-1,032	-0,014
Mizah duygusu 1. İzlem	-1,048	-0,422
Mizah yoluyla başa çıkma 1. İzlem	-1,044	-0,065
Depresyon 2. İzlem	-0,055	1,011
Benlik saygısı 2. İzlem	-1,078	0,150
Mizah duygusu 2. İzlem	-1,428	-0,226
Mizah yoluyla başa çıkma 2. İzlem	-1,306	-0,213

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2022/457 numarası ile onaylandı (Ek-8). İlgili kurumda yürütülebilmesi için Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kızıltepe Devlet Hastanesi'nin bağlı olduğu Mardin İl Sağlık Müdürlüğü'nden 31.01.2023 tarihli E-68051626-770-208371496 sayı numarası ile gerekli kurum izni alındıktan sonra araştırmaya başlandı (Ek-9). Araştırmada kullanılan ölçekler ve formlar için sahiplerinden gerekli izinler alındı (Ek-12, Ek-13, Ek-14, Ek-15, Ek-16). Araştırmaya başlamadan önce hastalardan araştırma hakkında “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” imzalatıldı (Ek-6 ,Ek-7). Hastalara araştırmaya katılırken ve katıldıktan sonra istedikleri zaman ayrılmakta özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin kimseyle paylaşılmayacağı ve gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirildi. Deney grubuna verilen BDT

Temelli Psikoeğitim programı sonrası kontrol grubundan isteyen hastalara BDT Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim kitapçığı ve eğitimi verildi (Ek-19, Ek-20, Ek-21).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Araştırmanın yalnızca ayaktan tedavi alan depresyon tanılı hastalara yapılmış olması,
- Araştırmanın belli tarihler arasında olduğundan izlem süresinin 3 ay ile sınırlı olması,
- Araştırma örneklemin yalnızca iki hastaneden elde edilmesi ve sınırlı sayıda olması,
- Araştırma sürecinde psikoeğitim programı uygulayan psikiyatri uzman hemşiresi ile araştırma ölçeklerini uygulayan psikiyatri uzman hemşiresinin aynı olması,
- Araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriteri ve araştırma değişkeni açısından benzer olan gruplara genellenebilir
- Araştırma verilerinin toplandığı tarih aralığında depresyon tanılı hastaların yaşadığı yerdeki kültürel farklılıkların etkisi nedeniyle, veri toplama süreci güçleşmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de verildi.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri ve Anlamlılık
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	17	%56,7	22	%73,3	39	%65,0	$\chi^2=1,832$ $p=0,139$
	Erkek	13	%43,3	8	%26,7	21	%35,0	
Eğitim durumu	İlkokul	4	%13,3	8	%26,7	12	%20,0	$\chi^2=2,476$ $p=0,290$
	Ortaokul	9	%30,0	5	%16,7	14	%23,3	
	Lise	17	%56,7	17	%56,7	34	%56,7	
Herhangi bir işte çalışma durumu	Evet	18	%60,0	17	%56,7	35	%58,3	$\chi^2=0,069$ $p=0,500$
	Hayır	12	%40,0	13	%43,3	25	%41,7	
Gelir düzeyi	Kötü	10	%33,3	6	%20,0	16	%26,7	$\chi^2=3,610$ $p=0,164$
	Orta	15	%50,0	22	%73,3	37	%61,7	
	İyi	5	%16,7	2	%6,7	7	%11,7	
Medeni durum	Evli	10	%33,3	19	%63,3	29	%48,3	$\chi^2=5,406$ $p=0,019$
	Bekar	20	%66,7	11	%36,7	31	%51,7	
Çocuk sayısı	0	19	%63,3	12	%40,0	31	%51,7	$\chi^2=3,296$ $p=0,192$
	1	4	%13,3	6	%20,0	10	%16,7	
	3 ve üzeri	7	%23,3	12	%40,0	19	%31,7	
Nerede yaşandığı	İlçe	14	%46,7	2	%6,7	16	%26,7	$\chi^2=12,273$ $p=0,000$
	İl	16	%53,3	28	%93,3	44	%73,3	
Kiminle yaşandığı	Yalnız	2	%6,7	5	%16,7	7	%11,7	$\chi^2=1,702$ $p=0,636$
	Aileyle	25	%83,3	23	%76,7	48	%80,0	
	Akrabayla	1	%3,3	1	%3,3	2	%3,3	
	Arkadaşla	2	%6,7	1	%3,3	3	%5,0	
Ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı	Var	10	%33,3	11	%36,7	21	%35,0	$\chi^2=0,073$ $p=0,500$
	Yok	20	%66,7	19	%63,3	39	%65,0	
Hastanede yatış sıklığı	0	23	%76,7	24	%80,0	47	%78,3	$\chi^2=2,112$ $p=0,549$
	Yılda bir kez	5	%16,7	6	%20,0	11	%18,3	
	Yılda 2 kez	1	%3,3	0	%0,0	1	%1,7	
	Yılda 3 kez	1	%3,3	0	%0,0	1	%1,7	
İntihar girişiminde bulunma durumu	Evet	14	%46,7	8	%26,7	22	%36,7	$\chi^2=2,584$ $p=0,090$
	Hayır	16	%53,3	22	%73,3	38	%63,3	
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	P
Yaş		32,170	8,583	35,670	10,778	33,920	9,819	0,169
İlk tanı yaşı (Yıl)		27,770	9,058	31,700	9,696	29,730	9,512	0,110
Tedavi süresi (Ay)		2,530	3,857	3,470	5,981	3,000	5,012	0,475

Kullanılan ilaç sayısı	1,670	1,124	1,430	0,568	1,55 0	0,891	0,316
İntihar girişim sayısı	1,860	0,949	1,500	0,756	1,73 0	0,883	0,374

χ^2 =Ki- Kare Testi; * $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık

Tablo 4.1' e göre deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %56,7'sinin kadın, %56,7'sinin lise mezunu, %60'nın herhangi bir işte çalıştığı, %50,0'sinin orta düzey gelir sahibi olduğu, %66,7'sinin bekar, %63,3'nün çocuk sahibi olmadığı, %53,3'nün ilde yaşadığı, %83,3'nin aileyle yaşadığı, %66,7'sinin ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı, %76,7'sinin hastaneye hiç yatış yapmadığı, %53,3'nün intihar girişiminde bulunmadığı belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %73,3'nün kadın, %56,7'sinin lise mezunu, %56,7'sinin herhangi bir işte çalıştığı, %73,3'nün orta düzey gelir sahibi olduğu, %63,3'nün evli, %40'nın çocuk sahibi olmadığı, %93,3'nün ilde yaşadığı, %76,7'sinin aileyle yaşadığı, %63,3'nün ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı, %80'nin hastaneye hiç yatış yapmadığı, %73,3'nün intihar girişiminde bulunmadığı belirlendi.

Deney ve kontrol grupları; cinsiyet, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışma durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastanede yatış sıklığı, intihar girişiminde bulunma durumu, yaş, ilk tanı yaşı, tedavi süresi, kullanılan ilaç sayısı, intihar girişim sayısı bakımından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, grupların homojen olduğu belirlendi ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Deney ve kontrol grupları; medeni durum, yaşadığı yere göre (il veya ilçe) bakımından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, grupların homojen olmadığı belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	BDÖ Ön Test	BDÖ Son Test	BDÖ 1.İzlem Test	BDÖ 2.İzlem Test	F ^b	p	Bonferroni	Etakare
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS				
Deney (n=30)	32,53±11,92	25,86±3,66	24,03±3,24	22,56±2,26	19,301	0,000	1>2,3,4; 2>3,4; 3>4	0,400
Kontrol (n=30)	28,36±8,47	29,83±9,75	33,93±11,36	27,76±9,39	9,786	0,000	1<2,3; 2<3; 3>4	0,252
t^a	1,560	-2,084	-4,588	-2,947				
p	0,125	0,044	0,000	0,006				

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bTekrarlı Ölçümler Anova Testi

Deney ve kontrol grubu hastalarının BDÖ ön test, son test, 1. İzlem, 2.İzlem test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2’de verildi.

Tablo 4.2’ye göre deney grubu hastalarının ön test BDÖ’nden aldıkları puan ortalaması 32,53±11,92’ iken kontrol grubu hastalarının ön test BDÖ’nden aldıkları puan ortalaması 28,36±8,47’dir. Gruplar arasında ön test de BDÖ’nden toplam puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp ($p>0.05$), her iki gruptaki hastaların depresyon düzeyinin benzer olduğu belirlendi.

Deney grubu hastalarının BDÖ son test puan ortalaması 25,86±3,66, kontrol grubundaki hastaların BDÖ son test puan ortalaması 29,83±9,75’den düşük bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında BDÖ son test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının BDÖ 1.İzlem test puan ortalaması 24,03±3,24, kontrol grubundaki hastaların BDÖ 1.İzlem test puan ortalaması 33,93±11,36’dan düşük bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında BDÖ 1.İzlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

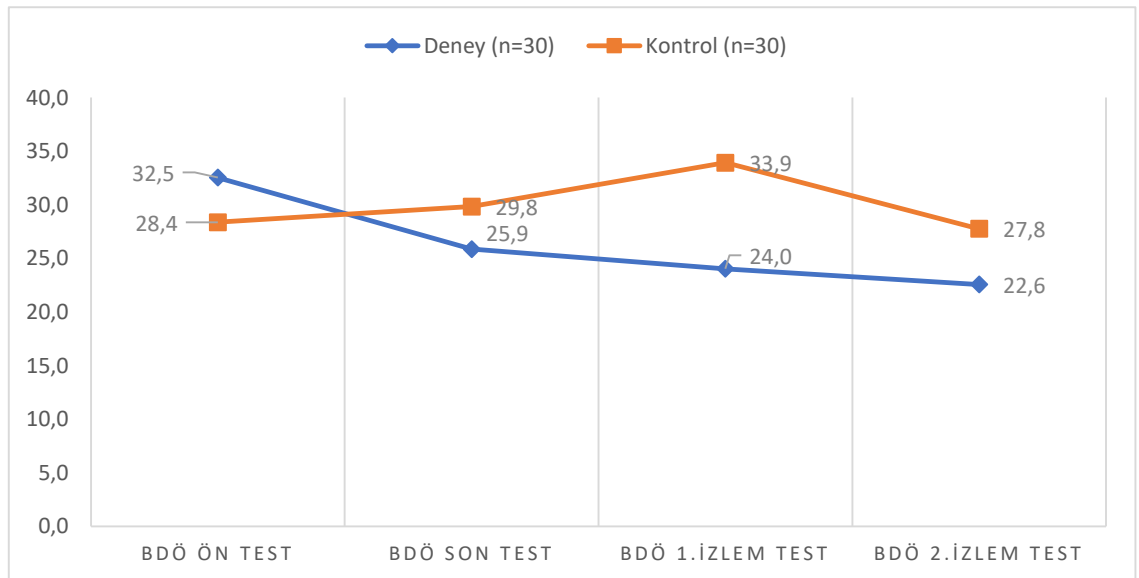
Deney grubu hastalarının BDÖ 2.İzlem test puan ortalaması 22,56±2,26, kontrol grubudaki hastaların BDÖ 2. İzlem test puan ortalaması 27,76±9,39’dan düşük bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında BDÖ 2. İzlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının ön test, son test, 1. İzlem test, 2. İzlem test BDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.2 'te verildi.

Deney grubundaki hastaların BDÖ ön test, son test, 1.İzlem test ve 2.İzlem test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). BDÖ ön test puan ortalamasına göre BDÖ son test, BDÖ 1. izlem test ve BDÖ 2. İzlem test puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). BDÖ son test puan ortalamasına göre BDÖ 1.İzlem test ve BDÖ 2.İzlem test puan ortalamasındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). BDÖ 1.İzlem test puan ortalamasına göre BDÖ 2.İzlem test puan ortalamasındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubu hastalarının ön test, son test, 1.İzlem test, 2.İzlem test BDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.2 'te verildi.

Kontrol grubundaki hastaların BDÖ ön test, son test, 1.İzlem test, 2.İzlem test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). BDÖ ön test puan ortalamasına göre BDÖ son test ve BDÖ 1.İzlem test puan ortalamasındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) BDÖ son test puan ortalamasına göre BDÖ 1.İzlem test puan ortalamasındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). BDÖ 1.İzlem test puan ortalamasına göre BDÖ 2.İzlem test puan ortalamasındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).



Şekil 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması

Deney ve kontrol grubu hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ön test ,son test , 1.İzlem test, 2.İzlem test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3 'de verildi.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	RBSÖ Ön Test	RBSÖ Son Test	RBSÖ 1. İzlem Test	RBSÖ 2. İzlem Test	F ^b	p	Bonferroni	Etakare
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS				
Deney (n=30)	5,16±1,31	4,16±1,85	4,26±1,46	4,00±1,61	3,933	0,017	1>2,3,4	0,119
Kontrol (n=30)	4,60±1,47	6,16±2,36	6,33±2,41	5,53±1,88	7,144	0,000	1<2,3,4	0,198
T	1,570	-3,642	-4,015	-3,376				
Sd	58,000	58,000	58,000	58,000				
P	0,122	0,001	0,000	0,001				

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bTekrarlı Ölçümler Anova Testi

Tablo 4.3'ye göre deney grubu hastalarının ön test RBSÖ'nden aldıkları puan ortalaması 5,16±1,31 'iken kontrol grubu hastalarının ön test puan ortalaması 4,60±1,47'dır. Gruplar arasında ön test de RBSÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp (p>0.05), her iki gruptaki hastaların benlik saygısı düzeylerinin benzer olduğu belirlendi.

Deney grubu hastalarının son test RBSÖ'nden aldıkları puan ortalaması 4,16±1,85, kontrol grubundaki hastaların RBSÖ son test puan ortalaması 6,16±2,36'dan düşük bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında RBSÖ son test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (p<0.05).

Deney grubu hastalarının RBSÖ 1. izlem test puan ortalaması 4,26±1,46, kontrol grubundaki hastaların RBSÖ 1. izlem test puan ortalaması 6,33±2,41'dan düşük bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında RBSÖ 1. izlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (p<0.05).

Deney grubu hastalarının RBSÖ 2.İzlem test puan ortalaması 4,00±1,61, kontrol grubundaki hastaların RBSÖ 2.İzlem test puan ortalaması 5,53±1,88'dan düşük bulundu.

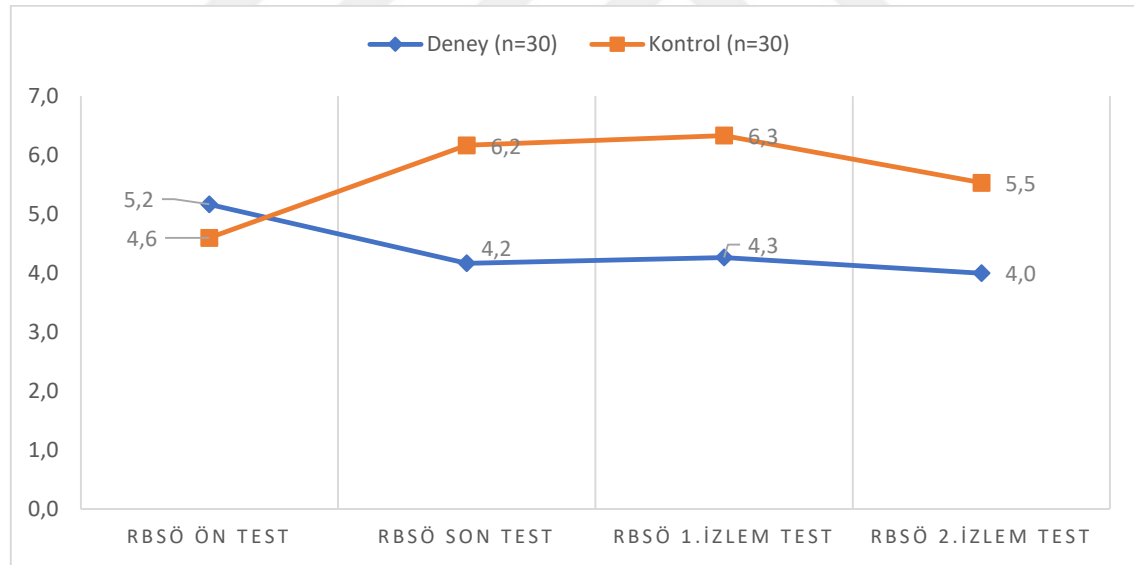
Deney ve kontrol grubu hastaları arasında RBSÖ 2. İzlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının ön test, son test, 1. İzlem test ,2. İzlem test RBSÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.3 'te verildi.

Deney grubundaki hastaların RBSÖ ön test, son test, 1. İzlem test ve 2. İzlem test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). RBSÖ ön test puan ortalamasına göre RBSÖ son test, RBSÖ 1. İzlem test ve RBSÖ 2. İzlem test puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların ön test, son test, 1. İzlem test, 2. İzlem test RBSÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.3 'te verildi.

Kontrol grubundaki hastaların RBSÖ ön test, son test, 1. İzlem test ve 2. İzlem test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). RBSÖ ön test ölçümüne göre RBSÖ son test, RBSÖ 1. İzlem test ve RBSÖ 2. İzlem test puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).



Şekil 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması

Deney ve kontrol grubu hastalarının Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği ön test, son test, 1. İzlem test, 2. İzlem test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.4 'de verildi.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	ÇBMDÖ Ön Test	ÇBMDÖ Son Test	ÇBMDÖ 1. İzlem Test	ÇBMDÖ 2. İzlem Test	F ^b	p	Bonferroni	Etakare
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS				
Deney (n=30)	43,30±13,02	64,50±11,04	64,53±10,54	64,16±10,88	38,823	0,000	1<2,3,4	0,572
Kontrol (n=30)	50,53±16,61	43,70±16,06	39,73±16,45	44,33±12,59	9,201	0,000	1>2,3,4; 2>3	0,241
T	-1,876	5,843	6,950	6,528				
sd	58,000	58,000	58,000	58,000				
P	0,066	0,000	0,000	0,000				

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bTekrarlı Ölçümler Anova Testi

Tablo 4.4'ye göre deney grubu hastalarının ÇBMDÖ ön test puan ortalaması 43,300±13,026'iken kontrol grubu hastalarının ön test puan ortalaması 50,333±16,617'dir. Gruplar arasında ön test de ÇBMDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp ($p>0.05$), her iki gruptaki hastaların mizah duygu düzeyinin benzer olduğu belirlendi.

Deney grubu hastalarının ÇBMDÖ son test puan ortalaması 64,50±11,04, kontrol grubundaki hastaların ÇBMDÖ son test puan ortalaması 43,70±16,06'dan yüksek bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında ÇBMDÖ son test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının ÇBMDÖ 1. izlem test puan ortalaması 64,53±10,54, kontrol grubundaki hastaların ÇBMDÖ 1. izlem test puan ortalaması 39,73±16,45'dan yüksek bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında ÇBMDÖ 1. izlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

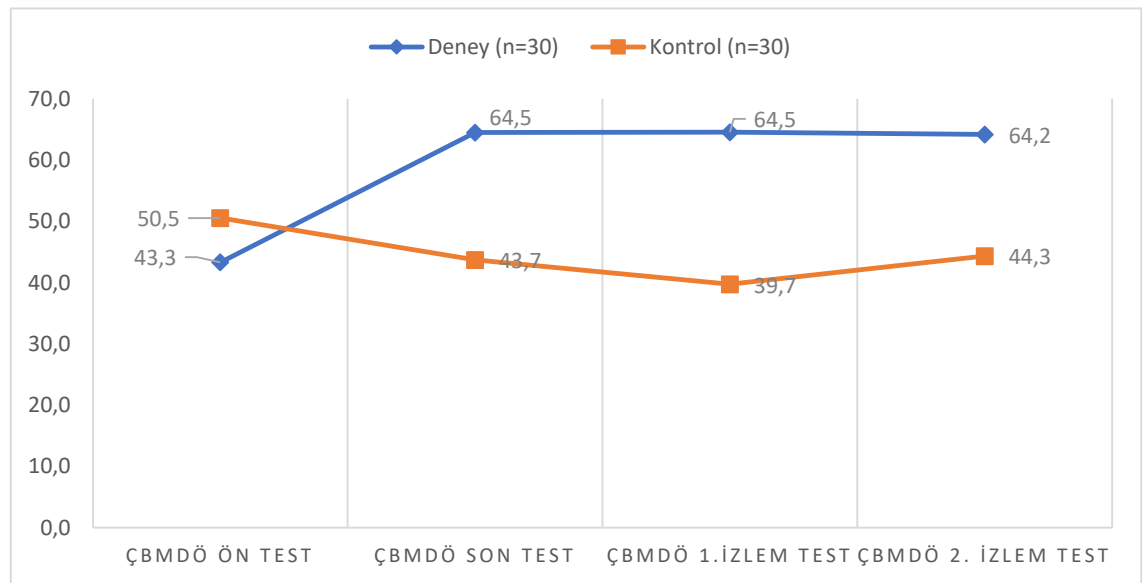
Deney grubu hastalarının ÇBMDÖ 2.İzlem test puan ortalaması 64,16±10,88, kontrol grubundaki hastaların ÇBMDÖ 2.İzlem test puan ortalaması 44,33±12,59'dan yüksek bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında ÇBMDÖ 2.İzlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının ön test, son test, 1. İzlem test, 2. İzlem test ÇBMDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4 'te verildi.

Deney grubundaki hastaların ÇBMDÖ ön test puan ortalamasına göre ÇBMDÖ son test, ÇBMDÖ 1.İzlem test ve ÇBMDÖ 2.İzlem test puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların ön test, son test, 1.İzlem test, 2. İzlem test ÇBMDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4 'te verildi.

Kontrol grubundaki hastaların ÇBMDÖ ön test puan ortalamasına göre ÇBMDÖ son test, ÇBMDÖ 1.İzlem test ve ÇBMDÖ 2.İzlem test puan ortalamalarındaki düşüş anlamlıdır ($p<0.05$).



Şekil 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması

Deney ve kontrol grubu hastalarının Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği ön test, son test, 1. İzlem test, 2.İzlem test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5' de verildi.

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	MYBÇÖ Ön Test	MYBÇÖ Son Test	MYBÇÖ 1. İzlem Test	MYBÇÖ 2. İzlem Test	F ^b	p	Bonferroni	Etakare
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS				
Deney (n=30)	13,13±2,88	18,66±3,24	18,93±3,63	19,20±3,80	57,509	0,000	1<2,3,4	0,665
Kontrol (n=30)	13,66±3,89	11,16±3,87	10,06±3,46	13,73±3,25	15,648	0,000	1>2,3; 2<4; 2>3; 3<4	0,350
T	-0,602	8,128	9,668	5,982				
sd	58,000	58,000	58,000	58,000				
P	0,549	0,000	0,000	0,000				

^aBağımsız Gruplar T-Testi; ^bTekrarlı Ölçümler Anova Testi

Tablo 4.5’ye göre deney grubu hastalarının MYBÇÖ ön test puan ortalaması 13,13±2,88’iken kontrol grubu hastalarının ön test puan ortalaması 13,66±3,89’dır. Gruplar arasında ön test de MYBÇÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp ($p>0.05$), her iki gruptaki hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin benzer olduğu belirlendi.

Deney grubu hastalarının MYBÇÖ son test puan ortalaması 18,66±3,24, kontrol grubundaki hastaların MYBÇÖ son test puan ortalaması 11,16±3,87’dan yüksek bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında MYBÇÖ son test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının MYBÇÖ 1. İzlem test puan ortalaması 18,93±3,63, kontrol grubundaki hastaların MYBÇÖ 1. İzlem test puan ortalaması 10,06±3,46’dan yüksek bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında MYBÇÖ 1. İzlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

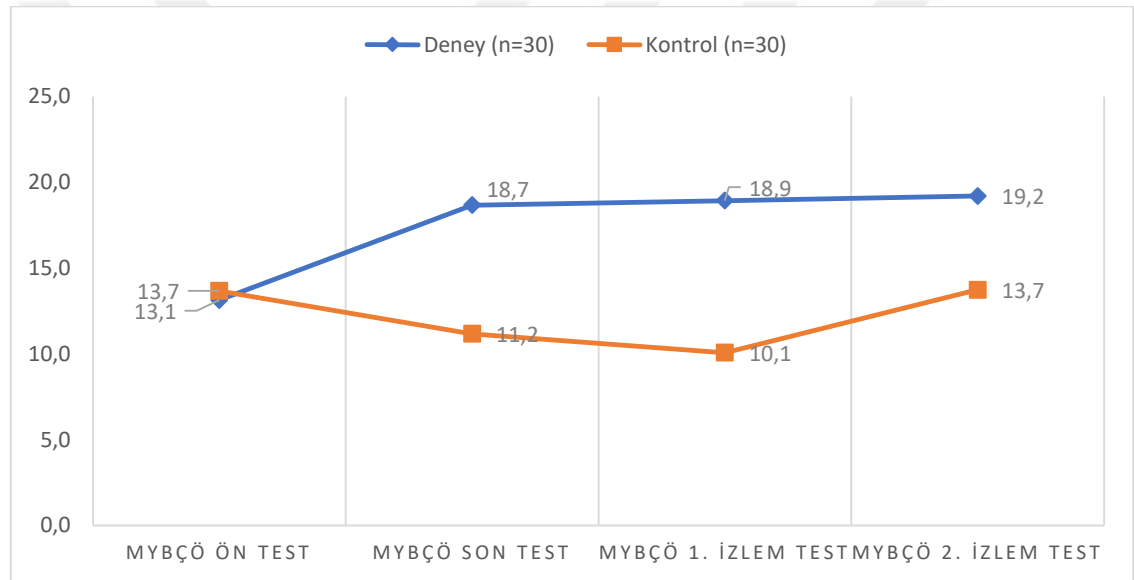
Deney grubu hastalarının MYBÇÖ 2. İzlem test puan ortalaması 19,20±3,80, kontrol grubundaki hastaların MYBÇÖ 2. İzlem test puan ortalaması 13,73±3,25’dan yüksek bulundu. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında MYBÇÖ 2. İzlem test puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$).

Deney grubu hastalarının ön test, son test, 1. İzlem test , 2. İzlem test MYBÇÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.5’te verildi.

Deney grubundaki hastaların MYBÇÖ ön test puan ortalamasına göre MYBÇÖ son test, MYBÇÖ 1.İzlem test ve MYBÇÖ 2.İzlem test puan ortalamalarındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların ön test, son test, 1.İzlem test, 2.İzlem test MYBÇÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.5 'te verildi.

Kontrol grubundaki hastaların MYBÇÖ ön test puan ortalamasına göre MYBÇÖ son test, MYBÇÖ 1.İzlem test puan ortalamalarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). MYBÇÖ son test puan ortalamasına göre MYBÇÖ 2.İzlem test puan ortalamasındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). MYBÇÖ 1. İzlem test puan ortalamasına göre MYBÇÖ 2. İzlem test puan ortalamasındaki artış anlamlıdır ($p<0.05$).



Şekil 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplararası Karşılaştırması

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma depresyon hastalarına uygulanan BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının mizah duygusu, benlik saygısı ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Araştırmamızın sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda değerlendirildi. BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının depresyon hastalarına uygulanmasına dair daha önce böyle bir çalışmaya rastlanmamış olması açısından farklıdır.

5.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının Depresyon Tanılı Hastaların Depresyon Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programında en temel yöntemlerden biri otomatik düşüncelerin incelenmesi ve bunlara olan inancın azaltılarak duygu ve davranış üzerindeki etkisinin sağlanmasıdır (3,8,79). Birçok çalışma ve meta-analiz bilişsel terapinin depresyon üzerindeki etkinliğini göstermiştir (40,79,143). Bilişsel ve beceri temelli eğitimlerde mizah kullanılarak kişilerin olumsuz düşüncelerden uzaklaşmasını daha nesnel ve gerçekçi sağlıklı düşünceler yapılandırmalarına ve bireylerin başetme güçlerinin arttığı yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (12,21,23,26,109). Terapötik mizah kullanımının depresyon düzeyini azaltmada etkili olduğu ve stres karşısında reaktif ve proaktif başa çıkma stratejisi olarak rol oynadığı yapılmış birçok çalışmayla desteklenmiştir (21,22,26).

Ruhsal bozuklukların tedavisi kapsamında ülkemizde literatürde bu konu ile ilgili eksiklik olduğu tespit edilmiştir. Bu eksiklikten hareketle yapılan araştırmamızda; depresyon tanılı hastalara uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim programının hastaların depresyon düzeyleri üzerine sonuçları tartışılmıştır.

Bu araştırmada Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma psikoeğitim öncesinde BDÖ'nin ölçek değerlendirmesine göre (135,136), deney ve kontrol grubundaki depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyi yüksektir. Psikoeğitim programı öncesi gruplararası karşılaştırmada ön test de deney ve kontrol grubundaki hastaların depresyon düzeyi açısından anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Psikoeğitim programı sonrası gruplar arası karşılaştırmada, deney grubunda depresyon düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüş görülmüştür. Araştırmada deney grubunun grup içi karşılaştırmalarına bakıldığında, ön teste göre son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı düşüş olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarına bakıldığında, ön teste göre son test ve birinci izlem testlerinde depresyon düzeyinde artış saptanmışken, ikinci izlem test de ön teste göre depresyon düzeyinde düşüş saptanmıştır.

Kontrol grubunda ön teste göre son test ve birinci izlem test de istatistiksel olarak depresyon düzeyinde artış olmasının nedeni olarak veri toplama sürecinde Türkiyede asrın felaketi olarak belirtilen 6 Şubat 2023 depreminin yaşanması ve hastaların ikamet ettiği Mardin ilinde depremin hissedilmiş olmasıdır. Bu yüzden kontrol grubunda ön teste göre son test ve birinci izlem test de istatistiksel olarak depresyon düzeyinde artış olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubunda ön teste göre ikinci izlem test de istatistiksel olarak depresyon düzeyinde düşüş olması medikal tedavinin gerekli ve etkili olduğunu göstermektedir. Ancak deney grubunda ön teste göre son test birinci izlem test ve ikinci izlem test de istatistiksel olarak depresyon düzeyinde düşüş olması veri toplama sürecinde asrın felaketi olarak belirtilen 6 Şubat 2023 depreminin yaşanmış olmasına rağmen psikoeğitim programının depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitiminde; hastalığı tanıma, farkındalık, negatif otomatik düşüncelerin ve bilişsel hataların saptanması, bilişsel yeniden yapılandırmada mizah kullanımı, baş etme biçimleri, maruz kalma çalışmaları ve gevşeme egzersizleri teknikleri bulunmaktadır. Depresyon düzeyinin azalmasında hastalığın tanımının, belirtilerinin ve yönetiminin öğretilmesi, olay- duygu- düşünce- davranış arasındaki ilişkinin açıklanması otomatik düşüncelerin tespiti, düşünce hatalarının incelenmesi düşüncelerin yeniden yapılandırmasında mizah terapiden faydalanma; davranışsal müdahalede gevşeme egzersizleri ile baş etme yöntemi olarak mizah kullanma çalışmaları, seans içi maruz kalma çalışmaları gibi tekniklerin etkili olduğu düşünülmektedir. Deney grubu depresyon düzeyinde son test, birinci izlem test ve ikinci izlem testte anlamlı düzeyde düşüş saptanması, depresyon hastalarına uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma psikoeğitim programının başarılı olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda **H₁**; hipotezi olan **‘Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyini azaltır.’** hipotezi doğrulanmaktadır. Ulusal ve

uluslararası düzeyde literatür incelendiğinde elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte sonuçlar olduğu görüldü. Yapılmış bir çok çalışmada BDT'nin depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyi tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (9,13,14,15,144,145,147). Mizah terapisinin depresyon tanılı hastalarda depresif semptomların düzeyini azalttığı yapılan çalışmalarla gösterilmektedir (28,29,146,148,149,150,151). Alan yazında BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimin depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyine etkisini gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmamız bu yönüyle ilk olması nedeniyle önemlidir. Ancak yapılan bu çalışmalar BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının uygulanabilirliği ve etkili olma potansiyeline sahip olduğunu göstermiştir.

5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının Depresyon Tanılı Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Etkisinin Tartışılması

Literatüre bakıldığında depresyon tanılı hastaların benlik saygısının düşük olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (9,31,37,152). Benlik saygısının düşük olması depresyonun hem nedeni hem de sonucu olarak görülmektedir (96). Akılcı olmayan inançlara sahip depresyon tanılı hastaların benlik saygılarını artırmak amacıyla BDT'de olumsuz otomatik düşünceleri ve uyum bozucu inançları tanımayı olumlu düşüncelerle değiştirebilmeleri sağlanır. Benlik ile ilgili bilişler üzerinde çalışırken mizah hastaların çarpık düşünceleri ile kendileri arasına mesafe koymasına, alternatif bilişler ve davranışlar oluşturmaya yardımcı olur (9,36,37). Artan neşe, kişinin kendine bakışını tehdit edebilecek dış uyaranlarla karşılaştığında, kişinin kendi duygusal öz değeri ve değerine ilişkin olumlu algısı olarak tanımlanan olumlu benlik saygısını artırabilir ve korumaya yardımcı olur (126). Herzog ve Strenay, mizah duygusu fazla olan insanların; özgüven, özerklik, kendini kabul, iyimserlik gibi olumlu özelliklere sahip olduklarını belirtmişlerdir (35).

Bu araştırmada Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma psikoeğitim öncesinde ön test de deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, benlik saygısı seviyesi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Program sonrasında ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, deney grubunun benlik saygısı seviyesi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın bir ay ve üç ay sonra yapılan izlem testlerinde devam ettiği belirlenmiştir. Araştırmada deney grubunun grup içi karşılaştırmalarına bakıldığında, ön

teste göre son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test benlik saygısı seviyesinde artış olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarına bakıldığında, ön teste göre son test ve birinci izlem test benlik saygısı seviyesinde düşüş olduğu ikinci izlem test de ön teste göre benlik saygısı seviyesinde artış olduğu saptanmıştır.

BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimde benlik saygısının ne olduğu ve benlik saygısına yönelik bilişsel farkındalık sağlama, olay-duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkinin açıklanması, otomatik düşünceleri yakalama, analiz etme ve gerçekçi düşüncelerle değiştirme, bilişsel çarpıtmaları farketme, olumlu mizah tarzlarının benlik saygısı üzerindeki etkisinin anlaşılması maruz kalma çalışmalarının yapılması ve gevşeme egzersizleri gibi teknikler uygulanmıştır. Bu nedenle, deney grubunun benlik saygısı seviyesinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükselme olduğu düşünülmektedir. Araştırmada kontrol grubunda yer alan hastaların benlik saygısı seviyesinde ön teste göre; son test ve birinci izlem teste düşüş olmasının nedeni olarak veri toplama sürecinde Türkiyede asrın felaketi olarak belirtilen 6 Şubat 2023 depreminin yaşanması ve hastaların ikamet ettiği Mardin ilinde depremin hissedilmiş olması, ikinci izlem teste artış olmasının farmakolojik tedavinin gerekli ve etkili olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Hastalara uygulanan BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma programı sonucunda, deney grubu benlik saygısı düzeyinde anlamlı değişimin olduğu göz önüne alındığında, uygulanan BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimin etkili olduğu sonucuna ulaşılır. Bu bağlamda H_2 ; hipotezi olan '**Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların benlik saygısını artırır**' hipotezi doğrulanmaktadır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar BDT'nin depresyon tanılı hastaların benlik saygısını arttırmada etkili olduğunu göstermektedir (32, 96,153). Yapılan çalışmalar olumlu mizah tarzlarının benlik saygısı seviyesi ile pozitif olumsuz mizah tarzlarının benlik saygısı seviyesi ile negatif ilişkili olduğu raporlandırılmıştır (33,34,35). Yapılmış çalışmalar bu araştırma sonucunu destekler nitelikte olmasına karşın depresyon tanılı hastalarda BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının etkinliğini gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmamız sonucu elde ettiğimiz bulgular bu yönüyle ilk olması açısından önemlidir.

Bu doğrultuda BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitiminin uyumlu mizah tarzlarına yönelik hastaların benlik saygısını arttırmada etkili bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna ulaşılabilir.

5.3. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim Programının Depresyon Tanılı Hastaların Mizah Duygusu ve Mizah yoluyla Başa Çıkma Üzerine Etkisinin Tartışılması

Literatür incelendiğinde mizah duygusunun depresyon hastalarının psikolojik sağlığını geliştirici yararları olduğu görülmektedir (24,25). Depresyon tanılı hastalar mizah işlemede bilişsel eksiklikler gösterirler ancak bu hastalarda mizahi uyaranlara karşı duygusal duyarlılık etkilenmemiştir. Hastaların mizah davranışına yönelik eğilimleri ve mizahla başa çıkma gibi mizah yetenekleri bozulmuştur (28,151,154). Mizah yoluyla başa çıkma hastanın başa çıkma becerisi kazanmasına, duygularını ifade edebilmesine ve yaşamındaki memnuniyetsizliği mizah yoluyla ifade edebilmesini sağlar (25,27,46,155). Bu nedenle depresif hastalarda mizah yoluyla başa çıkma hastalarda olumlu duygulanım oluşturup hastaların bilişsel sistemi daha etkili kullanılarak problemler karşısında hızlı çözümler üretilebileceği ve olumsuz durumla başa çıkabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı öncesinde ön test de deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, mizah duygusu düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonrası son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test aşamalarında deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Deney grubunun mizah duygusu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Tüm ölçüm zamanlarında deney grubunun mizah duygusu kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Deney grubundaki hastaların grup içi karşılaştırmalarında ise ön teste göre son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test mizah duygusu anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında ise ön teste göre son test, birinci izlem test ve ikinci izlem testinde düşüş anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırmada BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim öncesinde MYBÇÖ'nin ölçek değerlendirmesine göre (26), deney ve kontrol grubundaki hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeyinin orta seviyede olduğu görülmektedir. Program öncesinde ön test de deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, mizah yoluyla başa çıkma düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonrası son test, birinci izlem test ve ikinci

izlem test aşamalarında deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Deney grubunun mizah yoluyla başa çıkma düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Tüm ölçüm zamanlarında deney grubunun mizah yoluyla başa çıkma düzeyi kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Deney grubundaki hastaların grup içi karşılaştırmalarında ise son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test mizah yoluyla başa çıkma düzeyi, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırılmalarında ise ön teste göre son test ve birinci izlem testteki düşüş ile ikinci izlem testteki artış anlamlı bulunmuştur.

BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programında mizahın olumlu etkileri, depresyondaki bireye mizahi yaklaşım, terapötik mizaha engel olan ve terapötik mizahı arttıran faaliyetler konusunda hastalar bilgilendirilip farkındalık düzeyleri arttırılmıştır. Olay-duygu-düşünce-davranış'ta mizahın yeri, başetme yöntemi olarak mizah kullanma alıştırmalarının yapılması, mizahla ilgili önerilen kitap, film, karikatür, komik video ve fıkraların gündelik hayatta kullanılması, hastaların mizah günlüğü tutması gibi tekniklerin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerle depresyon tanılı hastaların mizah duygusu ve mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin artmış olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada kontrol grubunda yer alan hastaların mizah duygusu ön teste göre; son test, birinci izlem test ve ikinci izlem test de düşme olması ile kontrol grubunda yer alan hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin ön teste göre; son test ve birinci izlem test de düşme olması veri toplama sürecinde 6 Şubat 2023 depreminin yaşanması ve hastaların ikamet ettiği Mardin ilinde depremin hissedilmiş olmasından kaynaklı hastaların duygu deneyiminin etkilendiği düşünülmektedir. İkinci izlem test de mizah yoluyla başa çıkma düzeyinde artmış olması farmakolojik tedavinin gerekli ve etkili olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Hastalara uygulanan BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma programı sonucunda, deney grubu mizah duygusu düzeyinde anlamlı değişimin olduğu göz önüne alındığında, uygulanan BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimin etkili olduğu sonucuna ulaşılır. Bu bağlamda H_3 ; hipotezi olan '**Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların mizah duygusunu arttırır**' hipotezi doğrulanmaktadır. Benzer çalışmalar literatürde incelendiğinde, elde ettiğimiz sonuçları destekler niteliktedir. Ayisire ve arkadaşları tarafından (2022) depresyon hastalarında mizah terapinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan

çalışmada, mizahın olumsuz duyguları azalttığı olumlu mizah duygusunu artırdığı ayrıca mizahın depresyonu yönetmede yararlı bir araç olabileceği sonucu rapor edilmiştir (154). Strick ve arkadaşları (2009) çalışmasında mizahın bilişsel dikkati dağıttığı ve sonuç olarak olumsuz duyguların azalması ile beraber mizah duygusunda artış olduğu ifade edilmiştir (27). Bokarius ve arkadaşları tarafından (2011) çalışmada, Majör depresif bozukluk belirtilerine rağmen hastalarda mizah duygusunun devam ettiğini sunmuşlardır (155). Augustine ve arkadaşlarının tarafından (2009) duygu düzenleme stratejilerinin etkinliğinin incelendiği yeniden bilişsel değerlendirmenin ve dikkat dağıtmanın etkili duygulanım onarımı sağladığı rapor edilmiştir (156).

Hastalara verilen BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonucunda, deney grubundaki depresyon tanılı hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeyindeki artış, araştırma hipotezlerinden olan **‘Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitim, depresyon tanılı hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeyini arttırır’** şeklindeki **H₄** hipotezini doğrulamaktadır. Benzer çalışmalar literatürde incelendiğinde, Falkenberg ve arkadaşlarının (2011) depresyon hastalarında manuel terapi temelli mizah becerileri eğitimini uygulanmasını araştırmak amacıyla yaptıkları pilot çalışmada, 8 haftalık eğitim sonucunda hastaların, mizahı bir başa çıkma stratejisi olarak kullanma konusunda kendilerini daha yetenekli bulduklarını ve mizahın daha farkında oldukları belirtilmiştir (23). Tagalidou ve arkadaşları tarafından (2018) tek kollu pilot çalışmasında, mizah yoluyla baş etme eğitiminin uygulanabilirliği ile ilgili depresiflik ve artan strese muzdarip 34 katılımcıdan oluşan katılımcılara 7 haftalık mizah yoluyla başa çıkma eğitimi verilmiştir. Eğitim sonundaki değerlendirmelerde katılımcıların mizah yoluyla başa çıkma düzeyinde artış katılımcıların ruh halinde iyileşme olduğu görüldü (46). Edwards ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmalar sonucunda stres karşısında daha olumlu ve kendini koruyucu bilişsel değerlendirmeler ve mizah yoluyla başa çıkma hem olumlu hemde olumsuz yaşam olaylarında daha olumlu duygulanım sağlar (110). Yapılmış çalışmalar araştırmayı destekler niteliktedir ancak alan yazında BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimin depresyon tanılı hastaların mizah duygusu ve mizah yoluyla başa çıkma düzeyine etkisini gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmamız bu yönüyle ilk olması nedeniyle önemlidir.

Bu doğrultuda BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitimin depresyon tanılı hastalarda mizah duygusu ve mizah yoluyla başa çıkma düzeyini arttırmakta etkili bir tedavi yöntemi olduğu sonucuna ulaşıldı.

5.4. Sonuç ve Öneriler

Depresyon tanılı hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapi temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programının mizah duygusu, benlik saygısı ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Deney ve kontrol grubundaki depresyon tanılı hastaların tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu,
- ✓ BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubu hastaların ön test puan ortalamalarının benzer olduğu,
- ✓ BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonrası deney grubu hastaların depresyon düzeylerinin kontrol grubu hastalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu ve benlik saygısı, mizah duygusu, mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- ✓ BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonrası grup içi karşılaştırmada; deney grubu hastaların ön teste göre depresyon düzeylerinin düştüğü benlik saygısı mizah duygusu ve mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin arttığı,
- ✓ BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programı sonrası grup içi karşılaştırmada; kontrol grubu hastaların ön teste göre son test ve birinci izlem testlerinde depresyon düzeyinin arttığı, benlik saygısı, mizah duygusu ve mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin azaldığı ancak birinci izlem teste göre yapılan ikinci izlem testinde depresyon düzeyinin azaldığı, benlik saygısı, mizah duygusu ve mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin arttığı görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- ✓ Depresyon tanılı hastalarda tıbbi tedaviye ek olarak BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma psikoeğitim programlarının uygulanması,
- ✓ Psikiyatri hemşirelerinin BDT sertifika programlarına katılarak depresyon tanılı hastalara yönelik BDT temelli psikoeğitim müdahale ve uygulamalarında rol almaları,

- ✓ Literatüre bakıldığında depresyon tanılı hastalarda BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma ile ilgili bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Eğitimin uygulanabilirliği açısından daha büyük bir grup ve daha uzun süren deneysel araştırmaların yapılması,
- ✓ Depresyon tanılı hastalarda BDT temelli mizah yoluyla başa çıkma yöntemlerinin etkinliğini gözlemlemek amacıyla farklı örneklerde benzer çalışma yapılması,
- ✓ Ülkemizdeki hemşirelik eğitim kurumlarında yürütülen hemşirelik programlarının müfredatına terapötik mizah ile ilgili derslerin eklenmesi ve bu konuda hemşirelerin bilgi ve beceri düzeylerinin geliştirilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Gürhan N. (Editör). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı, Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2016.
2. World Health Organization. Depression. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> Erişim Tarihi: Şubat 2023.
3. Türkçapar MH. Fark Et, Düşün, Hisset, Yaşa. Meriç T, Üzen C (Editörler). 12. Baskı, İstanbul: Epsilon Yayınları, 2019: p. 77-117.
4. Engin E, Ergün G. Depresyon. İçinde: Çam E, Engin E (Editörler). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 2014: p.335-366.
5. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. <https://www.yumpu.com/tr/document/view/25951555/ulusal-ruh-saglig-eylem-plan-saglik-bakanlg>. Erişim Tarihi: Haziran 2023
6. Tekir Ö, Yaşar Ö, Çevik C, Dikoğlu M, Kaymak GÖ. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon ve benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;8(1):15-21. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/34701/346725>
7. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015; 7(1): 1-15. <https://doi.org/10.5455/cap.20140426072955>
8. Türkçapar M H. Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama. Gezmiş EO. (Editör). 22. Baskı, İstanbul: Epsilon Yayınları, 2023: p.162-192.
9. Vurucu S. Bilişsel Davranışçı Terapinin Depresyon Düzeyi Yüksek Olan Bireylere Etkisi. 2023, Nişantaşı Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 104 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Metin Çınaroğlu).
10. Öngider N. Bilişsel davranışçı terapinin boşanma sonrasında kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında etkinliği: Bir pilot çalışma. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2013; 2(3): 147-155.

11. Türkçapar MH. Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama. 8. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014: p. 223-331.
12. Zorlu H, Gündüz Ö. Psikoterapide mizah. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2019; 8(3): 190-199.
<https://jcbpr.org/storage/upload/pdfs/1708083095-tr.pdf>
13. Lin Z, Cheng L, Han X, Wang H, Liao Y, Guo L, Shi J, Fan B, Teopiz KM, Jawad MY, Zhang H, Chen Y, Lu C, McIntyre RS. The Effect of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy on Major Depressive Disorder: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research. 2023; 25: 1-19.
14. Li J, Li X, Jiang J, Xu X, Wu J, Xu Y, Lin X, Salonu J, Xu H, Xu J, Xu XY. The effect of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, and stress in patients with COVID-19: A randomized controlled trial. Frontiers in Psychiatry. 2020; 11: 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580827>
15. Changklang P, Ranteh O. The effects of cognitive behavioural therapy on depression, anxiety, stress, and self-esteem in public health students, Thailand. Journal of Education and Health Promotion. 2023; 12(1): 152. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1274_22
16. Özarslan Z, Fıstıkcı N, Keyvan A, Uğurad Zİ, Saygılı S. Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. Marmara Medical Journal 2013; 26: 130-5.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/marumj/issue/399/2804>
17. Güler Ç, Güler BU. Mizah, Gülme ve Gülme Bilimi. 1. Baskı, Ankara: Ankara Yazıt Yayıncılık, 2010.
18. Öz F, Hiçdurmaz D. Stresle başetmede önemli bir yol: Mizahin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 3(1): 83-88.
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29513>
19. Pinto DG. Authenticity And Goal-Directed Behaviours And Cognitions. 2014, University of Leicester, The Faculty of Medicine and Biological Sciences School of Psychology, Dissertation Thesis, 205 pages, London, (Dr. John Maltby).
20. Fitzpatrick MR, Stalikas A. Positive emotions as generators of therapeutic change. Journal of Psychotherapy Integration. 2008; 18(2): 137-154. DOI: 10.1037/1053-0479.18.2.137

21. Yerlikaya EE. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2007, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 165 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Banu Yazgan İnanc).
22. Özdolap M. Mizah Tarzları ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2015, Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 76 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. M. Bayhan Üge).
23. Falkenberg I, Buchkremer G, Bartels M, Wild B. Implementation of a manual-based training of humor abilities in patients with depression: A pilot study. *Psychiatry Research*. 2011; 186(2-3): 454-457. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.10.009
24. Sun Y, Zhong Y, Sun W, Chu L, Long J, Fan XW. More prevalent and more severe: Gender differences of depressive symptoms in Chinese adolescents. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167234>
25. Kermen U, Çınar SE. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli bir psikolojik danışma programının ergenlerin sosyal fobi ve mizah düzeylerine etkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2019; 15(3): 831-844. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/892136>
26. Yerlikaya E.E. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2009, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 165 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Banu Yazgan İnanc).
27. Strick M, Holland RW, Van Baaren RB, Van Knippenberg AD. Finding comfort in a joke: Consolatory effects of humor through cognitive distraction. *Emotion*. 2009; 9(4): 574 –578. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0015951>
28. Zhao J, Yin H, Zhang G, Li G, Shang B, Wang C, Chen L. A meta-analysis of and sleep quality in adults. *Journal of Advanced Nursing* 2019; 75(11): 2435-2448. <https://doi.org/10.1111/jan.14000>
29. Sun X, Zhang J, Wang Y, Zhang X, Li S, Qu Z, Zhang H. The impact of humor therapy on people suffering from depression or anxiety: An integrative literature review. *Brain and Behavior*. 2023; 13(9): 08-31. <https://doi.org/10.1002/brb3.3108>

30. Yılmaz BŞ, Duy B. Psiko-eğitim uygulamasının kız öğrencilerin benlik saygısı ve akılcı olmayan inançları üzerine etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013; 4 (39): 68-8. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/200120>
31. Çörüş G. Son Ergenlikte Öz-Değeri Etkileyen Ailesel Değişkenler: Bilişsel Kuram Açısından Bir Değerlendirme. 2001, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 202 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nursel Telman).
32. Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yang M, Xiao Z, Yang M. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2013; 34(2): 60-67. DOI: 10.3109/0167482x.2013.766791
33. Yue XD, Liu K W Y, Jiang F, Hiranandani NA. Humor styles, self-esteem, and subjective happiness. Psychological report. 2014; 115(2): 517-525. <https://doi.org/10.2466/07.02.PR0.115c18z6>
34. McCosker B, Moran CC. Differential effects of self-esteem and interpersonal competence on humor styles. Psychology Research and Behavior Management. 2012;5:143–50. DOI: 10.2147/PRBM.S36967
35. Çakmak S, Karakuş G, Tamam L, Taşdemir A, Karaytuğ MO. Tıp fakültesi I dönem öğrencilerinde mizah tarzları ve benlik saygısı ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. Çukurova Medical Journal. 2015; 40(4): 782-793.
36. Aliyev V. Major Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Farmakoterapinin Bilişsel İşlevler Üzerine Etkisi: Bir İzlem Çalışması. 2020, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 106 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Vesile Şentürk Cankorur).
37. Bozanoğlu İ. The effect of a group guidance program based on cognitive-behavioral approach on motivation, self-esteem, achievement and test anxiety levels. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences . 2005; 38(1): 17-42.
38. Tanrıverdi D. (Editör). Farklı Yönleriyle Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1.Baskı, Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2021.
39. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8:132-139.

40. Duru HA, Yılmaz M. Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 16(1): 131-146. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2579613>
41. Choi YS, Lee EJ, Cho Y. The effect of Korean-group cognitive behavioural therapy among patients with panic disorder in clinic settings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2017; 24(1): 28-40. <https://doi.org/10.1111/jpm.12337>
42. Kunikata H, Yoshinaga N, Shiraishi Y, Okada Y. Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. Japan journal of nursing science. 2016; 13(3): 355- 364. <https://doi.org/10.1111/jjns.12114>
43. Aktura SÇ, Özden G. İyileştirici bir tebessüm: Mizah. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 5(1): 129-136. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.732067>
44. Bag B. Therapeutic use of humor in psychiatric care. Current Approaches in Psychiatry 2020; 12(4):519-533. DOI:10.18863/pgy.689943.
45. Çiftçi E. Bir Mizah Girişiminin Çocuk ve Ebeveyninin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyetesini Azaltmaya Etkisi: Hastane Palyaçoluğu. 2019, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi,105 sayfa, Zonguldak, (Dr. Öğr. Üyesi Müge Seval).
46. Tagalidou N, Loderer V, Distlberger E, Laireiter AR. Feasibility of a humor training to promote humor and decrease stress in a subclinical sample: A single-arm pilot study. Frontiers in psychology.2018; 9: 577. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00577>
47. Köroğlu E. İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk Mani ve Depresyon Nedir? Nasıl Baş edilir?.1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2016.
48. Türkçapar M. H. Depresyondan Çıkış Yolu. Meriç T (Editör). 3.Baskı, İstanbul: Epsilon Yayınları, 2020: p.22-78.
49. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1(1): 5-11.

50. Yüksel N. (Editör). Ruhsal Hastalıklar. 4. Baskı, Ankara: MN Medikal & Nobel, 2014; p. 267-306.
51. Baysan Arabacı L. (Editör). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2020; p.233-246.
52. Horwitz AV, Wakefield JC, Lorenzo LL. History of depression. In: Derubeis RJ, Strunk DR (Eds). The Oxford handbook of mood disorders, New york: Oxford University Press, 2017; p.11-23.
53. Türker Y. Protez Kapak Hastalarında Anksiyete ve Depresyon ile İlişkili Sosyodemografik Özellikler. 2010, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 79 sayfa, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Kurtulmuş Öngel).
54. Türkçapar M.H. Depresyon. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013
55. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10(6):3-10.
https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_10_100_3_10.pdf
56. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ankara, 2004.
57. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam. 2004; 17(1): 27-33.
58. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
59. Özcan CT, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Özcan CT, Gürhan N (Editörler). 6. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016.
60. Erdoğan A, Hocaoglu Ç. Doğum sonrası depresyonun tanı ve tedavisi: Bir gözden geçirme. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2020; 11(39): 31-37
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1110912>

61. Duda JM, Joormann J. Learned helplessness: Expanding on a goal-directed perspective. *Cognition and Emotion*. 2022; 36(6): 1037-1041. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2118238>
62. Ulusoy Y, Duy, B. Effectiveness of a Psycho-education Program on Learned Helplessness and Irrational Beliefs. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2013; 13(3): 1440-1446. DOI: 10.12738/estp.2013.3.1469
63. Aktan CC, Yay S.Öğrenilmiş çaresizlik ve değişime karşı pasif direnç. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 2016; 8(2): 58-71. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/437960>
64. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*. 2010; 14(9):418-424.
65. Karagöz Y. Olumlu Düşünme Eğitim Programının Ergenlerin Geleceğe Yönelik İyimserlik, Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. 2011, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 195 sayfa, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Şüheda Özben).
66. Burns D. İyi Hissetmek. Alp Karaosmanoğlu (Editör). 51. Baskı, İstanbul: Psikonet Yayınları, 2021:p.29-41.
67. Mamur B. Yetişkin Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları, Nesne İlişkileri ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2020, Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 121 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Nuşin Bilgin).
68. Oğuz M. Duygu Dünyamızın Fiziksel Etkileri: Sağlıklı Hayat İçin Özgün Çözümler. Erol Şahnacı (Editör). 1.Baskı, Ankara : Hayat Yayınları, 2020:p.126-140.
69. Townsend MC, Morgan KI. Depressive Disorders. In: Townsend MC, Morgan KI. (eds), *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* 9th ed. Philadelphia: FA Davis Company, 2018 : p.494-527.
70. Pınar ŞE, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(2):86-91. DOI: 10.5505/phd.2012.14633
71. Sonbahar C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına Bağlı Kuruluşlarda Çalışan Meslek Elemanlarının İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine

Etkisi: Adana İli Örneği. 2019, Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 98 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz).

72. Soloman A. The Noonday Demon: An Anatomy of Depression. 1ed. London: Vintage, 2016:p.11-38.

73. Köroğlu E. Psikiyatri Başvuru El Kitabı: Hastalar, Danışanlar ve Yakınları İçin Ruhsal Hastalıklar Kılavuzu. 2 Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013: p.37-100.

74. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11 Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2011: p.337-420.

75. Yılmaz S. Sarısoy G. Şahin A R, Arık A C, Güz H, Böke Ö, Pazvantoğlu O, Kaçar ÖF. Majör depresif bozukluk hastalarında nöbet sayısının remisyon sırasındaki nörobilişsel işlevlerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013;14:218-27.

76. Poyraz CA, Kocabaşoğlu N, Konuk N. Psikotik özellikli depresyonun adli boyutu. Journal of Mood Disorders 2012; 2(4): 180-5. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/109828>

77. Fossati P. Is major depression a cognitive disorder?.Revue Neurologique. 2018;174(4):212-215. DOI: 10.1016/j.neurol.2018.01.365

78.Tamam L. (Editör). Psikiyatriye Giriş Ders Kitabı. 5. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2014.

79. Ayhan M.O. Depresyon Hastalarında Bilinçli Farkındalık ile Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişki. 2019, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,48 sayfa, Malatya, (Doç. Dr. Funda Kavak Budak).

80. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011; 45(2): 65-74.

81. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). 5. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.

82. Kelsey JE.Treatment strategies in achieving remission in major depressive disorder. Acta Psychiatry Scand. 2002; 415(106): 18-25. DOI: 10.1034/j.1600-0447.106.s415.4.x

83. Aydemir Ö. Major depresif bozuklukta tedavi hedefleri ve tedavinin izlenmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2011; 21 (Supp1):1-9.

84. Köroğlu E. Psikiyatri Tedavi Kılavuzları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2016: p.131-143.
85. Tutkunkardaş MD, Kılınçaslan A.  ocuk ve ergenlerde depresyonun ilaçla tedavisi: Bir gözden geçirme. Journal of Mood Disorders 2011; 1: 34-45. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/109840>
86. Köroğlu E. Psikiyatri Ders Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2012: p.77-108.
87. şendur İ. Major Depresyon Bozukluğu Olan Hastalarda 1 H-MRS Yöntemi ile Prefrontal Korteks Nörokimyasal Metabolit Düzeyleri. 2016, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 90 sayfa, Denizli, (Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu).
88. Yüksel N. (Editör). Psikofarmakoloji. 3. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: p.145-215.
89. Moraczewski J, Awosika AO, Aedma KK. Tricyclic antidepressants. In Stat Pearls Publishing. 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/> Erişim Tarihi: 25.05.2024.
90. Berken GH, Weinstein DO, Stern WC. Weight gain: A side-effect of tricyclic antidepressants. Journal of Affective Disorders. 1984; 7(2): 133-138. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(84\)90031-4](https://doi.org/10.1016/0165-0327(84)90031-4)
91. Thase ME. The role of monoamine oxidase inhibitors in depression treatment guidelines. The journal of Clinical Psychiatry, 2012; 73(suppl 1):10-16.
92. Shulman KI, Herrmann N, Walker SE. Current place of monoamine oxidase inhibitors in the treatment of depression. CNS drugs. 2013; 27: 789-797. <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0097-3>
93. Kho K, Vreeswijk MV, Simpson S, Zwinderman AH. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. The journal of ECT. 2003; 19(3): 139-147.
94. Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: A meta-analysis. Neuropsychopharmacology. 2013; 38(12): 2467-2474. DOI: 10.1038/npp.2013.149

95. Zeren T, Tamam L, Evlice YE. Elektrokonvulsif terapi (EKT): Bir genel değerlendirme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2003; 12(4): 340-378. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/25435>
96. Moloud R, Saeed Y, Mahmonir H, Rasool G. A.Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: An interventional study. BMC Psychiatry. 2022; 22(1):299. DOI: 10.1186/s12888-022-03918-y
97. Köroğlu E. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2009: p.11-49.
98. Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. Schizophrenia Bulletin. 2009; 35(5): 865-873. DOI: 10.1093/schbul/sbp080
99. Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S, İskifoğlu TÇ. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997- 2018. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. (2019); 9(54): 745-793. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/813512>
100. Metin A, Çetinkaya A. According to cognitive model possible effects of coronavirus pandemic on human psychology. Journal of Current Researches on Social Sciences. 2020; 10(1): 231-244. DOI: 10.26579/jocress.357
101. Beck J.S. Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi. Şahin M (Editör). 2.Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2014: p. 256-277.
102. Göveç NT. Psikodrama ve Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi ile Grup Çalışmasının Sınav Kaygısı Yaşayan Öğrencilerin Kaygıları Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması.2014, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 114 sayfa, Gaziantep, (Yrd. Doç. Dr. Şaziye Senem Başgöl).
103. Şanlı İ. Depresyon Algısı Yüksek Gönüllülere Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapinin(BDT) ve Çözüm Odaklı Terapinin Karşılaştırılması. 2023, Nişantaşı Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 106 sayfa, İstanbul, (Prof.Dr. Devran Tan).

104. Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2012; 1(1):7-14. <https://jcbpr.org/storage/upload/pdfs/1708430845-tr.pdf>
105. Aksan AT. Meme kanserli kadınlarda bilişsel davranışçı terapilerin etkililiği: Sistematik Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021; 13(1):34-51. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1047665>
106. Göktaş A, Buldukoğlu K. Depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı: Depresyonun roy uyum modeline göre analizi ve hemşirelik süreci. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2023; 6(1): 55-70. <https://doi.org/10.54189/hbd.1130866>
107. Kahya Y. (Editör). Mizah Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Türk Edebiyatı Vakfı Yayınları, 2019: p.129-149.
108. Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J, Weir K. Individual differences of uses of humor and their relation to psychological wellbeing: Development of the humor styles questionnaire. Journal of Research in Personality. 2003; 37(1): 48–75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
109. Çetin ES. Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkmanın Travma Sonrası Büyüme İle İlişkisinin İncelenmesi. 2023, İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 98 sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Elvan Kiremitçi Canıöz).
110. Edwards KR, Martin RA. The conceptualization, measurement, and role of humor as a character strength in positive psychology. Europe's Journal of Psychology. 2014; 10(3): 505-519. DOI: 10.5964/ejop.v10i3.759
111. Gibson JM. An Indroduction to the Psychology of Humor. 1st Ed, NewYork: Routledge, 2019.
112. Adler A. İnsanı Tanıma Sanatı. Ş. Başar (Çev.Ed.). İstanbul: Dergah Yayınları.1979.
113. Tuğut N, Kaya D. Hemşirelerin terapötik mizah kullanma durumları ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017; 10(3): 131-136. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752947>

114. Ellis A. “ Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance: II. How RET disputes clients' irrational, resistance-creating beliefs. British Journal of Cognitive Psychotherapy.1983; 1(2):1-16
115. Frankl VE. Duyulmayan Anlam ılığı. S.Budak (ev.Ed.). İstanbul:Öteki Yayınları.1999.
116. Şahin A. Yönetmel ve Eğıtsel Araç Olarak Eğıtım Kurumlarında Mizah. 1. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık, 2018 : p.16-52.
117. Hana BB. Analysing karacaoğlan’s poems in the wıew of modern humor theories. The Journal of Academic Social Science Studies. 2015; 8(38):109-119.
118. Arıkan H. Bilsem Öğretmenlerinin Mizah Tarzları ve Öğretim Sürecinde Mizah Kullanma Tutumları. 2022, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğıtım Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 112 sayfa, İstanbul,(Dr. Öğr. Üyesi Ayça Konik).
119. Romero EJ, Cruthirds KW. The use of humor in the workplace. Academy of Management Perspectives. 2006; 20(2): 58-69.
<https://doi.org/10.5465/amp.2006.20591005>
120. Karabulut M. Psikanaliz ve Mizah. Klasik Türk Edebiyatında Gülmece ve Mizah. Ankara: İksad Global Yayıncılık, 2022: p.11-16.
121. Frewen PA, Brinker J, Martin RA, Dozois DJ. Humor styles and personality-vulnerability to depression. Humor- International Journal of humor research. 2008;21(2):179-195
122. Lee HJ, Ko YJ, Han SW The relationship between sense of humor, stress and depression in the nursing students. Journal of the Korean Data and Information Science Society. 2016; 27 (4): 1035-1046. <https://doi.org/10.7465/jkdi.2016.27.4.1035>
123. Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2012; 43(4): 1049-1057.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>
124. Sır E. Ortaokul Öğrencilerine Uygulanan Benlik Saygısı Geliştirme Programı’nın Benlik Saygısı ve Akran Zorbalığı Mağduriyetine Etkisi. 2022, Selçuk Üniversitesi,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 96 sayfa, Konya, (Doç. Dr. Neslihan Lök).

126. Galloway G. Individual differences in personal humor styles: Identification of prominent patterns and their associates. *Personality and Individual Differences*. 2010;48(5):563-567. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.12.007>

127. Yerlikaya E. E. Mizah Tarzları Ölçeği (Humor Styles Questionnaire) Uyarlama Çalışması. 2013, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 91 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Banu Yazgan İnanc).

128. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Antunes AV, Frade MDFG, Severino SPS, Valentim O S. Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2019; 72(4): 1078-1085. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>

129. Seo JM, Na HA. Content analysis of psychiatric-mental health nurses' experience of using humor. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015; 24(2): 93-106. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2015.24.2.93>

130. Chiang-Hanisko L, Adamle K, Chiang LC. Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. *Journal of Nursing Research*. 2009; 17(1): 52-61. DOI: 10.1097/JNR.0b013e3181999da3.

131. Chiarello MA. Humor as a teaching tool: Use in psychiatric undergraduate nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2010; 48(8):34-41. DOI: [10.3928/02793695-20100701-02](https://doi.org/10.3928/02793695-20100701-02)

132. Pehlivan H. Kadınların Benlik Saygısını ve Yaşam Doyumunu Artırma: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Dayalı Bir Grup Müdahalesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2016; 24(2): 479-492. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/209746>

133. Özgüç S. Depresyon Hastalarına Verilen Üstbiliş Eğitiminin Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeylerine Etkisi. 2020, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 95 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Derya Tanrıverdi).

134. Kaya R. Depresyon Hastalarına Uygulanan Pozitif Psikoloji Programının Mental İyi Oluş, Yaşam Tutumu ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. 2022, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 97 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Derya Tanrıverdi).

135. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi. 1988; 6(22): 118-122.
136. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Scale in university students. Turkish Journal of Psychology. 1989; 7(3): 13-19
137. Aslan SH, Alparslan ZN, Evlice YE, Aslan RO, Cenkseven F. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği: Faktör yapısı, güvenirlik ve geçerlik çalışması. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999; 7(1): 33-39. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/614887>
138. Özdoğru AA. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği Türkçe formunun güncellenmesi ve yeniden değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 16(04):393-412. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/614887>
139. Koçak E. Ergenlerde Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Benlik Saygısı ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. 2008, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 113 sayfa, Adana, (Yrd. Doç. Dr. A. Rezan Çeçen).
140. Tabachnick BG, Fidell LS. Çok değişkenli istatistikleri kullanma. 6. Baskı, Boston: Pearson Yayınları, 2013.
141. George D, Mallery P. Spss for windows step by step: A simple guide and reference. Boston: Pearson, 2010.
142. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N. Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem Akademi, 2018.
143. Tanış BB. Depresyon ve Sosyal Destek İlişkisinde Sosyal Beceri ve Duygusal Farkındalığın Aracı Rolünün İncelenmesi. 2019, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 98 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Arkun Tatar).
144. Öngider N. Bilişsel davranışçı terapinin boşanma sonrasında kadınların depresyon, anksiyete ve yalnızlık semptomlarında etkinliği: Bir pilot çalışma. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2013; 2(3): 147-155. <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/77/77-1390241965.pdf?1719757444>

145. Ara J, Deeba F, Dobson KS. A randomized controlled trial of the effectiveness of cognitive behavior therapy for major depression in bangladesh. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2023;16: 222-236. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00160-6>
146. Nathiya K. Effectiveness of Humor Therapy upon Depression among the Elderly. 2011, Apollo College of Nursing, Masters thesis, 88 page, Chennai, (Dr. Latha Venkatesan).
147. Braniecka A, Hanć M, Wołkiewicz I, Chrzczonowicz-Stępień A, Mikołajonek A, Lipiec M. Is it worth turning a trigger into a joke? Humor as an emotion regulation strategy in remitted depression. *Brain and Behavior*. 2019; 9(2) :1-12. <https://doi.org/10.1002/brb3.1213>
148. Hirsch RD, Junglas K, Konradt B, Jonitz MF. Humor therapy in the depressed elderly: Results of an empirical study. *Z Gerontol Geriatri*. 2010; 43(1) : 42-52. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0086-9>
149. Walter M, Hanni B, Haug M, Amrhein I, Krebs-Roubicek E, Muller-Spahn F, Savaskan, E. Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007; 22: 77–83. <https://doi.org/10.1002/gps.1658>
150. Crawford SA, Caltabiano NJ. Promoting emotional well-being through the use of humour. *The Journal of Positive Psychology*. 2011; 6(3): 237-252. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.577087>
151. Beh-Pajoo A, Jahangiri M, Zaharakar K. Humor skills training and reducing depression in patients with spinal cord injury. *J Iran Psychol*. 2010;6(1): 227-36. DOI: 10.4321/S2254-28842019000300004
152. Wojtyna E, Życińska J, Stawiarska P. The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 2007;12(2):109-117. DOI: 10.1016/S1507-1367(10)60047-8
153. Jiang Y, Shorey S, Seah B, Chan WX, San Tam WW, Wang W. The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients

with chronic heart failure-A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78: 16-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.006>

154. Ayisire OE, Babalola F, Aladum B, Oyeleye-Adegbite OC, Urhi A, Kilanko A, Agbor C, Adaralegbe N, Kaur G, Eze-Njoku C, Soomro F, Eche VC, Popoola HA, Anugwom GO. A Comprehensive Review on the Effects of Humor in Patients with Depression. *Cureus*. 2022; 14(9):1-7. DOI: 10.7759/cureus.29263

155. Bokarius A, Ha K, Poland R, Bokarius, V, Rapaport MH, IsHak WW. Attitude toward humor in patients experiencing depressive symptoms. *Innovations In Clinical Neuroscience*. 2011; 8(9): 20–23.

156. Augustine AA, Hemenover SH. On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*. 2009; 23(6):1181-1220. <https://doi.org/10.1080/02699930802396556>

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

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

1-Yaşınız ?

2-Cinsiyetiniz nedir ?

a) Kadın b) Erkek

3-Eğitim düzeyiniz nedir ?

a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üstü

3-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum

4- Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

a) Kötü b) Orta c) İyi

5-Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar

6- Evli ise çocuk sayısı kaçtır?

a) 1 b)2 c)3 d) 4 e)Diğer.....

7-Nerede yaşıyorsunuz?

a) Köy b) İlçe c) İl

8-Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Yalnız yaşıyorum

b) Ailemle yaşıyorum

c) Akrabamla yaşıyorum

d) Arkadaşımla yaşıyorum

e) Diğer(Yazınız).....

9- Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

a) Var b) Yok

10-İlk Tanı aldığınız'da kaç yaşındaydınız?.....

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

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

13-Hastaneye yatış sıklığınız nedir?

a) Yılda bir kez b) Yılda 2 kez c) Yılda 3 kez d)Diğer.....

14-Hiç İntihar girişiminde bulundunuz mu?

a)Evet b)Hayır Cevabınız evet ise kaç kez.....

EK 2. Beck Depresyon Envanteri

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 dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size 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 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 çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor 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 zorluk çekiyorum
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. a) Eskisine göre daha çok 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 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 3. Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ)

MYBÇÖ

Bu ölçek mizahı yaşama ve ifade etme tarzınızla ilgilidir. Lütfen aşağıda yer alan maddeleri dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadeye ne ölçüde katıldığınızı uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamıyla katılıyorum
1. Sorunlarım olduğunda çoğunlukla mizah duygumu kaybederim.	1	2	3	4
2. Genellikle içinde komik bir şeyler bulmaya çalıştığımda, sorunlarımın önemli ölçüde küçüldüğünü fark etmişimdir.	1	2	3	4
2. Gergin durumlarda genellikle söyleyecek komik bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
3. Kabul etmeliyim ki, daha fazla mizahi bakış açısına sahip olsaydım yaşamım daha kolay olabilirdi.	1	2	3	4
4. Beni ya ağlatacak ya da güldürecek bir durumda olduğumda çoğunlukla gülmenin daha iyi olduğunu düşünmüşümdür.	1	2	3	4
5. Zor durumlarda bile genellikle gülecek ya da espri yapacak bir şeyler bulabilirim.	1	2	3	4
6. Deneyimlerim bana mizahın problemlerimle baş etmede çoğunlukla çok etkili bir yol olduğunu göstermiştir.	1	2	3	4

EK 4. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği(ÇBMDÖ)

Aşağıda 24 maddeden oluşan tutum ölçeği bulunmaktadır. Lütfen hızlı bir şekilde her bir ifade için soldan sağa sıralanmış olan “0: Kesinlikle katılmıyorum”, “1: Katılmıyorum”, “2: Kararsızım/Nötr”, “3: Katılıyorum” veya “4: Kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden size uygun olanı X ile işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum 0	Katılmıyorum 1	Kararsızım /Nötr 2	Katılıyorum 3	Kesinlikle katılıyorum 4
1 Benim ince esprilerim herkesi güldürür.					
2 Bazı şeyleri insanları güldürecek şekilde söylemeyi beceririm.					
3 Çevremdeki insanlar benim komik şeyler söylediğimi söylerler.					
4 Arkadaşlarımdan tarafından nüktedan (esprituél) olarak tanınırım.					
5 İnsanları güldürebildiğime eminim.					
6 İnsanlar eğlendirici şeyler söylememi beklerler.					
7 Zaman zaman düşünüp komik öyküler ya da fıkralar üretirim.					
8 Arkadaşlarımı eğlendirmek için mizahı sıklıkla kullanırım.					
9 Söylediklerim insanları sıklıkla gülme krizine sokar.					
10 Komik şeyler söyleyerek gergin bir ortamı yumuşatabilirim.					
11 Mizah güç durumların üstesinden gelmeye yardımcı eder.					
12 Mizah yoluyla sorunlarla başa çıkmak ince ve üstün bir yoldur.					
13 Mizah sorunlarla başa çıkmamı sağlar.					
14 Mizah rahatlamama yardımcı olur.					
15 Mizah hoş olmayan bir başa çıkma yoludur.					
16 Değişik koşullara uyum sağlayabilmek için mizahı kullanabilirim.					
17 Mizahla çeşitli sorunların üstesinden gelmeye çalışmak gerçekten aptalcadır.					
18 Birine "komedyen" denmesi onun için onur kırıcı bir durumdur.					
19 Karikatürden hoşlanmam.					
20 Fıkra anlatan insanlar rahatsız edicidir, başa beladır.					
21 Aslında bir grup üzerinde mizahı kullanarak kontrol sağlayabilirim.					
22 Mizah üreten insanları takdir ederim.					
23 İyi bir espri hoşuma gider.					
24 Herkesin şaka yaptığı bir ortamda kendimi rahatsız hissederim.					

EK 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sizin için uygun olanı seçiniz.

1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

2) Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

7) Genel olarak kendimden memnunum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını

düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

EK 6. Deney Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Depresyon Tanılı Hastalara Verilen Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitiminin Mizah Duygusu, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeyine Etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için

DSM-5 tanı kriterlerine göre depresyon tanısı ile ayaktan tedavi alıyor olmak

Başka bir psikiyatrik tanının olmaması

Okur-yazar olma

Türkçe anlama ve konuşma sorunu olmamak

Son 6 aydır böyle bir eğitimden geçmemiş olmak

18-65 yaş grubunda olmak

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek.

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada sizden “Kişisel Bilgi Formu”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)”, “Beck Depresyon Ölçeği” , “Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği”, “Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği” doldurmanız istenmektedir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak cevaplamayı kabul ettiğiniz anketin sorularını eksiksiz olarak yanıtlamanız ve 4 haftalık psikoeğitim programına katılım sağlamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 30 olarak belirlenmiştir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörölen süre; ön test, son test, 1. İzlem test ve 2. İzlem test anketlerin doldurulması her bir anketin cevaplanması için öngörölen süre 20-30 dakika ve .

45-60 dakika sürecek olan toplam 8 oturumdan oluşan 4 hafta (Pazartesi-Cuma) devam edecek olan psikoeğitim programıdır.

ÇALIşMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırma sizin için beklenen yararları araştırma amaçlıdır. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar depresyon tanılı hastalarının yararına kullanılabilecektir, ayrıca 4 haftalık psikoeğitim sonunda depresyon düzeyinizin azalması, benlik saygısı ve mizah duygu düzeyinizin artması beklenmektedir.

ÇALIşMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır. Sadece anket formları uygulanacaktır.

GEBELİK

Bu çalışma gebelik durumunda herhangi bir risk taşımamaktadır.

ARAşTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

İLACIN SAKLAMA KOşULLARI: Herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır.

HANGİ KOşULLARDA ARAşTIRMA DIşI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmaya gönüllü olmadığınız halde araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

ÇALIşMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARşILANACAK MIDIR?

Bu araştırma için herhangi bir gidere ihtiyaç duyulmamaktadır. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğeri araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIşMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR? Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIşMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAşTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAşTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğimize bağıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak

bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



EK 7. Kontrol Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Depresyon Tanılı Hastalara Verilen Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitiminin Mizah Duygusu, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeyine Etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için

DSM-5 tanı kriterlerine göre depresyon tanısı ile ayaktan tedavi alıyor olmak

Başka bir psikiyatrik tanının olmaması

Okur-yazar olma

Türkçe anlama ve konuşma sorunu olmamak

Son 6 aydır böyle bir eğitimden geçmemiş olmak

18-65 yaş grubunda olmak

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek.

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada sizden “Kişisel Bilgi Formu”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)”, “Beck Depresyon Ölçeği” , “Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği,” Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği” doldurmanız istenmektedir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak cevaplamayı kabul ettiğiniz anketin sorularını eksiksiz olarak yanıtlamanız sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 30 olarak belirlenmiştir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre; ön test, son test, 1. İzlem test ve 2.İzlem test anketlerin doldurulması her bir anketin cevaplanması için öngörülen süre 20-30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararları araştırma amaçlıdır. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar depresyon tanılı hastaların yararına kullanılabilecektir, çalışma araştırma amaçlıdır ve doğrudan sizin yarar görmeniz beklenmemektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır. Sadece anket formları uygulanacaktır.

GEBELİK

Bu çalışma gebelik durumunda herhangi bir risk taşımamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI: Herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmaya gönüllü olmadığınız halde araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu araştırma için herhangi bir gidere ihtiyaç duyulmamaktadır. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR? Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
<i>GÖREVİ</i>		
<i>TARİH</i>		



EK 8. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay100gle.com

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanılı Hastalarda Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitiminin, Benlik Saygıları ve Depresyon Düzeylerine Etkisi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	457				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep			
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800			
	FAKS	-			
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN İĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYolojik MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				

Şekil 1

EK 8. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı (Devamı)

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Tanılı Hastalarda Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitiminin, Benlik Saygıları ve Depresyon Düzeylerine Etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	457		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/457	Tarih: 21.12.2022	
	Sorumlu Araştırmacısı Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR olan "Depresyon Tanılı Hastalarda Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psikoeğitiminin, Benlik Saygıları ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yasemin ZER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof.Dr.Muradiye NACAK	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof.Dr.Seval KUL	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof. Dr. Maruf ŞANLI	Göğüs Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç.Dr.Beltinge DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç.Dr. İlhan BAHŞI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç.Dr.Fatih SARI	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç.Dr. Şengül ŞAHİN	Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Burak YAMAN	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Uzm.Dr.Melih HANGÜL	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Emine Aybiken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Zeki EKİNCİ	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan	Şahinbey Belediyesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐

sinin ver almadığı her sayfaya imza atmalıdır

EK 9. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli Kurum Onayı



T.C.
MARDİN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

31.01.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hemşire olarak görev yapmakta olan Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA, Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR danışmanlığında Müdürlüğümüze bağlı Kızıltepe Devlet Hastanesi ve Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "**Depresyon Tanılı Hastalarda Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Mizah Yoluyla Başa Çıkma Psiko eğitiminin, Benlik Saygıları ve Depresyon Düzeylerine Etkisi**" isimli bilimsel çalışmalarını yapmak için tarafımıza başvuruda bulunmuştur. Adı geçen çalışmayla ilgili belgeler (bilimsel araştırma çalışmaları başvuru formu, Sağlık Bakanlığı izni, etik kurul kararı, başvuru dilekçesi, çalışma anketinin bir örneği...) komisyonumuzca değerlendirilmiştir. Araştırmaya konu olacak kişilerin bilgilerinin üçüncü özel veya tüzel kişilerle paylaşılmaması konusunda hassasiyet gösterilmesi, çalışmanın yapılacağı sağlık tesisinin talep etmesi halinde konuyla ilgili bir personeline çalışmada yer alması, yapılacak çalışma ile ilgili ortaya çıkacak her hangi bir maddi ihtiyacın araştırmacı tarafından karşılanması ve yapılacak çalışmanın sonucunun bir nüshasının tarafımıza teslim edilmesi kaydıyla çalışmanın yapılabilmesi hususu uygun görülmüş olup gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Hasan TİMURAĞAOĞLU
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA.pdf

Dağıtım:
Mardin Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Mardin Kızıltepe Devlet Hastanesine

EK 10. Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitim Sertifikası



EK 11. Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu Katılım Belgesi

Psikiyatri Hemşireleri Derneği

KATILIM BELGESİ

Sn. Fatima ÖZDEMİR

Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından 29.06.2022 tarihinde düzenlenen
"Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu: 2 Farklı Alan Örneği
İle" kursunu (8 saat) tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

EK 12. Beck Depresyon Envanteri Kullanma İzni



5 Eki 2022 23:16 ☆ 😊 ↩

Merhaba Fatima,

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



EK 13. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Kullanma İzni



21 Eyl 2022 14:24



Merhaba hocam.Ben fatima özdemir Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Bölümünde doktora yapıyorum.Doktora tez çalışmam da sizin geliştirdiğiniz " **Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)** " izninizle kullanmak istiyorum. iyi günler.



22 Eyl 2022 09:11



Ölçeği, değerlendirme formunu ve izin belgesini yukarıdaki adresten alabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim

iPhone'umdan gönderildi



EK 14. Mizah Yoluyla Başaçıkma Ölçeğini Kullanma İzni

Fwd: Ölçek kullanım izni hakkında ➤ Gelen Kutusu x



20 Eyl 2022 15:38 ☆ 😊 ↩

Selamlar,
Mizah Yoluyla Başaçıkma Ölçeğini çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçeğe doktora tezimin ekler kısmından ulaşabilirsiniz. 1 ve 4. maddeler tersten puanlanıyor. Kolay gelsin, başarılar dilerim.

EK 15. Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği Kullanma İzni

20 Eyl 2022 Sal 13:02 ☆ (

Merhaba hocam.Ben fatima özdemir Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Bölümünde doktora yapıyorum.Doktora tez çalışmam da sizin geliştirdiğiniz "**Çok Boyutlu Mizah Duygusu Ölçeği**" izninizle kullanmak istiyorum. iyi günler.

23 Eyl 2022 Cum 12:32 ı

Merhaba Fatima Hanım,

Şuradan erişip kullanabilirsiniz:

İyi günler,

Asil Özdoğru



EK 16. Otomatik Düşünce Kayıt Formu ve Olumsuz Düşünce Kayıt Formunu Kullanma İzni

otomatik düşünce ve olumsuz düşünce kayıt formu kullanımına dair izin

Gelen Kutusu x

8 Tem 2023 15:44 ☆ 😊 ↩ ⋮

hocam merhaba ben gaziantep üniversitesi psikiyatri hemşireliği doktora öğrencisi fatima ÖZDEMİR ŞİĞVA
Doktora tez çalışmam olan " Depresyon Hastalarına uygulanan BDT temelli Mizah yoluyla Başaçıkma Psikoeğitimi'nin , bu hastaların Benlik saygılarına ve Depresyon düzeylerine olan Etkisi" başlıklı psikoeğitimi sürdürürken sizin geliştirdiğiniz otomatik düşünce kayıt formu ve olumsuz düşünce kayıt formunu materyallerim arasında izin verirseniz kullanmak ıstıyorum şimdiden ilgi ve alakanız için teşekkür ederim.

9 Tem 2023 18:17 ☆ 😊 ↩ ⋮



EK 17. Seanslarda Kullanılan Formlar

OLUMSUZ DÜŞÜNCE KAYIT FORMU			
DURUM	DÜŞÜNCE	DUYGU	DAVRANIŞ

EK 17. Seanslarda Kullanılan Formlar (Devamı)

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ İNCELEME FORMU

<u>Tarih- Yer- Olay- Durum</u>	<u>Duygu</u>	<u>Otomatik Düşünceler</u>	<u>Düşünce İşleme Özellikleri</u>	<u>Davranışlar</u>	<u>Otomatik Düşünceye Karşı Çıkma</u>	<u>Gerçekçi/ İlgili Düşünceler</u>	<u>Yeni Duygu Sonuç</u>

EK 17. Seanslarda Kullanılan Formlar (Devamı)

UYGUN VE UYGUN OLMAYAN MIZAH KULLANIM ÖRNEKLERİ

Kader: O saçma sapan gömleği nereden aldın?

Metin: Bunun saçma olduğunu mu düşünüyorsun? Diğer gömleğimi görmelisin (Doğru)

Peki sen o berbat pantolonu nereden aldın? (Yanlış)

Rezan: Bu saç kesimi çok çirkin.

Lale: Fark ettiğin için teşekkürler (Doğru)

Senin dikkatini çekmeyi başardım (Doğru)

Sen bugün aynaya bakmadın galiba (Yanlış)

Bora: Topu düşürdüğüne inanamıyorum.

Gürkan: Ben de inanamıyorum! (Doğru)

Seni taklit ediyordum. Bu nedenle düşürdüm (Yanlış).

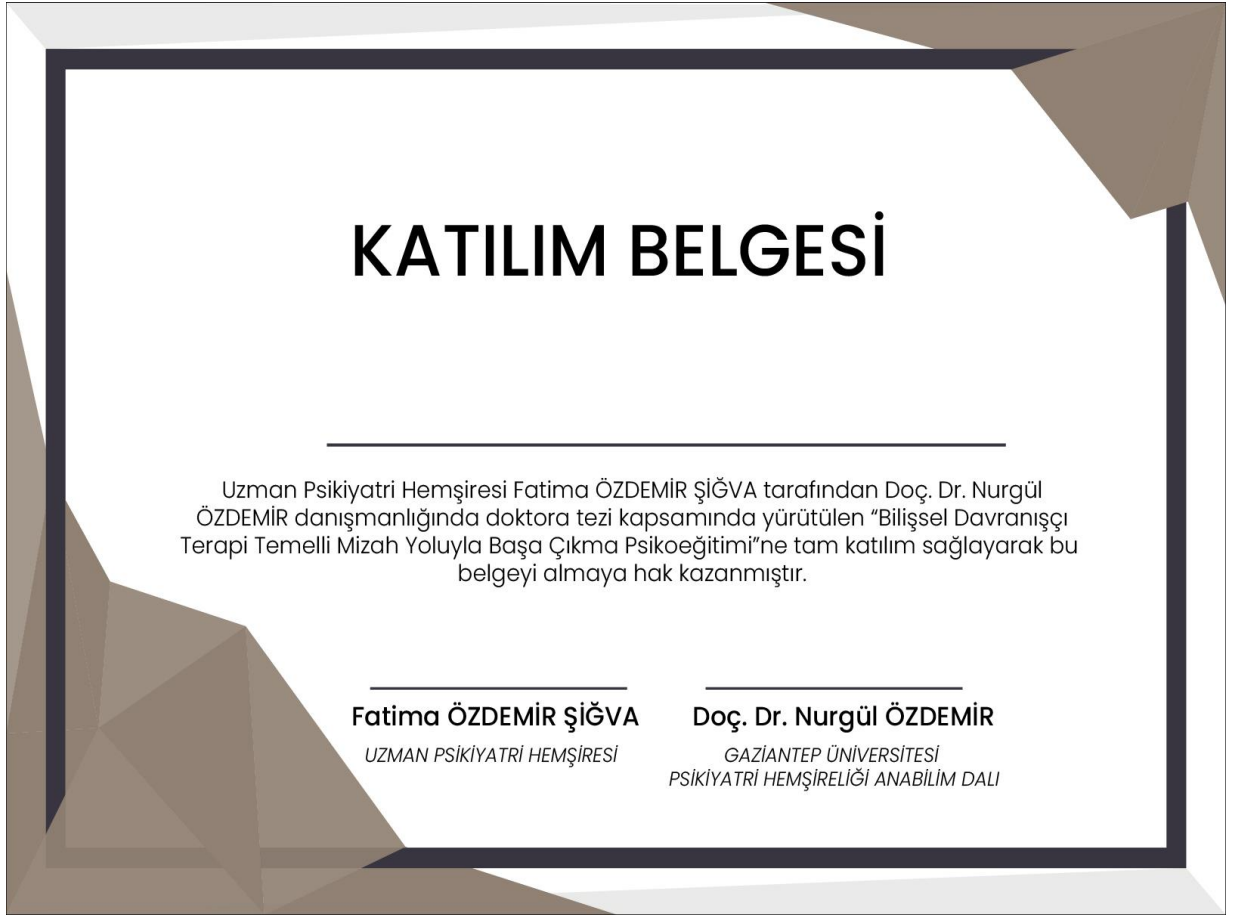
EK 17. Seanslarda Kullanılan Formlar (Devamı)

GÜNLÜK YAŞAM UYGULAMALARI

Birinin size söylediği beş incitici durumu yazınız. Sonra bu incitici söylemlere karşı hızlı tepki yanıtı veya mizahı kullandığınız bir yanıt yazınız.

İncitici söylemler	Hızlı tepki veya mizah içeren yanıtım

EK 18. Katılım Belgesi



**DEPRESYON TANILI HASTALARDA BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ MİZAH
YOLUYLA BAŞA ÇIKMA PSİKOEĞİTİMİNİN
MİZAH DUYGUSU, BENLİK SAYGISI VE
DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ ÜZERİNE
PSİKOEĞİTİM KİTAPÇIĞI**



Fatima Özdemir ŞİĞVA
Gaziantep Üniversitesi Doktora Öğrencisi

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR
Gaziantep Üniversitesi



Gaziantep Üniversitesi
2023

İÇİNDEKİLER

	ÖNSÖZ	i
	İÇİNDEKİLER	ii
	BÖLÜM 1: PSİKOEĞİTİM NEDİR HEDEFLERİ NELERDİR?	
01	1.1. Psikoeğitim Nedir?	1
	1.2. Psikoeğitimin Hedefleri Nelerdir?	1
	BÖLÜM 2: DEPRESYON SORULARINIZIN CEVAPLARI	
05	2.1. Depresyon nedir?	5
	2.2. Depresyonun Belirtileri Nelerdir?	5
	BÖLÜM 3: DEPRESYONUN YAŞAMIN DİĞER ALANLARI ÜZERİNE (MESLEKİ, SOSYAL İŞLEVSELLİK) ETKİLERİ NELERDİR?	
09-15	3.1. Depresyonu Neler Tetikleyebilir?	9
	3.2. Depresyon Kimlerde Görülür?	10
	3.3. Depresyon Görülme Sıklığı	10
	3.4. Depresyonda Fiziksel Şikâyetler Olabilir Mi?	11
	3.5. Depresyonun Biyolojik Sebepleri Nelerdir?	12
	3.6. Depresyon genetik midir?	12
	3.7. Depresyonun Farklı Tür ve Görünümleri	12
	3.8. Depresyon Nasıl Tedavi Edilir?	13
	3.9. Depresyon Tedavisinde Ne Tür İlaçlar Kullanılır?	13
	3.10. İlaç Kullanım Süresi Ne Kadar Olmalıdır?	13
	3.11. İlaçlar İşe Yaramazsa Ne Olur?	13
	3.12. Tedavinin Erken Kesilmesi Durumunda Ne Olur?	14
	3.13. Tedavide Kullanılan İlaçlar Bağımlılık Yapar Mı?	14
	3.14. Depresyonun İlaçsız Tedavisi Var Mıdır?	14
	3.15. Depresyon Tedavi Edilmezse Ne Olur?	14
	3.16. Depresyonda Gidiş ve Sonlanım	15



16	BÖLÜM 4: MİZAH NEDİR MİZAH TARZLARI NELERDİR?
-20	4.1. Depresyon ve Mizah İlişkisi 20
21	BÖLÜM 5: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ NEDİR?
-28	5.1. Düşünce'nin İnsan Tepkilerinde Nasıl Bir Etkin Rolü Olabilir? 22
	5.2. Otomatik Düşünceler ve Olası Yanıtlar 28
30	BÖLÜM 6: BİLİŞSEL ÇARPITMALAR/BİLİŞSEL HATALAR
34	BÖLÜM 7: DÜŞÜNCE HATALARI VE ALTERNATİF DÜŞÜNCE ÜRETME
	7.1. Temel İnançlar 34
36	BÖLÜM 8: KAÇMA, KAÇINMA VE GÜVENLİK ARAMA
-37	8.1. Stresle Başa Çıkma 37
38	BÖLÜM 9: TERAPÖTİK MİZAH NEDİR?
44	BÖLÜM 10: BİR BAŞA ÇIKMA STRATEJİSİ OLARAK MİZAH
46	BÖLÜM 11: MİZAH VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİ
47	10.1. Mizah ve Benlik Saygısı 46
48	BÖLÜM 12: MİZAH VE DEPRESYON DÜZEYİ İLİŞKİSİ
	KAYNAKÇA

EK 20.

Görüşü ve Onayları Alınan Uzmanlar		
No	Unvan, Adı Soyadı	Kurum ve Alanı
1	Prof. Dr. Murat ATMACA	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı
2	Prof. Dr. Nermin GÜRHAN	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği ABD)
3	Doç. Dr. Sevgi NEHİR	Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği ABD)
4	Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ	Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği ABD)
5	Doç. Dr. Yasemin ÇEKİÇ	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği ABD)
6	Doç. Dr. Veysel KAPLAN	Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği ABD)
7	Dr. Öğr. Üyesi Aysel AKDENİZ	Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Hemşirelik (Psikiyatri Hemşireliği ABD)
8	Dr. Öğr. Üyesi Tuba GEÇTİ	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Hemşirelik
9	Psikolog Adalet Atas DEĞİRMENCİ	Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi
10	Psikolojik Danışman Melike ÖZDEMİR	Ömerli Anadolu İmam Hatip Lisesi

EK 21. Psikoeğitim Oturum İçerikleri

1. OTURUM: Bilgilendirme- Ön test

Grup üyeleri ve liderin tanışması, grupta yer alan grup üyelerinin psikoeğitim 'in ne olduğuna, sürecin nasıl ilerleyeceğine grubun ilkeleri neden böyle bir grup yapıldığına, neden kendilerinin bu gruba davet edildiklerine seansların süresi ve içeriğinin açıklanması konusunda grup üyelerinin farkındalık kazanmaları, grupta yer alan bireylerin, gruba dair aidiyet hissetmelerine devam etmeye gönüllü olanların, bu grubun kendilerine katkı sağlayacağına inanmalarına destek olmak, onam formu ve ön testlerin doldurulması sağlanmıştır.

2. OTURUM: Depresyon, Mizah ve BDT'yi tanıma

Depresyon Hakkında Genel Bilgi: Depresyonun kelime olarak anlamı çökkünlüktür. Ruhsal olarak bireyin çökkünlük yaşaması yani üzüntü, keder, mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik durgunluk gibi belirtiler göstermesi anlamına gelir. Depresyon; çökkün duygu durumu, hayattan zevk alamama ve ilgisizlik hali, dikkat ve yoğunlaşmada azalma, düşünce hızında yavaşlama gibi belirtilerin yanında, iştah, uyku ve cinsel yaşamı etkileyen ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun en önde gelen belirtisi üzüntü ve mutsuzluktur. Ancak bu üzüntü ve mutsuzluk, normalde yaşananndan çok daha yoğun, sık ve uzun sürelidir Normal üzüntü duyguları çoğunlukla birkaç saatte veya birkaç günde geçer. Kişinin normal faaliyetlerini yürütür. Kendini suçlamaz ve geleceğe ilişkin karamsarlığa kapılmaz. Depresyondaki üzüntü ise hem şiddet, yoğunluk, sıklık ve süre açısından fazlalık hem de nitelikçe bazı farklılıklar gösterir.

Depresyon Belirtileri: Depresyondaki bir bireyde günün büyük bir bölümünde depresif duygu durumu, etkinliklerden zevk alamama ve ilgi kaybı, belirgin düzeyde kiloda artma veya azalma, uykuda azalma veya artma, hareketlerde yavaşlama veya ajitasyon, enerji kaybı ve bitkinlik hali, değersizlik ve suçluluk duygularının olması, düşünmede veya odaklanmada güçlük, yineleyen ölüm düşüncesi ve intihar girişiminin olması görülebilir.

Bir kişide depresyon varlığından söz edebilmek için bu belirtilerin en az beşinin var olması, belirtilerin günün hemen hemen tamamında hâkim olması ve en az 15 gündür devam etmesi, yani bir süreklilik göstermesi gerekir. Depresyon tanısı koyabilmek için son bir ek koşul daha vardır; bu belirtilerin kişinin yaşamını etkilemesi ve işlevlerinde

bir bozukluğa yol açması; yani aile ilişkilerini, iş ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemiş olması gerekir.

Depresyon Neden Olur? Fizyolojik – bedensel yol; biyolojik ve genetik etkenler, Çevresel olaylar; kişilerarası alanda ilişki sorunlarının görülmesi. Özellikle de aile içinde veya arkadaşlık, evlilik gibi yakın ilişkilerde yaşanan sorunlar, anlaşmazlıklar ve bunların sürdüğü ortamın huzursuz bir alan haline gelmesi.

Düşünce yolu; depresyona yatkınlığa neden olan olumsuz ve zorlayıcı kişisel inançlar, aşırı mükemmeliyetçilik başarı ve sonuç odaklı olmak, abartılı sorumluluk anlayışı, insan ilişkilerinde bağımlılık, başkalarından mutlak ve aşırı onay alma gereksinimi gibi.

Davranışlar; örneğin; çok sosyal ve hareketli birinin, ayağı kırıldığı için evde yatağa bağımlı kalması, daha önceki etkinliklerinin çoğunu yapamaması; her gün yürüyüşe çıkan biriyken bedensel olarak uzun süre hareketsiz kalması depresyonu tetikleyebilir.

Depresyonun Farklı Tür ve Görünümleri; Günümüz tanı sistemlerinde yer alan depresyonla ilişkili rahatsızlıklar, sadece depresyon nöbetleriyle seyreden tek uçlu depresyonlardan ibaret değildir. Süreklilik gösteren ve en az iki yıl hiç geçmeyen süreğen depresyon(distimi veya kronik depresyon), atipik depresyon ve bipolar duygu durum bozukluğunda görülen depresif ataklar da yine depresyon başlığı altında yer alan durumlardır ve benzer belirtilerle seyrederler.

Depresyon Görülme Sıklığı; Depresyon ruhsal hastalıklar içerisinde en sık görülenlerden biridir. Majör depresif bozukluğun yaşam boyunca görülme sıklığının kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bunun anlamı her 5 kadından ve her 10 erkekten birinin yaşamının belli bir döneminde depresyon geçirdiğidir. Depresyon gelişmesi açısından en fazla risk 18-44 yaş aralığındayken, en düşük risk 65 yaş ve üzerindekilerdedir.

Depresyon Tedavisi: Grup üyelerine soru cevap şeklinde sorularak tedavi hakkında bilgilendirmeler yapılır: Antidepresan ilaçlar bağımlılık yapar mı? Kalıcı yan etkileri var mı? İlaçlar beyne zarar verir mi? Kansere yol açar mı? İlaçları bıraktığımızda hastalık tekrarlar mı? vs. sorular yöneltilerek grup üyeleriyle karşılıklı konuşulur.

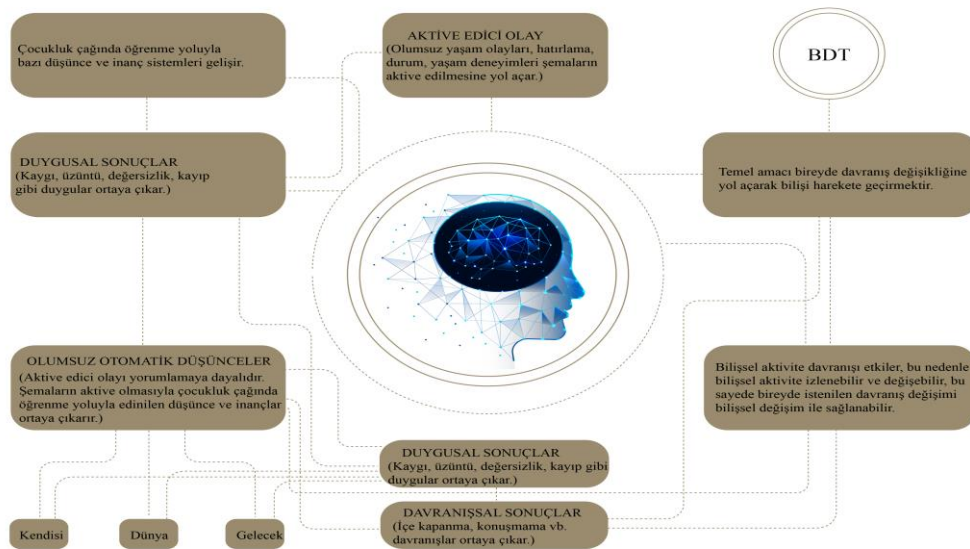
Depresyonda Gidiş ve Sonlanım: Tedavi edilemeyen, kendi haline bırakılmış bir depresyon atağının tipik olarak 6 ay veya daha uzun süreceği kabul edilir. Depresyon

geçirenlerin bazılarında kimi belirtiler hafif derecede sürmeye devam ederken, çoğu kişi normal işlevsellik düzeyine geri döner. Ancak depresyonun en önemli özelliği, iyi tedavi edilmediğinde tekrarlaması veya kronik bir duruma dönüşebilmesidir. Depresyonun yaygınlık ve sıklığına ilişkin yapılan çalışmalar depresif dönemlerin süresi uzadıkça düzelme olasılığının azaldığını göstermiştir.

Bilişsel Terapi 1960’larda Aaron T. Beck tarafından başlangıçta depresyonu tedavi etmek için geliştirilmiş bir psikoterapi yaklaşımıdır. Zamanla pek çok sorunun tedavisine uyarlanmıştır. Terapi hem soruna yol açtığı düşünülen bilişleri değiştirmeye yönelik bilişsel teknikleri, hem de doğrudan davranışı değiştirmeye odaklanan davranışçı teknikleri içermektedir. Günümüzde BDT yetişkinlerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozukluğu, şizofreni gibi pek çok ruhsal bozukluğun; hipertansiyon, kronik ağrı, uykusuzluk gibi pek çok sağlık probleminin; öfkeyi ve stresi yönetememe, evlilik ve aile sorunları gibi yaşam sorunlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Mizah; komik, eğlendiren ifade ya da davranış, gülmeyi oluşturan nesne olarak tanımlanmaktadır. Kısaca mizah’ın psikolojik, fizyolojik, sosyal ve fiziksel faydalarından bahsedilir. Sokratik sorgulamayla grup üyeleriyle mizah depresyon ilişkisi hakkında var olan bilgiler açığa çıkarılarak konuyla ilgili farkındalık kazandırılır.

Değerlendirme: Grupta yer alan grup üyelerin, kendilerini nasıl hissettikleri geri bildirimini alınır, gruptaki gözlemler ve geri bildirimler oturumun ardından not edilir.

3. OTURUM: ABC Modeli ve BDT Mizah



BDT'nin temel mantığı ruhsal bozuklukların birçoğunun altında yatan ortak mekanizma, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen şeyin çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşünceler olduğudur. Başka bir deyişle; kendimiz, yakın ilişkilerimiz ve yaşadığımız dünyaya ilişkin verdiğimiz anlamlar, düşüncelerimiz, kurallarımız, beklentilerimiz, temel inançlarımız bizim yaşadığımız olayları nasıl algılayacağımızı, yaşadıklarımıza nasıl tepki vereceğimizi, ne hissedeceğimizi etkilemektedir. Aslında duygularımızdan biz sorumluyuz, ancak beni kızdırdı, beni çıldırttı diyebiliyoruz. Bu işlevsel olmayan düşünceler işlevsel olmayan tepkilere, duygulara ve çoğunlukla da fizyolojik belirtilere (çarpıntı, terleme, titreme, nefes kesilmesi gibi) yol açar. Kişi bu düşüncelerini öncelikle farkedip, değiştirip gerçeğe daha yakın hale getirebilirse duyduğu sıkıntı azalmaya başlayacak, işlevsel olmayan davranışları azalacak ve fizyolojik uyarılmışlık tepkileri de normale dönecektir. İşlevsel olmayan düşüncelerin altında işlevsel olmayan inançlar yatar ki bunları modifiye etmek daha kalıcı iyileşmelere yol açar..



Bilişsel modele göre A noktasındaki olaya (uyaran) C noktasında verilen duygusal yanıtı (tepki) belirleyen, A ile C arasındaki B noktasında A olayı ile ilgili olarak yapılan yorumdur. B noktasındaki otomatik düşünceler bu yorumun ne biçimde yapılacağını belirler. Başka bir deyişle B noktasında A olayı ile ilgili yapılan farklı yorumlar, C noktasında farklı duyguların ortaya çıkmasına neden olur.

A Olay Yolun karşısında küfreden birisi var...	B Düşünce “Bana zarar verebilir” “ Kimse bana küfür edemez” “Hasta olabilir”	C Duygu ve davranış Korkma ve kaçma Öfke ve adama saldırma Normal duygulanım ve yoluna devam etme
--	---	--

Örnek Çalışma: Üyelere boş kâğıtlar dağıtılır ve örnek durum yazmaları istenir. Daha sonra bu kâğıtlar karıştırılarak tüm üyelere dağıtılır. Üyelere bu durumlarda yaşayacakları duygu-düşünce ve davranışlarını yazmaları istenir. Daha sonra bu yazılan örnekler okunur. Durumu yazan kişide uyandıran tepki ve durumu yorumlayan kişinin duygu düşünceleri karşılaştırılır. Bu çalışma sayesinde yaşanan her durumda tüm insanların farklı tepki verdiği, bunu da temelinde ara ve temel inançlarımızda yatan farklılıklar olduğu anlatılır ve bu sayede konunun pekiştirilmesi sağlanır. Yaşanılan olaylara mizah’i bakış açıyla bakıldığında oluşan duygu ve davranış örnek çalışmaları yapılır.

Nefes ve gevşeme egzersizleri: Egzersizlere başlamadan önce, gevşeme işlemleri açıklanılır. Hasta derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar. Bunu germe egzersizleri izler. Hasta her kas grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada terapist gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olur: «Şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin.» «Şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin» Hasta ellerden başlayarak sırasıyla kollarını, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını çalıştırır.

Diyafram nefes egzersizi : Rahat bir pozisyonda oturun, Sağ elinizi göğüs boşluğunuza, sol eli karın boşluğunuzun üzerine alın. ,Karnınızı bir balon gibi şişirecek şekilde 3 saniye boyunca burundan nefes alın, Karnınızı bir balon gibi şişirdikten sonra nefesinizi 3 saniye

boyunca tutun, Ardından nefesinizi yine burnunuzdan yavaş bir şekilde toplamda 6 saniyede verin. Bunun için 6 ya kadar sayabilirsiniz.

Ev ödevi: Katılımcılara bir olaya ilişkin düşünceleri, duyguları, davranışları ortaya çıkarmaya yardımcı olacak “Düşünce, Duygu, Davranış (ABC) Kaydı Formu’nun” doldurtulup haftalık ödev olarak verilmesi.

Değerlendirme: Gönüllü bir üye tarafından oturumun özeti yapıldı. Duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan üyelere teşekkür edilerek ve tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

4. OTURUM: Düşünce Hataları ve Alternatif Düşünce Üretme

Günlük zihnimize gelen düşünce: 10.000 İstemli: 5000 İstemsiz: 5000 Olumlu:2500 Olumsuz: 2500

Otomatik düşünceler: Anidirler... Telgraf ifadeleri gibi kısa ve kesiktir... Kendiliğinden ortaya çıkarlar, yönlendirilmiş düşünce ürünü değildirler... Kişi farkında değildir, fakat eşlik eden duygu fark edilebilir... Otomatik düşünceler İncelemeksizin doğru kabul edilirler... Otomatik düşünceler ile ilgili en önemli ipuçlarından biri, yoğun duygulanımın yaşandığı esnada ortaya çıkmasıdır, İstemsizdirler... Tedavi bilince yakın bu düşüncelerin ele alınmasıyla Otomatik düşünceler ;«Anlamayacağım»,«Herkes rezil olacağım», «Sesim titreyecek, kekeleyeceğim» ,«Herkes beni şişman bulacak» ,«Kalp krizi geçiriyorum»,«Her şey bitti, kazanamayacağım»,«Sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğim» O anda zihninizden ne geçiyordu?» bu konuda en önemli soru... Hastaya bunları yakalaması değerlendirmesi ve değiştirmesi öğretilir...

Ara inançlar: Neden bazı kişiler depresyona daha yatkındır? Sorusuna bilişsel kuramın verdiği cevap, o kişilerin kendileriyle, hayatla, insanlarla ve ilişkilerle ilgili yerine getirilmesi zor, katı kurallarının, varsayım veya beklentilerinin olmasıdır. Otomatik düşüncelerin altında, kişinin sık dile getirmese de inandığı ve davranışlarını düzenleyici bir potansiyele sahip ara inançlar yer alır. Ara inançları kurallar, tutumlar ve varsayımlar olarak kategorize edebiliriz. «Kabul edilmek için hiç hata yapmamalıyım» ara inancı «rezil olacağım», «yüzüm kızaracak», «sesim titreyecek» gibi pek çok otomatik düşünceyi tetikler...

Olumsuz temel inançlar: Temel inançlar (şema) bireyin kendisi, diğer insanlar ve dünya ile ilgili mutlak inançlarıdır. Kişinin çocukluk dönemindeki yaşantıları sonucunda

oluşmuş koşulsuz ve mutlak önermelerdir. Bu temel inançlar, düşüncelerin en derin düzeyini oluştururlar. Bir anlamda, ara inançların da kaynağıdır. Bunlar kişinin hem kendisi hakkındaki (sevilme-sevilmeme, başarı- başarısızlık, güçlülük- zayıflık vb.) hem diğer insanlarla ilgili (İnsanlar iyidir-kötüdür, yardımseverdir-çıkarıcıdır vb.) temel inançlarını yansıtır. Sağlıklı bireylerde hem olumlu (örneğin, “seviliyorum”) hem de olumsuz (örneğin, “sevilmiyorum”) temel inançlar vardır. Özel bir durum olmadıkça olumlu inançlar aktiftir genellikle ancak depresyon da olumsuz inançlar aktif olur. Beck, depresyonun oluşum sürecinde, bireyin yaşadığı bir kayıp veya başarısızlığın ardından kişinin kendisi ve başkaları hakkındaki olumsuz temel inançlarının etkinleştiğini öne sürer.

Bilişsel Çarpıtmalar/Bilişsel Hatalar:

Keyfi çıkarsama: Kişinin yaşantısında o sonucu destekleyen herhangi bir kanıt olmaksızın ya da aksine kanıt olmasına karşın tamamen ilgisiz veya tam tersi bir sonuç çıkarması. Örneğin arkadaşımızın olumlu ve destekleyici sözlerini, ilgi yerine acıma belirtisi olarak görmek. Telefon eden bir arkadaşımız “Son günlerde nasılsın?” diye sorduğunda, “Bana acıdığı için ilgileniyor”, “Benimle ilgilendiğinden değil, işi olduğu için konuşuyor”, biçiminde çıkarımlarda bulunmak.

Seçici soyutlama: Belli bir ortamı ya da bağlamı genele veya öne çıkan belirgin özelliklerine göre değil de bir ayrıntıya göre tanımlamak. Örneğin yaptığı konuşma birçok kişi tarafından beğenilen kişinin, sürekli konuşmayı dinleyen ancak eleştiren bir arkadaşını düşünerek, “Konuşmam kötü oldu,” sonucunu çıkararak kendisini kötü hissetmesi.

Ya hep ya da hiç biçiminde (İkili) düşünme: Her şey siyah ya da beyaz olarak düşünülür: Çok iyi değilse çok kötü olduğu düşünülür. Bir şey ya tam olmuştur ya da yoktur; bu iki uç arasında yer alan noktalar görülmez.

Felaketleştirme (geleceği okuma): Olması muhtemel diğer sonuçları hesaba katmaksızın geleceği hep olumsuz olarak öngörme. Okuduğu bir konuyu anlamayan bir kişinin, “Bunu boşuna okuyorum, anlamayacağım” diye düşünmesi

Duygusal çıkarımlarda bulunma: Gerçeği yorumlamada duyguların rehberlik etmesine izin verme. Tersine kanıtlar olmasına rağmen bunları yok sayarak ya da ihmal ederek sadece öyle hissedildiği için (aslında inanıldığı için) bir şeyin doğru olduğuna inanma.

Hatalı etiketleme: Gerçeğe uygun değerlendirmeler yerine kişinin kendini ya da başkalarını etiketlemesidir.

Küçümseme veya büyütme:

Bir şeyi olduğundan çok küçük veya çok büyük görme. Bu düşünce özelliğinde kişi yaptığı işleri küçümser ve değersizleştirirken, hatalarını veya hatalı olarak değerlendirdiği davranışlarını da abartır.

Zihin okuma: İnsanların ne düşündüğünü bildiğimize ve onların da bizim ne düşündüğümüzü bildiklerine ilişkin düşüncedir.

Aşırı genelleme: Tek bir olaydan hareketle genel kurallar oluşturulmasıdır

Kişileştirme: Olayları kendimizle ilgili görerek, kendimizle bağlantılı olarak açıklamak.

“Ya Olursa: “Gerçek tehditlerle ilgili olarak gücü ve uğraşma kabiliyetini azaltacak şekilde olmayan veya olmayacak şeylerle ilgili kaygılanmak”.

“-meli,-malı” ifadeleri: Kişinin kendisinin veya diğerlerinin nasıl davranması gerektiği konusunda sabit fikirleri olması ve bunların gerçekleşmemesi halinde doğacak kötü sonuçları abartması.

Ortak Akıl yürütme: Üyeler hatalı olan yerleşik düşüncelerini küçük bir kâğıda yazarlar. Üyelerden kâğıtlar toplanır ve teker teker tüm gruba okunur. Üyeler bu düşünceleri sorgulayarak karşı çıkacak görüşler bulmaya çalışır. Kural, hatalı olan yerleşik düşünceye katılan üyelerin konuşmaması, sadece dinlemesidir.

Hayal çekmeces: Lider yönergeyi okur. “Arkanıza yaslanıp gözünüzü kapatın. Hayalinizde bir komedin düşünün. Her bir çekmecesinde bir duygu var. İlk çekmeceyi açtınız... Hangi duyguya ait? Mutluluk, kıskançlık ,öfke ..Açın bu çekmeceyi... Ne var içinde? Hangi düşünceler olaylar var... olumsuz düşünceler var mı? Hangi olumsuz düşünceler var? Şimdi bu çekmeceyi temizleyin ve olumlu düşüncelerle doldurun... Olumlu düşüncelerle doldurduysanız, şimdi bir diğer çekmeceye geçiyoruz. Bu çekmece hangi duyguya ait?... Çekmecede hangi olaylar, düşünceler var, hangi düşünce hataları var? Olumsuz düşünceler var mı? Temizleyin bu çekmeceyi de... yerine daha olumlu düşünceler ve güzel şeyler koyun...”

Ev ödevi: Otomatik düşünceler, Ara inançlar ve temel inançları daha iyi pekiştirmek için verilen formların evde doldurulması.

Değerlendirme: Gönüllü bir üye tarafından oturumun özeti yapıldı. Duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan üyelere teşekkür edilerek ve tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

5. OTURUM: Baş Etme Biçimleri ve Kaçma-Kaçınma-Güvenlik Arama Davranışları

Kaçma: Kişinin sıkıntı hissettiği veya tehlikeli bulunduğu ortam, durum, duygu ve zihinsel süreçlerden uzaklaşmaya çalışması,

Kaçınma: Kişinin sıkıntı hissettiği veya tehlikeli bulunduğu ortam, durum, duygu ve zihinsel süreçlere girmemeye çalışması,

Güvenlik arama: Kişinin sıkıntı hissettiği veya tehlikeli bulunduğu ortam, durum, duygu ve zihinsel süreçlere girdiğinde sıkıntıyı veya tehlikeyi azaltmak adına aldığı önlemler,

Güvenli Alan : Kişinin korktuğu kaçındığı yada yüksek kaygı duyduğu durumlarda uzaklaşabilmek ve rahatlayabilmek açısından kendini güvende hissettiği bir alanda düşlemesidir.

Grup ikili şekilde eşleştirilir ve birbirlerine olumsuz stres yaşadıklarında bunu azaltmak için neler yaptıkları hakkında konuşmaları istenir ve birkaç dakika süre verilir. Ardından tekrar büyük grup haline gelinir ve partnerinin baş etme yöntem/yöntemleri büyük gruba aktarılır.

Grup lideri üzerinde gülen surat olan renkli kağıtları grup üyelerine dağıtır. Daha sonra ellerindeki renkli kâğıtlara ilk aşamada onları üzen strese sokan durumları yazmalarını ister. İkinci aşamada her bir grup üyesinin kendini en çok mutlu güvende hissettiği bir alanı hayal etmeleri ve bunu ellerindeki kâğıtlara yazmaları istenir. Son olarak hayal edilen güvenli alanda ellerinde büyük bir kırmızı balon olduğunu ve bu balonun içerisinde onların ilk aşamada yazdıkları kaygı durumunun balonun içerisinde olduğunu hayal etmeleri istenir. Onlara bu balonun kaygı yaşadıkları ya da üzüldükleri durumu yaşanan olayla ilgili komik anılarla desteklendiği zaman küçüleceği ve yok olabileceği lider tarafından grup üyelerine iletilir ve grup üyelerinin bunları düşleyerek ellerindeki kâğıtlara yazmaları istenir.

Grup üyesi esma kendisinin güvenli alanı olarak sobalı bir ev hayal ettiğini yanında ise anne babası ve kedisinin olduğunu burada sohbet içerisinde güzel zaman geçirdiklerini ifade etmiştir. Elindeki kırmızı kocaman balonun içerisinde ise iş başvurularında

bulundugunu ve defalarca ret edildiğini söylemiştir. Balonu küçültmek içinse bu durumla ilgili komik anılar hayal ettiğini (işverenle konuştuğu esnada işverenin yüksek bir şekilde hapsurduğunu ve peruğunun düştüğünü ve bu durumun komik geldiğini ifade etmiştir.) yani olaya mizahi açıdan baktığında balonun giderek küçüldüğünü ifade etmiş hatta yok olduğunu söylemiştir

Değerlendirme: Gönüllü bir üye tarafından oturumun özeti yapıldı. Duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan üyelere teşekkür edilerek ve tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

Ev ödevi: Kaçma-kaçınma-güvenlik arama davranışlarının tespit edilmesi baş etme yöntemi olarak mizahın yeri ve kaydetme, Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi. Alternatif düşüncelerin oluşturulması ve kaydedilmesi

6. OTURUM: Terapötik mizaha engel olan durumlar ve terapötik mizahı artıracak faaliyetler

Terapötik Mizah; Mizah yaşamın zorlu deneyimlerini yönetmede ve problem çözmede farklı bakış açısı sağlayan etkili bir yöntemdir. Temel insan gereksinimi olan mizah, sürekli ciddi olma yerine olaylar ve durumların eğlenceli yönünü görebilme becerisidir.

Bir Başa Çıkma Stratejisi Olarak Mizah; Yaşanan olumsuz duygularla baş etmek için bu duygulara neden olan düşünce ve inançlar ortaya çıkarılmaya ve bu düşünceyi destekleyen ve desteklemeyen kanıtlar eşliğinde gerçekçi düşünce ve davranışlar geliştirilmeye çalışılır. Olumsuz düşüncenin yerine konan olumlu alternatif düşünce ve bu doğrultuda geliştirilen alternatif davranışlar yolu ile olumsuz duyguların azalması beklenir. Mizah ise, çok daha kestirme bir yoldan duyguları ortaya çıkaran düşüncelere müdahale eder, çevresel uyaranların daha olumlu ve gerçekçi bir bilişsel yapılanma ile yorumlanmasını sağlar.

Etkinlik: Grup lideri grup üyelerini, 2 şerli gruplara ayırır devamında grup üyelerinden çok özel olmamak şartıyla üzücü bir anılarını 7 dk içerisinde birbirleriyle paylaşmaları istenir. Daha sonrasında grupların anlattıkları anılardan bir tanesini seçmeleri istenir. Seçilen anının (Bir sabah programı, Şarkı programı ve Magazin programı vs.) bahsedilen programları sunar gibi grup üyelerinden canlandırmaları istenir. Daha sonrasında grup lideri tarafından grup üyelerine, yapılan etkinlik sonrası duygu ve düşünceleri paylaşmaları istenir.

Etkinlik: Grup lideri guruba “ Acaba mizah hiç hayatımız da olmaması gereken bir durum mu? Mizahı hayatımızdan tamamıyla çıkardığımızda hayatınızda neler olur? Sizce olumlu etkileri nelerdir? Sorunlarla baş ederken nasıl kullanıyoruz? Grup üyelerinin konuyla ilgili düşünceleri alındıktan sonra, mizahın hayatımızda olması gerektiği ve sorunlarla baş etmede nasıl kullanacağı hakkında gerekli bilgilendirmeler yapıldı.

Grup lideri mizahi öge taşıyan bilişsel, duyuşsal ve davranışsal öğeleri barındıran bir şarkıyı grup üyeleriyle paylaşır:

“Bütün dileklerim gerçekleşmedi-

Mızmızlan, mızmızlan, mızmızlan!

Hayal kırıklıklarım hala durulmuyor-

Mızmızlan, mızmızlan, mızmızlan!

Hayat özlemini çektiğim şeyleri bana sahiden borçlu,

Kader bana sonsuz mutluluk vermek zorunda!

Fakat bundan daha azına razı olmak zorunda olduğum için-

Mızmızlan, mızmızlan, mızmızlan!

Lider grup üyelerine “Mizah stratejisini ve hızlı tepkileri kullanırken dikkat etmemiz gereken önemli şey, söylediğimiz şeylerin bir hakaret veya aşağılama olmamasıdır. Aksi takdirde bu saldırgan bir davranış olur ve sorunun azalmasına değil, artmasına yol açar.

Değerlendirme: Üzgün veya stresli durumda mizah kullandığınızda neler hissettiğinizden bahsettiniz. Sizce bu ne anlama geliyor? Gönüllü bir üye tarafından oturumun özeti yapıldı. Duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan üyelere teşekkür edilerek ve tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

Ev ödevi: Baş etme yöntemi olarak günlük hayatta mizahı kullanma ve kaydetme mizahla ilgili önerilen kitap, flim, karikatür, komik video ve fıkralar vs gündelik hayata kullanma ve mizah günlüğü tutma

7. OTURUM: Mizahın kullanımının depresyon düzeyi ve benlik saygısı ile ilişkisi konuşma

Benlikle ilgili sorunların iyileştirilmesinde bilişsel yaklaşımın kullanımı; kendini tanıma, otomatik düşünceleri yakalama, analiz etme ve gerçekçi düşüncelerle değiştirme, bunları yaparken yapılan olumsuz yükleme ve bilişsel çarpıtmaları fark etme, stresli durumlarla baş etme örüntülerinin değiştirilmesini sağlama

Etkinlik: Grup lideri, grup üyelerine sıfırdan ona kadar bir ölçek düşünmelerini ve bu ölçek üzerinden kendilerine kaç puan verdiklerini ifade etmeleri istenir. Daha sonra grup üyelerine neleri farklı yapsaydı bu ölçekte bir artış olacağını sorar.

Etkinlik: Grup lideri bir topu kullanarak, topu üyelerden birine atar topu tutan kişinin kendinde olumsuz gördüğü özellikleri 5 dakika kukla aracılığıyla farklı ses tonlarında (ince ses, kaba erkek sesi, bebek sesi) gibi komik bir şekilde dile getirmesi istenir.

Grup lideri: Titreme konusunda benimle yarışabilir misiniz Bayan A.?

Grup üyesi: (şok olmuş durumda) : Ne?

Grup lideri: Bakalım kim daha hızlı ve daha uzun süre titreyecek?

Grup üyesi: Siz de mi titremekten şikayetçisiniz?

Grup lideri: Hayır, böyle bir rahatsızlığım yok ama istersem titreyebilir. (Grup lideri titremeye başladı)

Grup üyesi: Ah! Daha hızlı titriyorsunuz. (Hızlanmaya çalışırken gülmeye başlar)

Grup lideri: Daha hızlı, Bayan A. Hadi, daha hızlı.

Grup üyesi: Yapamıyorum . Gülmesi arttıkça kahkaha atamaya başlıyor. (Yorulmaya başlıyor)

Grup lideri: Eğlenceli değil mi? ve oyun bitirilir.

Etkinlik sonrasında grup üyelerinden etkinlik öncesi ve sonrasında kendileriyle ilgili ne düşündükleri ne hissettikleri ve buna bağlı olarak nasıl davranışlar sergiledikleri paylaşımları istenilir.

Değerlendirme: Grup üyelerine gündelik hayatları esnasında yaşadıkları olaylar karşısında olumlu mizah tarzlarının nasıl kullandıkları konusunda not tutup bir sonraki

oturumda diğerk grup üyeleriyle beraber konuşulacağı söylenildi. Grup üyelerine bir sonraki oturumun, son oturum olacağı hakkında bilgilendirme yapıldı. Gönüllü bir üye tarafından oturumun özeti yapıldı. Duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan üyelere teşekkür edilerek ve tüm üyeler bu konuda cesaretlendirildi.

Ev ödevi: Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi. Grup üyeleri gündelik hayatların da olumlu mizah tarzlarının kullanarak exposure çalışmalarının yapılması

8. OTURUM: Geri bildirimler- Son test

Bu oturumda, tüm oturumların genel olarak özetlenmesi, Katıldığınız 8 oturumu değerlendirdiğinizde, ne gibi kazanımlarınız oldu? Kendinizde fark ettiğiniz değişimleriniz neler dir? gibi sorular sorularak paylaşım ortamı sağlandı ve genel olarak sürece ve oturumlara dair değerlendirme yapıldı. Son test amaçlı ölçeklerin uygulanması faaliyetleri gerçekleştirilmiştir.

Kapanış etkinliği: “Mektup yazmak”. Bu etkinlik için her bir üyenin ismi kâğıtlara yazılır ve bir torbada karıştırılır. Üyeler bu torbadan bir isim çeker ve adını çektiği kişiye 4 haftalık oturumlar süresince gözlemlediği olumlu tarafları içeren bir mektup yazar. Bu mektupta isteğe göre materyaller de kullanabilir. Artık son oturum olması nedeniyle gruba veda etmekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaları beklenir. Yazılan bu mektuplar/ görsel materyaller üyeler tarafından okunur. Grup lideri üyelere katılımlarından dolayı teşekkür eder, grup süreci ve üyeler hakkında geri bildirimde bulunur. Gevşeme egzersizi ile oturum tamamlanarak üyelere katılım belgeleri dağıtılır.

“Mizahın çözümlenmesi bir kurbağanın açılmasına benzer. Çok az kişinin umurundadır, Oysa kurbağa bu nedenle ölür!”

ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise eğitimini [] tamamladı. [] yılında İstanbul Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünü [] olarak kazandı. [] yılında lisans eğitimini tamamladı. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemotoloji Bölümünde sözleşmeli üç ay çalıştı. Daha sonra [] yılında Dr. Sadi Konuk Eğitim-Araştırma Hastanesi'ne atandı. [] yılından [] yılına kadar Dr. Sadi Konuk Eğitim- Araştırma Hastanesinde Hemşirelik görevini icra etti aynı zamanda aktif hemşirelik göreviyle birlikte mesleki gelişim ve akademik kariyeri için [] yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı ve [] yılında mezun oldu. Akabinde [] yılında Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uzman hemşire olarak çalışmaya başladı aynı zamanda aktif meslek hayatıyla birlikte [] yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programına başladı. [] yılından beri çalışmaya başladığı Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uzman eğitim hemşiresi olarak görevini icra etmektedir.