



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON HASTALARINA UYGULANAN POZİTİF
PSİKOLOJİ PROGRAMININ MENTAL İYİ OLUŞ, YAŞAM
TUTUMU VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Rabia KAYA
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2022



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON HASTALARINA UYGULANAN POZİTİF
PSİKOLOJİ PROGRAMININ MENTAL İYİ OLUŞ, YAŞAM
TUTUMU VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Rabia KAYA
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2022

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı

DEPRESYON HASTALARINA UYGULANAN POZİTİF PSİKOLOJİ
PROGRAMININ MENTAL İYİ OLUŞ, YAŞAM TUTUMU VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Rabia KAYA

Tez Savunma Tarihi: 05.07.2022

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.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Tez Danışmanı

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

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

.....

Doç Dr. Döndü ÇUHADAR

.....

Doç. Dr. Ganime CAN GÜR

.....

Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA

.....

Dr. Öğr. Üyesi 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 olmadığını beyan ederim.

05.07.2022
Rabia KAYA

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında engin bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana yol gösterici olan, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen ve her yönüyle örnek aldığım çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ' ye, değerli komite üyem, yoğun çalışma temposunda bana zaman ayırıp görüş ve önerilerini her daim paylaşan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a, bilgi ve yorumları ile çalışmaya katkı sağlayan kıymetli komite üyem Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA'ya, her zaman katkı ve destek veren sevgili arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Safiye ÖZGÜÇ'e, kıymetli jüri üyelerime, çalışmama katkı sağlayan çok değerli hastalarım, sevgili aileme, sabır, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim, daima yanımda olan hayat arkadaşım, sevgili eşim Egemen KAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Rabia KAYA
Gaziantep/2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLOLAR LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2.Araştırmanın Amacı.....	6
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1.Depresyon	7
2.2.Depresyonun Tarihçesi.....	7
2.3.Belirti ve Bulgular	8
2.4.Majör Depresyon Tanı Ölçütleri (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5/DSM-5)	9
2.5.Sıklık ve Yaygınlık	10
2.6.Gidiş ve Sonlanış.....	11
2.7.Patogenezi	11
2.7.1.Genetik Faktörler	11
2.7.2.Nöroanatomik Nedenler	11
2.7.3.Biyokimyasal Etkenler	12
2.7.4.Nöroendokrinolojik Etkenler.....	12
2.7.4.1.Deksametazon süpresyon testi (DST).....	12
2.7.4.2.Tiroid	12
2.7.5.Nörofizyolojik Çalışmalar	13
2.7.6.Ruhsal-Toplumsal Etkenler	13
2.7.7.Psikanalitik Görüş	13

2.7.8.Bilişsel Görüş	13
2.7.9.Davranışçı Görüş	14
2.7.9.1.Öğrenilmiş Çaresizlik (Learned helplessness).....	14
2.7.10.Hastalık Öncesi Kişilik.....	14
2.8.Tedavi.....	14
2.8.1.Antidepresanların Etki Düzenegİ	14
2.8.2.Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)	15
2.8.3.Yineleyici Transkraniyal Manyetik Uyarım (rTMS)	15
2.8.4.Derin Beyin Uyarımı (DBU)	15
2.8.5.Depresyonda Psikoterapi	16
2.9.Pozitif Psikoloji.....	16
2.9.1.Pozitif psikoloji perspektifinden öznel iyi oluş ve psikolojik iyi oluş	17
2.9.1.1.İyi oluş	17
2.9.1.2. Öznel iyi oluş (ÖİÖ).....	17
2.9.1.3.Psikolojik İyi Oluş	18
2.9.2.Perma Modeli	19
2.9.3.Pozitif Psikoloji Müdahaleleri (PPM) ve Depresyon	23
2.9.4.Majör Depresif Bozuklukta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü ve Pozitif Psikoloji Müdahaleleri.....	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1.Araştırmanın Türü	30
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4.Verİ Toplama Araçları	31
3.4.1.Kişisel Bilgi Formu	31
3.4.2.Beck Depresyon Envanteri (BDE)	31
3.4.3.Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeğİ (WEMİÖÖ).....	31
3.4.4.Yaşam Tutum Profili Ölçeğİ (YTPÖ)	32
3.5.Verilerin Toplanması	32
3.6.Araştırma Süreci.....	33
3.7.Pozitif Psikoloji Programının Yapılandırılması	33
3.8.Araştırmanın Değİşkenleri	36
3.9.Verilerin Değİrlendirilmesi:	36

3.10.Araştırmanın Etik İlkeleri	37
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	37
4. BULGULAR.....	39
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	47
5.1.Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	47
5.2.Depresyonda Pozitif Psikoloji Programının, Hastaların Depresyon Düzeylerine Etkisinin Tartışılması	49
5.3.Depresyonda Pozitif Psikoloji Programının, Hastaların Mental (Ruhsal) İyi Oluş Düzeylerine Etkisinin Tartışılması.....	54
5.4. Depresyonda Pozitif Psikoloji Programının, Hastaların Olumlu Yaşam Tutumu Geliştirmeleri Üzerine Etkisinin Tartışılması	57
5.5.Sonuç ve Öneriler.....	58
6.KAYNAKLAR	59
7.EKLER	72
Ek 1:Kişisel Bilgi Formu	72
Ek 2:Beck Depresyon Envanteri	74
Ek 3:Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği	77
Ek 4:Yaşam Tutum Profili Ölçeği.....	78
Ek 5:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	80
Ek 6: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazılar.....	83
Ek 7: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	85
ÖZGEÇMİŞ	86

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Test Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.3. Deney Grubunda Yer Alan Katılımcıların BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4. Kontrol Grubunda Yer Alan Katılımcıların BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Pozitif Psikoloji Zihin Haritası.....	23
Şekil 3.1. Pozitif Psikoloji Program İçeriği.....	35
Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması.....	38



KISALTMALAR LİSTESİ

APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDE:	Beck Depresyon Envanteri
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ECA:	Epidemiological Catchment Area
EKT:	Elektro-Konvulsif Terapi
ICD-10:	International Classification of Disease 10
MDB:	Majör Depresif Bozukluk
ÖİÖ:	Öznel İyi Oluş
PPM:	Pozitif Psikoloji Müdahaleleri
TMS:	Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
WEMİÖÖ:	Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği
WHO:	World Health Organization
YLD:	Years Life Disabled
YTPÖ:	Yaşam Tutum Profili Ölçeği

ÖZET

DEPRESYON HASTALARINA UYGULANAN POZİTİF PSİKOLOJİ PROGRAMININ MENTAL İYİ OLUŞ, YAŞAM TUTUMU VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Rabia KAYA

Doktora Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı

Danışman: Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Temmuz 2022, Sayfa 86

Depresyonda pozitif duygularda azalma, negatif duygularda artma vardır. Pozitif psikoloji müdahaleleri 'olumlu duyguları, olumlu davranışları veya olumlu bilişleri geliştirmeyi amaçlayan tedavi yöntemleri veya kasıtlı faaliyetlerdir'. Bu çalışma, depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Ön test, son test ve izlem test kontrol gruplu yarı deneysel çalışma olarak yürütülmüştür. Bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran en az 6 aydır depresyon tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerine uyan 26 deney ve 27 kontrol grubu olmak üzere toplam 53 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler 'Kişisel Bilgi Formu', 'Beck Depresyon Envanteri (BDE)', 'Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)', 'Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ)' ile toplanmıştır. Yapılan analizler sonrasında program öncesinde ön test ölçek puanları ile deney ve kontrol grupları arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Son ve izlem test ölçek puanlarında ise deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre BDE puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azaldığı, WEMİÖÖ ve YTPÖ puan ortalamalarının ise anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Pozitif psikoloji programının depresyon düzeyini azaltmada, mental iyi oluşu arttırmada ve olumlu yaşam tutumu geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir. Depresyon tedavisinde pozitif psikoloji programının psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Majör Depresyon, Mental İyi Oluş, Pozitif Psikoloji, Yaşam Tutumu

ABSTRACT

THE EFFECT ON MENTAL WELLNESS, LIFE ATTITUDE AND DEPRESSION LEVELS OF POSITIVE PSYCHOLOGY PROGRAM APPLIED TO PATIENTS DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Rabia KAYA

Doctoral Thesis, Nursing Department

Doctoral Program of Nursing

Advisor, Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

July 2022, Page 86

Positive feelings decrease, whereas negative feelings increase in depression. Positive psychology interventions are 'treatment methods or intentional activities aiming to develop positive feelings, positive behaviors or positive cognitions'. This study was conducted to determine the effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. The pre-test, post-test and follow-up test were conducted as a quasi-experimental study with a control group. Patients who applied to the psychiatry outpatient clinic of a university hospital with diagnosis of depression for at least 6 months constituted the population of the study, and a total of 53 patients, 26 of which met the research criteria, were in the experimental group and 27 in the control group. Data were collected using 'Personal Information Form', 'Beck Depression Inventory', 'Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWS)' and 'Life Attitude Profile Scale (LAPS)'. After the analysis, no significant difference was observed between the pre-test scale scores before the program and the experimental and control groups ($p>0.05$). In the post and follow-up test scale scores, it was determined that the mean BDI score of the patients in the experimental group compared to the patients in the control group, while the mean scores of WEMWS and LAPS increased significantly ($p<0.05$). It has been determined that the positive psychology program is effective in reducing the level of depression, increasing mental well-being and developing a positive life attitude. It is recommended that the positive psychology program be used by psychiatric nurses in the treatment of depression.

Keywords: Life Attitude, Major Depression, Mental Well-Being, Nursing, Positive Psychology

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Majör depresif bozukluk (MDB), psikiyatrik bozukluklar içinde en fazla görülen ve yaşam kalitesi oldukça düşüren bir bozukluktur (1). Dünyada yaklaşık 280 milyon kişinin depresyonda olabileceği düşünülmektedir (2, 8). MDB erken yaşta başlayan ve bireyin işlevselliğini oldukça bozan bir ruhsal durumdur (3). Bu nedenle MDB, dünya çapında yeti yitimine bağlı kaybedilen yaşam yılları (Years life disabled) açısından önde gelen nedendir. 2030 yılına vardığımızda MDB, küresel çapta hastalık yükünün önde gelen sebebi olacağı düşünülmektedir (4). Diğer taraftan depresyon ölüm ve intihar düşüncelerine neden olabilmektedir (5-7). Ayrıca depresyonun tedavisindeki başarısızlık da oldukça maliyetlidir. Bu gibi nedenlerden ötürü DSÖ'nün ruhsal sağlık açısından üzerinde durduğu ana sorunlardan birisi depresyon ve intiharla ilgili önlem alınmasıdır (8).

Depresyonda zevk alamama, iştahın azalması ve kilo kaybı, uyku sorunları, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, enerji azalması, yorgunluk, değersizlik hissi, düşük özsaygı, suçluluk düşünceleri, odaklanma güçlüğü, intihar düşünceleri gibi belirtiler ortaya çıkabilir (2,9). Kişiler MDB yaşarken, olumsuz duygu, düşünceler, dikkatle, beklentilerle daha kolay olarak yönlendirilir ve depresif bireyler bu durumu çok daha sık yaşarlar (10). Görüldüğü gibi depresyonda olumlu duygularda azalma, olumsuz duygularda artma vardır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1946' da yaptığı tanıma göre sağlık, kişide yalnızca hastalığın veya zayıflığın olmaması değil; kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tümüyle iyi olma durumu olarak belirtilmiştir (11). Martin Seligman'a göre, Pozitif Sağlık, "insanların kendileri için iyi oluş (well-being) arzu ettikleri ve acılarının giderilmesinin üstünde ve ötesini arzu ettikleri" anlayışını kapsamaktadır." (12) Pozitif psikoloji, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ruh sağlığı tanımına iyi uymaktadır: Bireyin potansiyelini gerçekleştirebildiği, normal yaşam stresleriyle baş edebildiği ve toplumda çalışabildiği ve katkıda bulunabildiği bir iyi oluş durumudur (13).

Pozitif psikoloji Seligman ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir (10). Pozitif psikolojinin odaklandığı üç temel nokta vardır. Bunlar; memnuniyet “olumlu duygularla

keyif alma”, katılım “güçlü yanlarınızı etkili kullanmak” ve anlam “kendinizden daha büyük bir şeyin parçası olmak” (11). Seligman (2011), bu üç boyutu daha da genişleterek ruh sağlığı ve mutluluk için beşli bir yapı önermiştir. Bu beş yapı; pozitif duygular, katılım, ilişki, anlam ve başarı. Bu beşli yapıyı PERMA modeli olarak adlandırmıştır (14). Pozitif duygular hisseden kişilerin problemi ve çözüm yollarını açıkça görebilme ihtimalleri daha yüksektir. Bu tür kişiler, tepkilerinde daha yaratıcı ve esnek olabilirler. Sonuç olarak kendileri için; sıkıntılı durumlarda dahi başvurup faydalanabilecekleri sosyal, duygusal ve entelektüel bakımdan kaynakları daha bol olan ‘banka’ kurabilirler. Aynı zamanda pozitif duygular, daha geniş kişiler arası ilişkilerin kurulmasına, sağlıklı ve başarılı olmaya katkı sağlar (11). Seligman ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen pozitif psikoloji müdahaleleri (PPM), depresyonun yalnızca olumsuz belirtiler üzerine odaklanarak değil, aynı zamanda olumlu duyguların daha fazla yaşanması, bireylerin güçlü yönlerinin ortaya çıkarılması ve artırılması ve hayatlarına anlam da katarak etkin bir yolla tedavi edilebileceği teorisine dayanmaktadır (10). Sin ve Lyubomirsky (2009)’ye göre, PPM “olumlu duyguları, olumlu davranışları veya olumlu bilişleri geliştirmeyi amaçlayan tedavi yöntemleri veya kasıtlı faaliyetlerdir” (15). Depresyonda bu olumlu kaynakların artırılması olumsuz semptomlarla etkili bir şekilde baş edebilmeyi ve gelecekteki nükslere karşı önlem alabilmeyi mümkün kılabilir (10).

Depresyon belirtileri genellikle olumlu duygu eksikliği, katılım eksikliği ve yaşamın anlamında eksikliği içerir, ancak bunlar genellikle depresyonun sonuçları olarak görülmektedir. Seligman ve ark. (2006), bunların depresyon nedeni olabileceğini ve bu nedenle pozitif duygu, katılım ve anlam geliştirmenin depresyonu hafifleteceğini önermektedir (10).

PPM ile kişilerin anlamlı bir yaşam sürmeleri, hayatlarını keyif alarak yaşamaları ve yaşama dahil olmaları üzerinde durulmaktadır. Bir başka ifadeyle, PPM’nin en önemli özelliği, kişilerde olumlu duyguları, düşünceleri ve davranışları ortaya çıkarmaktır. Bu doğrultuda bu düşünce, duygu ve davranışları ortaya çıkarmak için bazı egzersizler (minnettarlık, keyfini çıkarma vs) geliştirilmiştir (16). Pozitif psikoloji uygulamalarının bazıları dikkat, hafıza ve beklentileri olumsuz ve felaketten olumlu ve umutluya doğru yeniden eğitmeyi amaçlamaktadır (10). Pozitif psikoloji müdahalelerinin ardındaki fikir; iyi oluşu arttırmak ve bireyin pozitif kaynaklarını oluşturmak, genellikle kötümserlik veya düşük özgüven gibi depresyonun sürmesine neden olabilecek birçok faktörü otomatik olarak zayıflatmak veya ortadan kaldırmaktır (46).

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı değişim ve gelişmeler, bireylerin pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanlarındaki ihtiyaçlarında ciddi değişimlere sebep olmuştur. Bu değişimler, insanların ihtiyaçlarını zaman ve mekân kavramı olmadan her zaman ve her yerden karşılama durumunu ortaya çıkarmıştır. Bu değişim, teknolojiyle desteklenmiş yöntemlerden olan tele-sağlık, tele-hemşirelik gibi yeni hizmet alanlarının oluşturulmasında etkili olmuştur (17, 18). Teknolojiyle desteklenmiş bu uygulamalar, özellikle sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşayan bireyler için erişimi arttırma, tıbbi bakım verilmesinin maliyetini düşürme, yüksek düzeyde etkililik ve süreklilik sağlama gibi avantajlar getirmektedir (19, 20). Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasının hemşirelik uygulamaları için de önemli fırsatlar sunduğu düşünülmektedir. İnternet temelli uygulamalar, psikiyatrik bakım ve maliyet tasarrufuna ihtiyacı olan hastaların daha kolay erişim ve daha kaliteli bakım almalarını sağlayabilmektedir (21). Online kanallar aracılığıyla hastalarla genellikle evde veya kendilerince uygun olan herhangi bir mekân veya zamanda görüşmeler yapılarak depresif belirtilerin azalmasında avantaj sağlanacağı düşünülmektedir. Böylece ekonomik, hızlı, etkili ve yaygın bir şekilde toplumun pozitif psikoloji uygulamalarına erişebilmesi ve depresyonla baş etmede direkt olarak olumlu katkı yapabileceği düşünülmektedir. Depresyon hastalarında, yenilikçi bir tedavi yönteminin, etki ve uygulanabilirliğinin tespiti ve gözlemlenmesi sağlanacaktır. Psikiyatrinin çok fazla görülen ve yaşam kalitesini bozan, kişinin işlevselliğini aşırı derecede düşüren, ölüm ve intihar düşüncelerinin ortaya çıkması neden olan depresyonun etkili bir şekilde tedavisi bu hasta grubu için son derece kritiktir. Depresyonun tedavisinde yalnızca farmakolojik tedaviden yararlanmak yerine, bununla birlikte psikososyal girişimlerinde bir arada uygulanması önerilmektedir. Psikososyal girişimlerin depresyonun tedavisinde kullanılan etkili yollardan olduğu bildirilmiştir (22). Bu doğrultuda depresyonun tedavisinde pozitif psikoloji programının kanıta dayalı bir uygulama olarak kullanılıp kullanılmayacağını veya nasıl kullanılacağını incelemek önemlidir. Dünyada, pozitif psikoloji müdahalelerinin depresyonda bir azalma ve iyilikte bir artış yaşadığını gösteren çalışmalar mevcut olmakla birlikte (15, 23), ulaşıldığı kadarıyla Türkiye’ de bu kapsamda yapılan deneysel çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma bu konuda ulusal düzeyde hem depresyona özgü pozitif psikoloji müdahalelerinin uygulanması hemde online görüşmeler şeklinde uygulanması yönüyle ilk olma özelliğindedir. Bu noktada özellikle pozitif psikoloji uygulamalarının etkililiğine yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi literatüre katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₁: Pozitif psikoloji programı, depresyon hastalarının depresyon düzeylerini azaltmada etkilidir.

H₂: Pozitif psikoloji programı, depresyon hastalarının mental (ruhsal) iyi oluş düzeylerini arttırmada etkilidir.

H₃: Pozitif psikoloji programı, depresyon hastalarının olumlu yaşam tutumu geliştirmelerinde etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon, kökeni Latince olan ‘bastırmak’ anlamına gelen deprimere sözcüğünden gelmektedir. Bu terim ilk kez on yedinci yüzyılda bir ruh halini belirtmek için kullanılmıştır (2). Tıp literatüründe de depresyon sözcüğünü ifade eden karakterler (dian veya tien) ilginç biçimde çılgınlık veya epilepsi anlamına da gelmektedir. Daha teknik olarak kullanılan depresyon terimi Çin tıbbında ise “yasın hüznü” veya melankoliye karşılık gelir (24).

MDB, derin üzüntünün olduğu, üzüntüye bazen bunaltının eşlik ettiği bir duygudurumun yanı sıra, düşünce, konuşma, hareketlerde yavaşlama ve fizyolojik işlevlerde retardasyon, değersizlik, yetersizlik, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleriyle karakterize bir ruhsal bozukluktur (25).

2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon (çökkünlük) çok eski çağlardan beri bilinir (26). Yunan hekim Hipokrat tarafından 2400 yıl kadar önce ‘Melankoli’ olarak adlandırılarak ilk kez hastalık olarak isimlendirilmiştir (2, 27). Hipokrat "karasafra" anlamına gelen melankoliyi durgunluk, ilgi eksikliği, isteksizlik, uyku sorunları, kaygı, yetersizlik ve intihar düşüncelerinin ortaya çıktığı bir hastalık olarak tanımlamıştır (28). Milattan sonra 981’de Buhara’da doğan İbni Sina sonraki 500 yıl için standart kaynak haline gelen eseri “Kanun”u yazmış bir bilim adamıydı. İbni Sina duygudurum bozukluklarındaki sıvılar hipotezini daha ileri noktaya taşımış ve sıvıların birlikte etkilerinden bahsetmiştir (24).

Modern psikiyatrinin babası olarak görülen Pinel için melankoli, sanrılarla karakterize bir delilikti: “*Ruhun duyguları yoğun şiddete karşı dayanıksızdır, aşk delilik boyutuna taşınır; öfke ise çılgınlığa...*” (24). Pinel, ruhsal hastalıkları mani, melankoli, bunama ve zeka geriliği olmak üzere dört gruba ayırdı. Pinel’e göre bu hastalıklar yapısal bozukluklar sonucunda oluşmaktaydı (28).

19. yüzyılda Fransız, Alman psikiyatri hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini tanımlamışlarsa da psikoz manyak depresif adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, prognozunu Kraepelin (1896) başarmıştır (26).

Kraepelin'nin öncülük ettiği psikiyatrik bozuklukların tanınması, sınıflandırılması etkisini sürdürmüştür. Günümüzde, ülkemizde de ruhsal bozuklukların tanınmasında sıklıkla kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan "DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" ve "ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" gibi tanılama sistemleri vardır (28, 29).

2.3. Belirti ve Bulgular

Depresyondaki bireylerin genel olarak yüz çizgileri belirgindir, alınları kırışık ve alın çizgileri belirginleşmiştir ve kaşları arasında dikey yerleşimli derin çizgileri (omega bulgusu) vardır. Ağız kenarlarında çökkünlük, omuzlar çökük, kambur duruş, başları öne eğik, yüzünde üzüntülü bir ifade ve donukluk, tedirginlik, şaşkınlık görülür (30).

Hafif ve orta çökkünlüklerde hasta ile ilişki ve iş birliği kurmak güç olmaz. Şiddetli çökkünlüklerde konuşma alçak sesli, yavaştır. Çok ağır çökkünlükte hiç konuşmama (mutizm) görülebilir (26).

Hastanın konuşması yavaşlamış, alçak ses tonuyla ve sanki büyük bir çabayı gerektiriyor gibidir. Soruları tek bir kelime cevaplama ve/veya geç cevaplama görülür. Kendileri ve dünya hakkında genellikle olumsuz düşünceleri vardır. Geçmiş yaşantılarda acı veren olumsuz anılar ve gelecek korkuları vardır (30). Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Hastaların özsaygısı (self-esteem) çok azalmıştır. Değersizlik, küçüklük düşünceleri bazen küçüklük sanrıları (mikro-manyak hezeyanlar) derecesine varabilir. Ölüm isteği ve özkıyım (intihar) düşünceleri gelişebilir (26). Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yoğun olarak yaşayabilirler. Suçluluk duyguları, intihar düşünce ve eylemlerini uyarır (31).

Hastanın bilinci açıktır. Ağır derecede depresif stuporu olan hastalarda bilinçte sislenme olabilir. Yer, kişi ve zamana karşı yönelim bozukluğu yoktur. Unutkanlık sık görülür. Ancak bu gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Bunun dikkatini, düşüncelerini toplama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü, ağır üzüntü, sıkıntı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (30). Depresyonda genellikle algı bozukluğu görülmez. Nadiren suçlayıcı, aşağılayıcı türden işitme hallüsinasyonları tanımlayan hastalar olabilir (26). Psikotik depresyonların %25'inde varsanı vardır (30).

Olguların önemli bir bölümünde psikomotor etkinlikte azalma görülür. Buna psikomotor yavaşlama adı verilir. Bu hastalar tipik olarak laterji ve yorgunluktan yakınırırlar. Enerji düzeyi azalır, bıkkınlık ve isteksizlik görülür (31).

Hastaların pek çoğunda iştah azalır. Daha nadiren, kimi hastalarda aşırı yemek yeme ve kilo artışı görülebilir. Hastaların çoğunda uyku bozular (26). Uyku bozukluğu depresyonun sık karşılaşılan bir semptomudur. Uyku bozukluğu uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, sabahları erken uyanma şeklinde olabilir (31). Cinsel isteksizlik olur (26, 31).

2.4. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5/DSM-5)

- A. “Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir)
 2. Hemen her gün, gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama.
 3. Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma).
 4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün başkalarınca da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı.
 6. Neredeyse her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı.
 7. Neredeyse her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrı düzeyinde olabilir).
 8. Neredeyse her gün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık.
 9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişi.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.
- C. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir (DSM-5)” (32).

2.5. Sıklık ve Yaygınlık

MDB sık görülen bir ruhsal bozukluk olup, ciddi yıkım ve yeti yitimine sebep olmasından ötürü önemlidir (33). Majör depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak bildirilmektedir. İlk epizod sonrası hastalığın tekrarlama riski kadın ve erkekler için eşittir (34). ABD’de ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmalarına göre majör depresyon yaygınlığı %3-5.8 kadardır. Hayat boyu risk erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26’dır. Ulusal Komorbidite Araştırması (NCS-National Comorbidity Survey) çalışmalarına göre bu oranlar kadınlar için %21-24, erkekler için ise %12-15 kadardır. Genel toplumda yaşam boyu prevalans %15 kadardır (31). Ülke ve kültürel yapıdan bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülür (33). Ancak belirtiler, gidiş ve tedaviye yanıt açısından cinsiyetler arasında bir fark yoktur (34). Depresyon kadınlarda 18-44 yaşları arasında daha fazla görülmektedir. 45-65 yaş aralığında cinsiyetler arasındaki farklılık gittikçe azalmaktadır. Kadınlarda daha fazla görülmesi durumu 65 yaşından sonra yine ortaya çıkmaktadır. Hastaneye başvurular 40-60 yaşları arasında daha fazladır (31). Eğitim düzeyi düşük olanlarda ve ekonomik durumu kötü olanlarda olasılık artmaktadır. Bu olguların tedaviye yanıt olasılıkları da daha düşüktür (31). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının (1998) verilerine göre 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4.0 olarak verilmektedir (35).

Çökkünlüğün dünyada yetiyitimine yol açan dördüncü önemli hastalık olduğu saptanmıştır (36). Kessler ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, ABD’de majör depresyonla ilgili olarak işçi başına 27.2 gün işgücü kaybı ortaya çıktığı bildirilmiştir (37). 2020 yılında en fazla yetiyitimine yol açan ikinci hastalık olacağı öne sürülmekteydi (38). Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020 raporuna göre; 2030 yılına gelindiğinde depresyon tüm dünyada hastalık yükünün önde gelen nedeni olacaktır (4).

2.6. Gidiş ve Sonlanış

Genellikle sinsi bir gidişat gösterir. Bireyler, somatik yakınmalar, halsizlik, yorgunluk, iştahta düzensizlikler nedeniyle hastaneye başvurabilirler. Ağır tablolarda ise belirtilerde, intihar düşünceleri, girişimleri görülebilir, dolayısıyla psikiyatrik tedaviye başvurma oranı daha yüksektir. Her yineleme dönemi, bir sonraki yineleme riskini arttırmaktadır. Sık yineleyen hastalarda süregenleşme olasılığı yüksektir. Psikotik belirtili olan depresyonun düzelmesi daha yavaş olmaktadır. Depresyonda somatik rahatsızlıklar ortaya çıktığında bu rahatsızlıkların daha ağır gidiş gösterdiği eskiden beri bilinir. Bunun nedenleri arasında çökkünlüklerde bağışıklıkta bozulma, zayıflama olabileceği gibi; çökkün hastaların kendi bakımlarını ihmal etmeleri, hatta ölümü bile istemeleri sayılabilir (26).

2.7. Patogenez

2.7.1. Genetik Faktörler: Duygudurum bozukluklarına yatkınlığın temelde genetik olarak aktarıldığı kabul edilir. Ancak, bireydeki bu genotip özelliğın ‘etkin’ hale geçmesi (penetransı), kalıtsal olmayan çevresel faktörlerle modifiye edilmektedir (33). Majör depresyonu olan kişilerin birinci derece akrabalarında aynı bozukluğun olma olasılığı 2-4 kat daha fazladır. Bir ebeveynde majör depresyon bozukluk varsa çocuklarda hastalığın ortaya çıkma riski 2 kat artmakta, her iki ebeveynde varsa çocuklarında risk 4 kat artmaktadır. İkiz çalışmalarından elde edilen veriler tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %23-67 çift yumurta ikizlerinde ise %14-43 olduğu göstermektedir (34). BDNF, MAO-A, COMT, serotonin taşıyıcı geni gibi genler, majör depresyonda en çok sorumlu genlerdir (33).

2.7.2. Nöroanatomik Nedenler: Depresif duygudurum ve hüün depresyonun temel belirtilerindendir. İşlevsel nörogörüntüleme, bu belirtilerin özellikle venromedial prefrontal korteks, anterior singulat, subgenua alanlar ve amigdalaadaki bilgi işleme süreçlerindeki disfonksiyondan kaynaklandığını göstermektedir. Bilindiğı gibi bu alanlar orta beyin raphe çekirdeğinden serotonerjik, lokus seruleustan noradrenerjik ve ventral tegmental alandan dopaminerjik projeksiyonlar alır. Serotonin ve norepinefrin üzerinden etki eden ilaçlar, bu devrelerdeki nöronal aktivasyonu normale döndürürler. Böylece antidepresan etki gösterirler. Dopaminerjik ilaçların antidepresan tedaviye eklenmesinin klinik etkiyi arttırmasında da bu devrelerin rolü vardır (31).

Beyin görüntüleme bulguları: Anterior singulat korteks (ACC), orbitofrontal korteks (OFC), prefrontal korteks (PFC)'de belirgin hacim azalması izlenmektedir. ACC, AFC, hipokampus ve PFC'de gri maddede azalma bulunmaktadır. ACC ve hipokampusta sinaps yoğunluğu da azalır. OFC'de nöronlarda küçülme olur. PFC'de glial yoğunluk da azalır. Ek olarak, hipokampus, putamen, kaudat ve bazal gangliyonlarda orta derecede hacim kaybı bulunmaktadır (31).

2.7.3. Biyokimyasal Etkenler: Depresyon açıklaması için noradrenalin (NA) ve serotonin (5-HT) ön plana çıkmıştı. Depresyon, ya bu iki monoamin (MA) nin ya da bunlardan birisinin beyindeki hipoaktivitesi ile ilişkili görülerek, iki ayrı depresyon tipi de (noradrenerjik ve serotonerjik depresyon) ileri sürülmüştür. Diğer yandan veriler, serotonin yalnızca depresyonla değil, intihar, anksiyete ve dürtü kontrolü ile de ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Monoamin düzeylerinden çok reseptör yoğunluğu ve duyarlılığı etkili görünmektedir. Daha önemlisi depresif hastalardaki bu biyokimyasal bulgular neden değil, stres karşısında moleküler düzeydeki tepkiler olabilirdi. Sonuçta araştırma yöntemleri gelişmesiyle bu stratejiler terk edildi ve depresif bozuklukların NA ve 5-HT düzeyindeki değişikliklerle değil, bu değişikliklerin eşlik ettiği karmaşık mekanizmalarla ilişkili olduğu kabul edilmiştir. Yine de hala kullanılmakta olan antidepresan ilaçların büyük bir bölümünün etki düzeneği, bu monoaminlerle ilişkilidir (33).

2.7.4. Nöroendokrinolojik Etkenler:

2.7.4.1. Deksmetazon süpresyon testi (DST): MDB'li hastalarda DST'nin pozitif bulunması, yani süpresyonun olmaması verisi, DST'nin depresyon tanısı sağlayacak ya da destekleyecek bir test olarak ileri sürülmesine yol açmıştır. DST'nin, ağır depresyonda daha belirgin olup klinik iyileşmeyle normalleştiği dahası klinik iyileşmeyi önceden haber verdiği bulguları bir heyecan ve umut yaratmışsa da süpresyon olmaması durumunun depresyon dışında da (örneğin, bazı ilaçların kullanımı, malnütrisyon, diğer tıbbi hastalıklar ve enfeksiyonlarda) görülebildiği saptanınca, bu heyecan kaybolmuştur (33).

2.7.4.2. Tiroid: Hipotiroidi, depresyonla en yakın ilişkideki tıbbi durum olarak görülür ve tiroid işlevleri her depresif hastada dahası her duygudurum bozukluğunda araştırılıp izlenmesi gereken bir faktördür. Tiroid bozuklukları her depresif hasta için geçerli olmayıp depresif hastaların yaklaşık %25'inde anormallik saptanır. Bu hastalar

antidepresan tedaviye iyi yanıt vermezler ve bu durumda MDB düzelse bile erken depresir (33).

2.7.5. Nörofizyolojik Çalışmalar: Depresyonda sirkadiyen ritim bozukluğu en belirgin olarak uykuda görülmektedir. EEG sonuçlarına göre: MDB’da kişilerde uyku süresinin kısalması, derinliğinin azalması; uykuya latansı artması, uykunun sık sık bölünmesi ve uykudan uyanmanın erken olması görülebilmektedir (26).

2.7.6. Ruhsal-Toplumsal Etkenler: Ciddi ekonomik sorunlar, ailesel problemler, iş yaşamındaki sorunlar, emeklilik, iş kaybı, sevgi nesnesinin kaybı, bedensel sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve bu tarz fiziksel ya da psikososyal olaylar duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde etkin rol oynarlar (26).

2.7.7. Psikanalitik Görüş: Freud’un öğrencisi Abraham depresif psikozları psikanaliz çerçevesinde değerlendiren ilk kişidir. Abraham (1912), melankolik depresyonla normal yas duygusunu kıyaslamış. Hem melankolik depresyonda hem normal yas duygusu yaşayan kişilerin bir kayıp yaşadığını ifade etmiş. Ancak yaşlı kişi kaybettiği kişi ile ilgilenirken depresif kişi suçluluk duyguları ile acı çeker. Abraham, depresif duygu durumunu, yitirilen nesneye karşı yaşanan öfkenin kişinin kendine döndürmesi ve anal-sadistik döneme bir regrese olması olarak ifade etmiştir (39).

Freud, “Mourning and Melancholia” başlıklı yazısında Abraham’ın düşüncelerine katılmıştır. “The Ego and The Id” adlı kitabında ise hastaların acımasız süper egolarından bahsetmiş ve melankolinin sevilen objeye karşı saldırganlık eğilimden dolayı duyulan suçluluk nedeniyle yaşandığını ifade etmiştir (39).

2.7.8. Bilişsel Görüş: Bilişsel görüşe göre; depresyon kişilerdeki sahip olduğu bilişsel çarpıtmalarla ilişkilidir. Çarpıtma şemaları erken çocukluk deneyimleri sonucu oluşur. Beck’ e göre depresyonun temel üç bilişsel ögesi vardır: Olumsuz benlik, çevre ve gelecek algılaması. Bireyin kendisini, çevresini ve geleceğini bu inançlarla yorumlaması depresyona yol açar. Dolayısıyla bilişsel tedavi, kişinin çarpık algılamalarını fark edip, algılama biçimini değiştirmesine yönelir (33).

2.7.9. Davranışçı Görüş:

2.7.9.1. Öğrenilmiş Çaresizlik (Learned helplessness): Kişinin ortaya koymuş olduğu davranışların sonuçlanmaması durumunda, kişide artık oluşan sonuçları denetleyemeyeceği inancıdır (40, 41, 42). Seligman ve Maier (1967) hayvanlar üzerine yaptıkları deneyleriyle öğrenilmiş çaresizliğe ilişkin veriler elde etmiştir (42-45). Bu modele göre tedavi, depresif kişinin kontrol ve çözüm gücünün farkına varması ve çevresini yönlendirip değiştirebileceğini ‘yeniden öğrenmesi’ne yönelmelidir (33).

2.7.10. Hastalık Öncesi Kişilik: Çökkünlük için bazı ortak kişilik özellikleri tanımlanmışsa da özgül bir kişilik yapısının varlığı tartışılmalıdır. Aşırı özeleştirici yapan, mükemmeliyetçi, kötümser, aşırı endişelenmeye eğilimli, katı bir düşünme tarzına sahip veya düşük saygınlığa sahip olmak gibi bazı özellikler depresyona karşı savunmasız olmaya sebep olabilir (46).

2.8. Tedavi

Depresyonun tedavisinde ilaçların, EKT’nin ve psikoterapinin etkisi kanıtlanmıştır (26).

2.8.1. Antidepresanların Etki Düzenegi

DSM-5’e göre tanılanmış MDB vakaların %70-90 kadarı iyi seçilmiş ve uygulanmış biyolojik tedavilerden yararlanır. Psikotik belirti göstermeyen MDB için kullanılan ilaçlar antidepresanlardır (31). Günümüzde kullanılan neredeyse bütün antidepresanlar serotonerjik ve/veya katekolamin dizgeleri üzerinden etkilerini göstermektedir. Farklı ilaçlar aynı dizgeleri geri alım önleyici, yıkımı engelleyici, reseptör agonist ya da antagonist özelliklerle etkilemektedirler (26).

Etki düzeneklerine göre Türkiye’de bulunan antidepresan ilaçların sınıflandırılması:

- Trisiklikler (non selektif noradrenalin ve serotonin geri alım inhibitörleri)
- Selektif serotonin geri alım inhibitörleri
- Serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri
- Noradrenerjik ve seçici serotonerjikler
- Noradrenalin geri alım inhibitörleri
- Serotonin düzenleyicileri (modülatörleri)
- Dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri
- Geriye dönüşlü mono amino oksidaz inhibitörleri

- Melatonin analoglarıdır (26).

İlaç tedavisi 18-24 ay sürdürülmelidir. İlaç kesimine karar verildiğinde birkaç aya yayılarak kesilmelidir (31).

2.8.2. Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)

İntihar riski bulunan, fazla iştah kaybı olan, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8-10 EKT ile olumlu sonuç alınır. EKT'nin etkisinin kortikolimbik döngülerin düzenlenmesi yoluyla olduğu düşünülmektedir. İleri sürülen düzeneklerden biri antikonvülsan etki varsayımdır. EKT uygulamasının hemen ardından serebral kan akımı ve metabolizma hızı artar, uzun dönemde ise azalır. EKT'nin etkili olması için grand mal tipinde bir konvülsiyonun olması gerekmektedir. EKT'nin antikonvülsan etkisine kortikal ağdaki γ -aminobütirik asit boşalmasının neden olduğu düşünülmektedir (26).

2.8.3. Yineleyici Transkraniyal Manyetik Uyarım (rTMS)

Manyetik uyarımlarla nöbet oluşturmayan, beyni uyaran, invazif olmayan bir yöntemdir. TMS oluşturduğu manyetik alanla iyon akımına neden olarak nöronlarda depolarizasyon sağladığı düşünülmektedir. Düşük frekanslı uyarılar sinir hücrelerini baskımlarken yüksek frekansta olanlar ise uyarıcı etki yapar. Depresyon hastalarında prefrontal kortekste ve ön singulat, talamus ile periinsular korteks gibi duygudurum düzenlenmesinde rol oynayan merkezlerde görülen metabolizma ve kan akımı anormalliklerinde rTMS uygulamalarından sonra düzelme olduğu bildirilmiştir (26).

2.8.4. Derin Beyin Uyarımı (DBU)

Genellikle köprücük kemiğinin altına cilt altı konan bir atım jeneratörü aracılığıyla beynin belli bölgelerine stereotaksik olarak yerleştirilen elektrotlara yüksek frekanslı uyarı gönderilmesi temeline dayanır. Sağaltıma dirençli depresyonda DBU ile uzun süreli başarılı sonuç alındığını gösteren araştırmalar bulunmakla birlikte yetersiz seçkisiz kontrollü çalışma yoktur. DBU'nun etki düzeneği henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Çökkünlüklerde subkallozal singulat girusa, nukleus akumbense ya da ventral kapsül/ventral striatuma yerleştirilmektedir (26).

2.8.5. Depresyonda Psikoterapi

Psikoterapi, ruhsal sorunlardan muzdarip bireylerin, sorunun ne olduğunu anlamaları, sorunun altta yatan sebebi hakkında içgörü kazanmaları ve bu nedenlerle uygun bir şekilde baş edebilme yolları bulmaları için bunlara uygun çözüm yolları bulmaları için görüşler getiren her türlü yöntem olarak tanımlanabilir (47). Depresyonda psikoterapi önemlidir ve hatta birçok hastada elzemdir. Majör depresyonda ilk olarak ilaç tedavisi önemlidir. Ancak, hasta iyileştikçe depresyona sebep olabilecek, süregelenleştirecek ya da yinelemesine yol açabilecek bireysel ve çevresel faktörler psikoterapötik yöntemlerle yaklaşmak gerekebilir (26). Psikoterapi ve ilaç kombinasyonu, depresif bozukluklar için etkili tedavi olarak bilinmektedir. Kombine tedavinin hedefleri; belirtileri ortadan kaldırmak, psikososyal restorasyon, relapsları önlemek, ev ve iş yaşamındaki zorlukların ikincil sonuçlarını azaltmak ve tedavi uyumunu arttırmaktır (34).

2.9. Pozitif Psikoloji

Bilişsel devrim süresince psikolojide, insanları sadece rahatsızlıkları üzerinden değerlendirmekten farklı daha holistik hümanistik bir bakış, giderek desteklenen bir hareket haline gelmiştir (48).

Erich Fromm, Abraham Maslow ve Carl Roger gibi psikologlar depresyon ve kaygının mutsuzluğundansa iyi, mutlu bir yaşamın neden olduğu üzerine eğilmeye başlamışlardır. Buradan da “pozitif psikoloji” hareketi doğmuştur. Yeni psikolojinin merkezinde 1970’lerde Mihály Csikszentmihályi tarafından geliştirilen “akış” tasarımı vardır. Csikszentmihályi’ye göre akış, herhangi bir aktivitenin ve dolayısıyla tatmin edici bir hayatın optimal keyfine giden yoldur (48). Akış, “fiziksel ya da bilişsel bir aktivitenin içinde saniyesi saniyesine yoğun bir şekilde yer almak” olarak tanımlanmaktadır (49). Csikszentmihályi tarafından geliştirilen akış kavramı, pozitif psikolojinin diğer temsilcileri tarafından da benimsenmiştir (48).

Pozitif psikoloji terimi ilk kez Abraham Maslow tarafından “Motivasyon ve Kişilik” adlı kitabında kullanılmıştır (48). Yeni bilişsel terapiler, iyi, mutlu durumlar oluşturmak ve bu konuda desteklemek yerine, hala büyük ölçüde mutsuzluk durumlarına odaklanmaktadır. Terapinin “zayıflıkla olduğu kadar, güçlü olmakla uğraşması; yaşamdaki en kötülerini onarmak kadar en iyileri inşa etmekle de ilgilenmesi gerektiğini” düşünür (48).

Martin Seligman'a göre, pozitif sağlık, "insanların kendileri için 'iyi oluş (well-being)' arzu ettikleri ve acılarının giderilmesinin üstünde ve ötesini arzu ettikleri" anlayışını kapsamaktadır." (12). Pozitif psikoloji, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ruh sağlığı tanımına iyi uymaktadır; bireyin potansiyelini gerçekleştirebildiği, normal yaşam stresleriyle baş edebildiği ve toplumda çalışabildiği ve katkıda bulunabildiği bir iyi oluş durumudur (13).

2.9.1. Pozitif psikoloji perspektifinden öznel iyi oluş ve psikolojik iyi oluş

2.9.1.1. İyi oluş

'İyi oluş'un tanımı üzerinde fikir birliği bulunmamasına rağmen literatürde kullanılan mutluluk, kendini gerçekleştirme, memnuniyet, uyum, ekonomik refah, yaşam kalitesi ve iyilik hali gibi pek çok eş anlamlı sözcük vardır (49).

2.9.1.2. Öznel iyi oluş (ÖİÖ)

Öznel iyi oluş (subjective well-being) şöyle tanımlanır; yaşam doyumu+olumlu duyguların çokluğu+olumsuz duygulanım azlığıdır. Diener yaşam doyumunun, şimdiki durum ile ideal veya layık olunan standart arasındaki çelişki olduğunu söyler. Duygulanım, iyilik halinin anlık olaylarla ilişkili ruh hali ve duyguları içeren duygusal tarafı ile ilgilenir. Olumlu ve olumsuz duygulanımı deneyimlemede bir denge olması gerektiği gibi, olumlu duygulanımın sıklığının ve yoğunluğunun farkını kabul etmek de gerekmektedir. Sonuçta, öznel iyi oluşunun iyi seviyede olduğunu bildiren kişiler, yüksek seviyede yaratıcılık, sebat etme, çoklu görev yapabilme, sistematik hareket edebilme, iyimserlik, uzun yaşam, hastalıklara yakalanmada azalma, sosyal olabilme, güven, yardımseverlik ve daha az düşmanlık ve benmerkezcilik göstermeye yatkındırlar (49).

Mutluluk veya öznel iyi oluş tipik olarak 'insanların yaşamlarına ilişkin bilişsel ve duygusal değerlendirmeleri' olarak tanımlanır (50). Bununla birlikte Wong (2011), bağlamsal değişkenlere ve geçmişe atıfta bulunulmadan evrensel bir öznel iyi oluştan söz edilemeyeceğini savunmuştur. Örneğin, sıkıntı ve yoksullukla mücadele eden yüksek öznel iyi oluş gösteren birey ile refah içerisinde güzel bir hayat yaşarken yüksek öznel iyi oluş gösteren bireyin aynı şekilde değerlendirilemeyeceğini ifade etmektedir. Durum ne kadar olumsuz olursa yüksek öznel iyi oluşu sürdürmek için daha fazla çabaya ihtiyaç duyulur (50). Aynı evrensel öznel iyi oluş, mutluluğun farklı kaynaklarına ve yollarına

bağlı olarak farklı bir hikâye anlatır. Aşağıdaki mutluluk türlerinin tümü öznel iyi oluşa katkıda bulunur, ancak farklı kişilikleri, koşulları ve yolları içerebilir.

Hedonik mutluluk (Hedonic happiness): Tipik olarak kişi yaşamına ilişkin doyuma sahip olması, yüksek oranda pozitif duygulanıma düşük oranda negatif duygulanıma sahip olması olarak değerlendirilir. Hemen akla gelen, “yemek, içmek ve mutlu olmak” ya da hedonik koşu bandını vurgulayan yaşam türüdür (50).

İşlemsel Mutluluk (Prudential happiness): Tamamen yaşama bağlılıktan gelen memnuniyet duygularıdır. Genellikle “akışı” ve kişinin en iyi yaptığı ve yapmaktan hoşlandığı bir şeyi yapma sevincini içerir (50).

Ödömanik Mutluluk (Eudaimonic happiness): Farklı araştırmacılar ödömaniye farklı tanımlar (Akt. Wong, 2011). Bununla birlikte, psikolojik iyi olma, erdem, mükemmellik, içsel motivasyon, otantiklik, akış, işlevsellik, anlam, amaç ve başkaları için endişelenmeyi içeren bir şemsiye terimdir. “Karakter veya erdem mükemmelliğini ifade eden” bir şekilde yaşama ile ilişkili mutluluk türünü ifade eder (50).

Kaironik Mutluluk (Chaironic happiness): Kişinin doğa ya da Yaratıcı ile birliktelik, şükran ve birlik duygusu nedeniyle huzurlu ve şanslı hissetmesi. Chaironic, kutsama, neşe veya mutluluk armağanı anlamına gelen Yunan chairō (χαρά) kökünden gelir. Asıl önemli olan hayata karşı tutumumuz, o anı önemsememiz ve aşkın gerçekliğe uyum sağlamamızdır (50).

2.9.1.3. Psikolojik İyi Oluş

Psikolojik iyi oluş, iyi oluşun sağlanmasında kişinin potansiyelini gerçekleştirme gerekliliğinin yattığını ifade eder. İyi, mutlu yaşam için, sadece doyum ve hazdan almaktan daha ötesidir. Psikolojik iyi oluş, gerçek mutluluğun, yapmaya değer olan şeyleri yapmakla bulunacağını amaçlar. Bu nedenle insanın potansiyelini gerçekleştirme, nihai bir amaçtır (49).

Psikolojik iyi oluş kavramı altı boyutu içerir: kendini kabul (bireyin kendisini ve yaşamını olumlu değerlendirmesidir), kişisel büyüme, yaşam amacı, diğerleriyle olumlu ilişkiler, çevresel hakimiyet (bireyin kendisini ve çevresini etkili bir şekilde yönetme kapasitesi) ve özerklik (49).

Pozitif psikoloji hem bilimsel hem de klinik bir müdahaledir (51). Pozitif psikoloji Seligman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (10). Pozitif psikolojinin odaklandığı üç temel nokta vardır. Bunlar; memnuniyet (olumlu duygularla keyif alma), katılım (güçlü yanlarınızı etkili kullanmak) ve anlam (kendinizden daha büyük bir şeyin parçası olmak) (11). Seligman (2011), bu üç boyutu daha da genişleterek ruh sağlığı ve mutluluk için beşli bir yapı önermiştir. Bu beş yapı; pozitif duygular, katılım, ilişki, anlam ve başarı. Bu beşli yapıyı PERMA modeli olarak adlandırmıştır (14).

2.9.2. Perma Modeli:

- Pozitif duygu (Positive Emotion): PERMA modelinin ilk ögesi, haz, eğlence ve zevk gibi hedonik mutluluk duygularını ifade eden pozitif duygulardır (52). Olumlu duygular sadece, sağlık ve iyilik halini işaret etmez ya da göstermez aynı zamanda sağlık ve iyilik haline neden olur (49).

Endişe veya öfke gibi pek çok olumsuz duygu, insanların anlık düşünce-eylem dağarcıklarını daraltır. Pozitif duygular ise tam tersine genişletir. Bu dağarcığın genişlemesi, pozitif veya adaptif duygu, biliş ve eylem spiralleri yaratarak kişisel gelişim ve dönüşüm için potansiyel oluşturan, kalıcı kişisel kaynak yaratımı fırsatları sunar (51). Olumlu duygular hisseden kişilerin problemi ve çözüm yollarını açıkça görebilme ihtimalleri daha yüksektir. Bu tür kişiler, tepkilerinde daha yaratıcı ve esnek olabilirler. Sonuç olarak kendileri için; sıkıntılı durumlarda dahi başvurup faydalanabilecekleri sosyal, duygusal ve entelektüel bakımdan kaynakları daha bol olan ‘banka’ kurabilirler. Aynı zamanda olumlu duygular, daha geniş kişiler arası ilişkilerin kurulmasına, sağlıklı ve başarılı olmaya katkı sağlar (11).

- Katılım-Bağlanma (Engagement): Katılım da pozitif duygu gibi öznel olarak değerlendirilir. Pozitif duygu ve katılım, tüm faktörlerin yalnızca öznel olarak ölçüldüğü, iyi oluş teorisindeki iki kategoridir. PERMA modelinde iyi oluşun ikinci katkısı, bir aktiviteye tam katılım ve tam dalma hissi veya bazılarının “akış” durumu olarak tanıdığı bir anlam olarak tanımlanan katılımdır (14).

Akış, tesadüfen bir anda gerçekleşmez. Akışı kolaylaştıracak şekilde çevreyi değiştirmek ve diğerlerine akışı bulmaları için yardım etmek gerekmektedir. Birinci yaklaşımın odağında, akış yaşantısını artırmak ve handikapları ortadan kaldırmak için çevrelerini düzenlerler. İkinci olarak danışanların pozitif duygularını ve performans seviyelerini

artıracakları akış deneyimi içinde olmalarına destek olurlar. Bireylerin gerçekleştirebilecekleri ve akış yaşantısı sağlayacak aktiviteleri belirlenmeye çalışılır. Bireylerin apatik duruma düşecekleri ve akışta olmalarını engelleyecek eylemlerden uzak durmaları konusunda bilgilendirilir (49).

- Pozitif ilişkiler (Relationship): PERMA modelinde, pozitif ilişkiler başkaları tarafından desteklenen, otantik olarak başkalarına bağlı ve bu bağlantılarda güvende hissetme anlamına gelir (14).

Pek çok teori sıcak ve güvenli kişilerarası ilişkilerin önemini vurgulamaktadır. Diğer insanlarla olumlu ilişkilerin önemi, psikolojik iyi oluş kavramlarında defalarca vurgulanmaktadır (53). Öznel iyi oluşun da en büyük göstergelerinden ve yardımcılarında biri sosyal ilişkilerdir. İnsan yaşamında diğer insanlara ihtiyaç duyar ve onların yanında olmayı ister. İster içedönük ister dışadönük olsun, sosyal ortamlarda bulunmak iyi oluş düzeyini artırır (49). İyi oluş ve sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğu; sosyal destek düzeyi depresyon ve yalnızlık ile negatif ilişki olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (54).

- Anlam (Meaning): PERMA bağlamında, hayatta bir amaç sahibi olma veya kendinden daha büyük bir amaca hizmet etme duygusuyla ilgilidir (55).

Ruh sağlığı, yaşam için amaç ve anlam olduğu hissini veren inançları içerecek şekilde tanımlanmıştır (53). Anlamli bir hayata sahip olmak, düzen, ilişkiler ve umut açısından insanın en temel ihtiyacını yansıtır (56). Kişinin yaşamın anlam ve amacını bilmesi ve kişisel güçler açısından kendisi hakkında sonuçlar çıkarması, onları, eylemlerinin ve ilişkilerinin yaşamdaki amaçlarıyla daha uyumlu olması için adımlar atmaya teşvik eder (11). Yaşamın anlamının ve yaşamın içindeki anlamın, insanlar için önemli olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (49). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelik sürecinde, hastaların yaşam kalitesini artırmak için yaşamda anlam bulmalarına yardımcı müdahaleler uygulanması gerektiği ifade edilmektedir (57). Kanseri hastalarıyla anlam odaklı grup terapisi üzerine yapılan araştırma, terapinin psikolojik ve varoluşsal veya spiritüel distres tedavisi için olumlu etki ettiğini göstermiştir (58). Gander, Proyer ve Wyss (2013) ise, pozitif psikoloji müdahaleleri uyguladıkları çalışmalarında, yaşanan olumsuzluklara ‘bir kapı kapanır, başka bir kapı açılır’ bakış açısıyla anlam vermenin, mutluluk düzeyinde artma ve depresif belirtilerde azalma sağladığını göstermiştir (59).

- Başarı (Accomplishment): PERMA modelindeki başarı unsuru, kişisel hedeflere ulaşma veya bu hedeflere ulaşma konusunda sürekli bir itici gücü ifade eder (14).

Pozitif psikoloji, aşağıdakileri anlamak ve kolaylaştırmakla ilgilenir:

1. Negatif duygulardan çok, pozitif duygulara sahip olmak,
2. İş ve yaşamdan tatmin olmak,
3. Güçlü yanları ve yetenekleri fark ederek kullanmak,
4. Önemli becerilerle ilgili egzersiz yapmak,
5. Etkinlikler içinde kaybolmak,
6. Pozitif aile yaşamı sürdürmek,
7. İyi bir iş yaşamı oluşturmak,
8. Toplumun iyiliğine katkıda bulunmak,
9. Yaşamda anlam bulma konularıyla ilgilenir (11).

Barbara Fredrickson tarafından geliştirilen ‘genişlet ve inşa et’ pozitif duygular teorisi, pozitif duygu deneyimlerimize katkı sağladığını kişisel büyüme ve gelişmemize uzun süreli etkisi olduğunu gösterir (60).

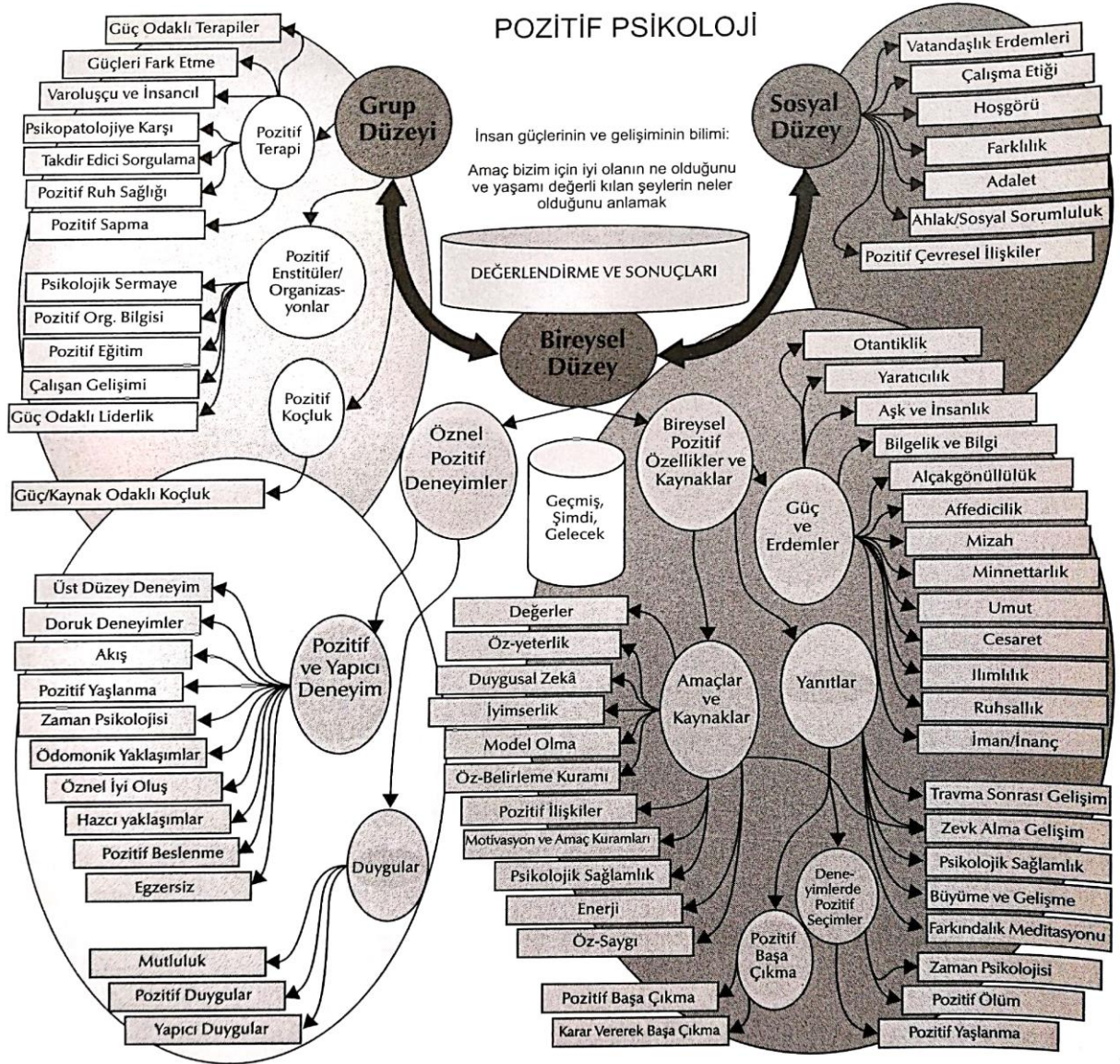
- A) Pozitif psikoloji, düşünce ve eylemlerimizin repertuarımızı genişletir. İlk olarak, olumlu duygular dikkatimizi ve düşüncemizi genişletir, bu da daha olumlu düşüncelerimiz ve daha geniş bir çeşitliliğimiz olduğu anlamına gelir. Neşeli ya da daha ilgili olmak gibi pozitif duygular deneyimlediğimiz zaman, yaratıcı olma, fırsatları çok daha fazla fark etme, daha esnek ve açık fikirli olma ihtimalimiz daha yüksektir (60).
- B) Pozitif duygular negatif duyguların verdiği zararı geri alır. Hem olumlu hem de olumsuz duyguları aynı anda yaşamak zordur. Bu nedenle, olumsuz duyguların hâkim olduğu zamanlardaki olumlu duyguların kasıtlı bir deneyimi, kalıcı etkilerini geri almaya hizmet edebilir. Biraz neşe ve memnuniyet, fizyolojik düzeyde yaşanan stresi ortadan kaldırabilir (60).
- C) Pozitif duygular direnci artırır. Hoşnutluk, mizah, eğlence, memnuniyet, samimi arkadaşlık, sevgi ve şefkat, hepsi direnci ve başa çıkma yeteneğini geliştirirken, olumsuz duygular ise onları azaltır. Pozitif düşünceler yeniden değerlendirme ve problem çözme becerilerini geliştirebilir (60).
- D) Pozitif duygular psikolojik repertuar inşa eder. Sadece anlık bir etkiye sahip olmaktan uzak, pozitif duygular geçici olsa bile, kalıcı olan önemli fiziksel,

entelektüel, sosyal ve psikolojik kaynakları oluşturmaya yardımcı olur. Örneğin, fiziksel yeteneklerini geliştirme, kendi hâkim olma ve arkadaşlarında geçirdiğin keyifli zamanlar sosyal becerileri arttırır (60).

- E) Pozitif duygular yukarı doğru bir gelişme sarmalı tetikleyebilir. Bundan da öte, olumsuz duygular, kişiyi aşağıya çekerek depresyon hallerine yol açabildiği gibi, olumlu duygular, artan duygusal gelişim için doğru gelişimsel sarmalları tetikleyebilir ve insanları daha iyi hale getirebilir (60).

Pozitif psikoloji bilimi üç farklı düzeyde işlemektedir: Öznel seviye, bireysel seviye ve grup seviyesi (60).

Sübjektif seviye, neşe, mutluluk, hoşnutluk, memnuniyet, mutluluk, iyi-oluş ve akış gibi olumlu deneyimlerin çalışılmasını içerir. Bireysel seviye, iyi yapmak ya da iyi bir insan olmak yerine, iyi hissetmekle ilgilidir. Amaç, “iyi yaşam” öğelerini ve “iyi bir insan” olması için gerekli olan kişisel nitelikleri, insanın güçlü yönlerini ve erdemlerini, geleceğe duyarlılığı, sevgi kapasitesini, cesaret, sebat, affetmeyi, özgünlüğü, bilgelik, kişilerarası beceriler ve yetenekliliğini inceleyerek tanımlamaktır (60). Grup veya topluluk düzeyinde, vurgu sivil erdemler, sosyal sorumluluklar, şefkat gösterme, fedakârlık, uygarlık, hoşgörü, iş etiği, pozitif kurumlar ve vatandaşlığın ve toplulukların gelişimine katkıda bulunan ve kendilerinin ötesine ulaşan diğer faktörler üzerinedir. Bu seviye kendimizden daha büyük bir şeyi hedefleyen eylemler ya da olumlu davranışlar yapmakla daha fazla ilgilidir (60).



Şekil 2.1. Pozitif Psikoloji Zihin Haritası (49).

2.9.3. Pozitif Psikoloji Müdahaleleri (PPM) ve Depresyon

Pozitif psikolojinin uygulamaya yönelik en önemli katkısı “Pozitif Psikoloji Müdahaleleri” dir. Pozitif Psikoloji Müdahaleleri Sin ve Lyubomirsky (2009) tarafından “pozitif duyguları, pozitif davranışları veya pozitif bilişleri geliştirmeyi amaçlayan tedavi yöntemleri veya kasıtlı faaliyetlerdir” şeklinde tanımlanmıştır (15). Bolier ve arkadaşları (2013) müdahalelerin pozitif psikolojinin teorik geleneğine uygun olarak geliştirilmesi gerektiğini önermişlerdir (61). Parks ve Biswas-Diener (2013) ise bir müdahalenin PPM olarak adlandırılabilmesi için o müdahalenin etkinliğine yönelik ampirik kanıtların bulunması gerektiğini eklemişlerdir (62). Schueller ve Parks (2014) bir müdahalenin

hangi yolla faaliyet gösterdiğinin incelenmesi müdahalenin pozitif psikoloji müdahalesi olarak kabul edilip edilmeyeceğine karar vermede ikinci temel bileşen olduğunu ifade etmiştir (63). Bu öneriler temelinde Hendriks ve arkadaşları (2020) tarafından pozitif psikoloji müdahaleleri, ‘pozitif duyguları, davranışları ve bilişleri artırmayı amaçlayan aynı zamanda teorik ve ampirik temelli yollar ve izlemler kullanarak iyi oluşa katkı sağlamayı amaçlayan müdahaleler’ olarak tanımlamıştır (62).

Michael Fordyce (1977) PPM programlarını uygulayan öncü kişilerden biridir. Kendi programı olan 14 Temel Mutluluk Prensipli’ni oluşturmak için yüzlerce üniversite öğrencisi üzerinde pek çok deneysel koşulları kullanmıştır (49). Seligman ve arkadaşları (2006) literatür değerlendirmesinde yüzün üzerinde PPM olduğu sonucuna varmıştır (10). Sin ve Lyubomirsky (2009)’nin yaptıkları araştırmada ulaştıkları rakam ise elli bir olarak bildirilmiştir (15, 49).

Geçerliliği kabul edilmiş bazı pozitif psikoloji müdahaleleri;

Minnettarlık: Çok sayıda PPM’nin altında yatan kavramdır. Çünkü yaşanan pozitif duyguların keyfini çıkartmayı artırır ve hedonik adaptasyonu etkisizleştirebilir. Kavramsal açıdan pek çok ilgili çalışma, minnettarlığın iyi oluşu nasıl artırabildiği üzerine farklı bir perspektif ortaya koymuştur. Örneğin, insanlar haftada bir minnettarlıklarını ifade ettiklerinde artmış iyi oluş düzeyleri görülmektedir (49). Seligman, insanlara o gün yaşadıkları üç iyi şeyi ve bu olaylardaki kendi rollerini yazmalarını istemiştir. Bu, gün içinde yaşadığımız olumlu deneyimleri nasıl kontrol edebileceğimizi vurgulayarak pozitif içsel açıklayıcı stillerden faydalanmamızı sağlamaktadır (49).

Keyfini çıkartma ve pozitif anılar: PPM’leri işler hale getiren bir başka temel mekanizma keyfini çıkartma (savouring) yöntemidir. Keyfini çıkartma şu şekilde tanımlanmaktadır: “Kişinin hayatındaki pozitif deneyimlerle meşgul olma, takdir etme ve arttırma kapasitesidir”. Keyfini çıkartmayı bir sonuç olarak değil de bir süreç olarak değerlendirmek oldukça önemlidir. Zaman oryantasyonu açısından insanlar şu üç şekilde hayatlarının keyfini çıkartabilirler:

- 1) Geçmiş (anılardan söz etmek),
- 2) Şimdiki zaman (anın keyfini çıkartma),
- 3) Gelecek (beklentiler)

Keyfini çıkartmayla ilgili dört süreç önerilmektedir; şükran (minnettarlık), tadını çıkarma (gurur), hayret etme (şaşkınlık), lüks içinde yaşama (fiziksel keyif) (49).

Seçkisiz iyilik davranışları: Bu müdahalede katılımcılardan başkalarına karşı iyi davranışlar sergilemeleri (ör. Tanımadık biri için kapıyı açık tutma, oda arkadaşının bulaşıklarını yıkamak) istenir. Bu girişimlerin benlik saygısını, olumlu sosyal etkileşimleri ve başkalarına karşı sevecen duyguları desteklediği düşünülür (49).

Kişiler MDB yaşarken, olumsuz duygu, düşünceler, dikkat ve beklentilerle daha kolay olarak yönlendirilir ve depresif bireyler bu durumu çok daha sık yaşarlar (10).

Seligman ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen PPM, depresyonun yalnızca olumsuz belirtiler üzerine odaklanarak değil, aynı zamanda olumlu duyguların daha fazla yaşanması, bireylerin güçlü yönlerinin ortaya çıkarılması ve artırılması ve hayatlarına anlam da katarak etkin bir yolla tedavi edilebileceği teorisine dayanmaktadır (10).

Depresyonda bu olumlu kaynakların artırılması olumsuz semptomlarla etkili bir şekilde baş edebilmek ve gelecekteki nüklere karşı tampon olabilmesi mümkündür (10).

Pozitif psikoloji müdahalelerinin ardındaki fikir; iyi oluşu arttırmak ve bireyin pozitif kaynaklarını oluşturmak, genellikle kötümserlik veya düşük özgüven gibi depresyonun sürmesine neden olabilecek birçok faktörü otomatik olarak zayıflatmak veya ortadan kaldırmaktır (46).

Pozitif psikoloji müdahaleleri, dikkat, hafıza ve beklentileri olumsuzdan olumlu ve umutluya doğru yeniden eğitmeyi amaçlar. Örneğin, “Uyumadan önce, bugün iyi giden üç şeyi ve bunların niçin iyi gittiğini yazmak” şeklindeki “üç iyi şey” egzersizini yaptığınızda, neyin yanlış gittiği konusunda uzun uzun düşünmeye (ruminatif) yönelik depresif önyargılara odaklanmanızın önüne geçilir (10).

Depresyon belirtileri genellikle olumlu duygu eksikliği, katılım eksikliği ve yaşamın anlamında eksikliği içerir, ancak bunlar genellikle depresyonun sonuçları veya sadece korelasyonları olarak görülür. Seligman ve ark. (2006), bunların depresyon nedeni olabileceğini ve bu nedenle pozitif duygu, katılım ve anlam geliştirmenin depresyonu hafifleteceğini önerirler (10).

Pozitif psikoloji müdahalelerinin öznel ve psikolojik iyi oluşun artırılmasında etkili olabileceğini ve depresif semptom düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olabileceğini

gösteren araştırmalar mevcuttur (61, 62). Hendriks ve arkadaşları (2020), pozitif psikoloji müdahalelerinin etkinliği ile ilgili iddiaları güçlendirmek için çeşitli popölasyonlar arasında daha iyi yürütölen araştırmalar gerekli olduğunu vurgulamışlardır (62). Aynı şekilde Lopez-Gomez ve arkadaşları (2017) yaptıkları araştırma sonucunda, depresyon hastaları için daha çeşitli kabul edilebilir ve uygun tedaviler sunabilmek amacıyla PPM'nin klinik ortamlarda uygulanabilirliği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir (64).

2.9.4. Majör Depresif Bozuklukta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü ve Pozitif Psikoloji Müdahaleleri

Amerikan Hemşireler Birliği (2007) psikiyatri hemşireliğini; “Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli.” şeklinde tanımlamaktadır (65). MDB sık görölen toplum sağlığı sorunu olup (33) psikiyatri hemşirelerinin depresyonun bakım ve tedavisi sürecinde üstlendikleri rol ve sorumluluklar önemlidir (66).

Depresyonda olumlu duyguların eksikliği görölür (67). Depresyundayken bireyler kendilerini üzüntölü, anhedonik, öfkeli, kırgın, isteksiz, kötümser ve suçlu hissedebilir (2, 25). Depresif bireyler çoğunlukla kendilerini hemşirenin zamanını harcamayacak kadar değersiz hissedebilmektedir (30). Pozitif psikoloji müdahaleleriyle genellikle kötümserlik veya düşük özguven gibi depresyonun sürmesine neden olabilecek birçok faktörü zayıflatmak veya ortadan kaldırmak amaçlanır (46). Hastalarla yakın ve uzun süreli profesyonel ilişki içinde olan psikiyatri hemşirelerin tutum, davranışları hasta üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (68). Hastanın sözel ve sözel olmayan olumlu olumsuz tüm duygularını sağlıklı bir şekilde ifade etmesinde yardım edilmelidir (47). Terapötik iletişim becerilerini kullanarak onu anladığını ve değeri verdiğini göstermelidir. İlgi göstermek, saygılı davranmak, empati kurmak, aktif dinlemek gibi yaklaşımlar hastada kendisine değeri verildiği ve önemsendiği duygularını uyandıracaktır. Rahatsızlık veren duyguyu açıklamasına, tanımlamasına; duygularını kişilerarası ilişkilerinde pozitif şekilde kullanabilmesi açısından desteklemeli, bastırılmış duygularını ortaya çıkarması için cesaretlendirilmelidir (69). Sin ve Lyubomirsky (2009) tarafından da tanımlandığı üzere PPM ile olumlu duyguların, davranışların veya bilişlerin geliştirilmesi mümkündür (15).

Depresyonda olan bireyler, düşük özsaygı (70), kusurluluk, değersizlik, yetersizlik, güvensizlik gibi kendine yönelik olumsuz düşüncelere sahip olabilirler (2, 25). Uygulanan hemşirelik girişimleri sonunda; bireyin yaşamı üzerinde kontrolün kendisinde olduğu duygusunu kazanmalı, kişisel niteliklerini gerçekçi biçimde değerlendirebilmeli, kendiyle ilgili olumlu yönlerini, geçmiş başarısızlıklarını ve gelecek amaçlarını dile getirebilmelidir. Kendisini olumlu değerlendirebilmesi sağlanmalıdır (34). Kişinin kendisiyle ilgili düşüncelerini ifade etmesi, pozitif ya da negatif özelliklerini fark etmesi için desteklenir. Olumsuz olarak tanımladığı nitelikleri değiştirebileceği ve geleceğe dair hedefler oluşturup, bu hedeflere ulaşabileceği inancını arttırması konusunda cesaretlendirilir. Bireyin güçlü özellikleri, destek kaynakları incelenir ve bireyin bunların farkına varması sağlanır (71). Rashid (2015)'in ifade ettiği gibi pozitif psikoloji müdahaleleri ile kişilerin güçlü ve zayıf yönleri dengelenmeye çalışılır. Kişilerin imza karakter güçleri tartışılır. Hastalar çeşitli bakış açıları ile güçlü karakter özelliklerini sıralar. Yapılan egzersizlerle belirli sorunlar için ölçülebilir ulaşılabilir hedefler belirlenir. İnsan zihni, olumsuzluklara olumlulardan daha güçlü tepki verecek şekilde olumsuzluğa yönelir. Negatif etkiler ve stereotipleri oluşturmak daha hızlıdır ve çözülmesi daha zordur. Zorluklarla yüzleşmek güçlü yanlarını, yeteneklerini ve yeteneklerini kullanmayı öğrenmekle ilgilidir. Pozitif psikoterapinin bir varsayımına göre, olumlu kişisel özelliklerin ve deneyimlerin tartışılması yoluyla etkili terapötik ilişkilerin kurulabileceğidir. Hastaların sadece zayıflıklara odaklanmak bir şekilde kusurlu ya da kırılgan oldukları inancını da güçlendirir. Sorunlar tartışmaya değmez değildir, ama olumlu duygu ve deneyimleri derinlemesine tartışarak güçlü terapötik bağlar da inşa edilebilir (72). Ayrıca depresyondayken bireysel baş etmede yetersizlik görülebilir. Bu durumda birey ile olumlu alternatif stratejiler belirlenerek uygulaması sağlanır. Bunun için de bireyin kişisel güç, yetenek ve özelliklerini görmesi desteklenir ve etkinliklere aktif bir biçimde katılımı sağlanır (47).

Umutsuzluğun yer aldığı en önemli ruhsal bozukluklardan birisi depresyondur (25). Kişiler kendilerini her daim yenik, dünyalarını doyum sağlamalarının önünde handikapları barındıran bir çevre olarak algırlar ve gelecekleri için de ümitli hissetmezler (73). Hemşirelik sürecinde bireyler gerçek duygularını (endişelerini, korkularını, şüphelerini vs.) anlatması için cesaretlendirilir, yaşamındaki umut kaynaklarını fark etmesi sağlanır (47). Hastalar, hayatın anlamı ve kendi değerinin farkına vararak, geleceğe konusunda gerçekçi planlar yapması ve hedeflerine varabileceğine

inanması açısından desteklenir (71). Anlamli bir hayata sahip olmak, düzen, ilişkiler ve umut açısından insanın en temel ihtiyaını yansıtır (56). Pozitif psikoloji uygulamalarında umut ve iyimserlik detaylı olarak tartışılır. Hastalardan önemli bir şeyi kaybettikleri ama başka fırsatların karşılarına çıktıkları zamanı düşünmeleri istenir. Kapanan bir kapının ardından açılan diğerkapı egzersizi ile umut ve iyimserlik üzerine çalışılır. İyi şeylerin olacağına inanması ve adım atması sağlanır (72). Pozitif psikoloji müdahaleleriyle, dikkat, hafıza ve beklentileri olumsuzdan olumlu ve umutluya doğru yeniden eğitmeyi amaçlanır (10). Umutsuzluk, en u noktasında intihar düşüncelerine sebep olabilir (74). Bireylerin, dürtüsel davranışlarının üzerinde kontrol sağlamaları için ve ayrıca intihar düşünceleri varlığında yardım alabileceği, etkileşime geçebileceği bireylerden oluşan destek sistemi oluşturulur (71). İntihar konusunda hem birey hem de aile ile açıkça konuşulması, bu konuda birey ile kontrat yapılması ve ailenin desteğinin alınması gerekir. Psikoeğitim çalışmalarıyla umudun yükseltilmesi sağlanmalıdır (34).

Depresyon, hasta ve ailesinin hayatını pek çok açıdan etkiler (66). Sosyal etkileşimde bozulmaya sebep olabilir. Hemşirelik yaklaşımı olarak kişinin destek sistemleri saptanır ve kişinin bu destek sistemlerinden faydalanması yönünde desteklenir. Bireyin aile ile etkileşim düzeyi artırılır, diğerkinsanlarla olumlu ilişkiler geliştirmesi için cesaretlendirilir (71). Hastanın ilk olarak bire bir iletişim kurması daha sonrasında ise kademeli bir şekilde iletişime geçtiği kişi sayısını fazlalaştırılması sağlanır (66). Aile ile kurulan güçlü ilişkiler, yaşamın devam etmesini destekleyip yaşanılan zorlukların paylaşımını sağladığından kişi pozitif aile ilişkileri geliştirmeye ve aile içerisindeki etkileşimi devam ettirme konusunda motive edilir (71). İlişkiler ve sosyal ağlar depresyon ve yalnızlığa karşı bağışıklık kazandırırken iyi oluşa da katkıda bulunur (11). Bu doğrultuda bir pozitif psikoloji müdahalesi olan aile üyelerinin ve çevresindeki kişilerin güçlü karakter özelliklerini belirleme egzersizi hastanın çevresindeki insanların güçlü yanlarını fark edip ilişkilerini en iyi şekilde yürütmesini sağlarken bir yandan da kişilerin güçlü yanlarını bir araya getirip her iki tarafın birbirini tamamlamasını sağlayarak olayların üstesinden gelmelerine yardımcı olabilir (11).

Depresif bireyin ve ailenin eğitimi çok önemlidir. Hastalığın doğası, risk faktörleri ve belirtiler konusunda mutlaka bilgi verilmelidir. Tedavi seçenekleri, uygulanacak tedavinin olası etkileri ve yan etkileri, ilaç etkileşimleri ve ilaçların terapötik etkinliğinin görülme süreleri konusunda birey ve ailenin bilgilendirilmesi hayati öneme sahiptir (34).

Sonuç olarak bu kadar sık görülen ve yeti yitimine yol açan MDB, hasta ve ailesinin bütün hayatını negatif etkileyebilir. Hemşireler MDB tanılı bireyin tedavisi ve bakımındaki görevlerinin yanında hastanın ailesiyle de iletişime geçip onları da bakım ve tedaviye katarak hastanın tedaviye göstereceği uyumu artırır. Bu nedenle hemşire tarafından hem hasta bireyin hem de ailesinin dikkatli bir şekilde izlenmesi, hastanede ve toplum temelli bakımda bu durumun sürdürülmesi önemlidir (66).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test-son test-izlem test kontrol gruplu yarı deneysel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ekim 2020 – Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihlerde Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde DSM-5'e göre MDB tanısı ile tedavi alan hastalar oluşturdu. Bu araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power programından yararlanılarak priori güç analizi yapıldı. Daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş (Button ve ark. 2015) ve “Beck Depresyon Envanteri” beklenen güven aralıkları belirlenerek güven aralığının $\alpha=0.05$ iken, testin gücü $(1-\beta)$ 0.95, effect size $d= 1.0340835$ iken 26 müdahale grubu, 26 kontrol grubu olmak üzere toplam 52 hasta olarak hesaplanmıştır. Araştırmada örneklem seçme yöntemi kullanılmadan, çalışmaya alınma kriterlerini sağlayan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın veri toplama tarihlerinde başvuran 61 depresyon hastası araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Örneklemi oluşturan 30 depresyon hastası deney grubuna 31 hasta kontrol grubuna alınmıştır. Fakat deney grubundaki bir hasta ile ev ortamının online görüşmeye uygunluk halinin sürdürülememesi, bir hastanın depresyon tablosuna psikotik özelliklerin eklenmesi ve iki hastanın görüşmeyi sürdürmek istememesi; kontrol grubundaki bir hastanın çalışmaya devam etmek istememesi ve üç hastaya iletişim bilgilerinden daha sonrasında ulaşılamaması gibi nedenlerden ötürü çalışma 53 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

- Gaziantep il merkezinde ikamet etmek
- İletişime engel bir durumun olmaması
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- DSM-5 ölçütlerine göre MDB tanısıyla ayaktan takip edilmek
- En az 6 aydır depresyon tedavisi alıyor olmak (Hastaların aktif belirtilerinin yatışması için- ötimik evre için)
- Okur- yazar olmak
- Son 5 yıl içinde hastalığına yönelik pozitif psikoloji programına katılmamış olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Komorbid başka bir ruhsal bozukluk tanısı alanlar
- Mental retardasyon ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel durumu bulunan hastalar
- Depresyon tablosuna ek olarak psikotik belirtileri olan hastalar
- Okuma yazma bilmeyenler
- Görüşme için rıza göstermeyen hastalar
- Yatarak tedavi alanlar

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, kimlerle yaşandığı, hastaneye yatış öyküsü, intihar düşüncesi veya girişimi ve ilaç kullanımı) toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri, Beck, Rush, Shaw ve Emery (1978) tarafından geliştirilmiş olup depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmesi amaçlanmıştır. 21 maddeden oluşan BDE'nin her bir maddesinde dört seçenek bulunmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür ve toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Depresyon envanterinin Türk toplumuna Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanmıştır (75-77). BDE'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında cronbach α güvenirlik katsayısı 0.80 olarak

belirlenmiştir (75). BDE' nün bu çalışmada, cronbach α güvenirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Ek 2).

3.4.3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)

Tennant ve arkadaşları (2007) tarafından bireylerin mental iyi oluş düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması Keldal tarafından 2015 yılında yapılmıştır. WEMİÖÖ 14 maddeden oluşmuş olup psikolojik iyi oluş ile öznel iyi oluşu kapsayarak bireylerin pozitif mental sağlık düzeyleri ile ilgilenmektedir. Ölçek 5'li likert tipindedir ve ölçekten en az 14 en fazla 70 puan alınmaktadır. Ölçeğin bütün maddeleri pozitifdir. Ölçekten alınan puanın artması mental iyi oluş düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .89 bulunmuştur (78). WEMİÖÖ' nün çalışmamızdaki cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise, 0,97 olarak bulunmuştur (Ek 3).

3.4.4. Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ)

Yaşam Tutum Profili Ölçeği, yaşam motivasyonu, yaşamın amacını, anlamını keşfetmek için geliştirilen çok boyutlu bir yaşam anlam ölçeğidir. Ölçek Reker (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Erci (2008) tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin, “Yaşamın amacı, yaşamın anlamı, yaşama dair seçim ve sorumluluk, yaşamın anlamını araştırma” olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Sırasıyla bu boyutlar; yaşamın amacı, geçmişteki, şu anki ve gelecekteki düşüncelerle yaşamın amacını belirlemeye yöneliktir ve 8 maddeden oluşmuştur. Yaşamın anlamı, kişinin kendi yaşamının anlamını fark etmesine yöneliktir ve bununla ilgili skalada 7 maddeden oluşmuştur. Yaşama dair seçim ve sorumluluk, yaşamda seçimler yapmak için özgür olma anlamına gelmektedir ve 8 maddeden oluşmuştur. Yaşamın anlamını araştırma, yaşamda farklı deneyimler ve yenilikleri aramayı arzu etme anlamına gelmektedir ve bu boyutta ise 7 maddeden vardır. Ölçek 7'li likert tipidir. Bu ölçekte toplam alınan maksimum puan 210, minimum puan ise 30'dur. Puan arttıkça yaşamdaki anlam ve yaşama karşı olumlu tutum da artmaktadır (79). Bu çalışmada Chronbach' s alfa güvenirlik katsayısı 0,96 olarak belirlenmiştir (Ek 4).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı (RK) tarafından Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri polikliniğinde hastalarla polikliniklerde ilk görüşme yüz yüze ardından planlanan görüşmeler (pozitif psikoloji programı uygulanması) online

görüşmeler (video konferans) şeklinde sürdürülerek toplanmıştır. Araştırmacı pozitif psikoloji ile ilgili eğitim almıştır. Araştırma verileri Ekim 2020 ile Nisan 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6. Araştırma Süreci

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalar poliklinik doktoru tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Poliklinik doktoru tarafından araştırmacıya yönlendirilen hastalar, ilk olarak araştırmacıdan çalışma ile ilgili bilgi almıştır. Araştırmaya katılmak ve devam etmek isteyen hastalara “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur” Formu imzalatılmıştır. Araştırmaya dahil edilme koşullarına uyan hastalar deney ve kontrol grubuna dahil edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastalara program öncesinde ön testler (KBF, BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ) uygulanmıştır. Deney grubunda bulunan hastalarla yapılan ilk görüşmede program hakkında bilgi verilerek, program oturumlarının gün ve saatleri belirlenmiştir.

Daha sonra deney grubunu oluşturan hastalara 8 oturumdan oluşan pozitif psikoloji programı, haftada bir kez, sekiz hafta şeklinde uygulanmıştır. Toplamda sekiz hafta süren pozitif psikoloji programının her oturumu 40-45 dk olacak şekilde uygulanmıştır. Oturumlar bireysel görüşme şeklinde yapılmıştır. Programın uygulandığı deney grubu hastalarla görüşme hakkında bilgilendirmenin yapıldığı, görüşmelerin gün ve saatinin planlandığı yüz yüze yapılan ilk görüşmenin ardından görüşmeler ücretsiz yazılımlar kullanılarak online görüşme (zoom, whatsapp görüntülü görüşme vs) şeklinde sürdürülmüştür. Oturum öncesi hastalar telefonla aranmış ve programın saati hatırlatılmıştır. Program oturumları tamamlandıktan hemen sonra deney grubunun son testleri (BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ) uygulanmıştır. Ayrıca, program tamamlandıktan bir ay sonra izlem testleri (BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ) uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise ön test uygulandıktan sonra hiçbir girişimde bulunulmamış iki ay sonra son test, son testten bir ay sonra izlem testleri uygulanmıştır. Testler google form şeklinde uygulanmıştır. Pozitif psikoloji programı deney grubundaki hastaların rutin klinik tedavilerine ek olarak uygulanmış olup, kontrol grubunda yer alan hastalar rutin klinik tedavi almaya devam etmiştir. Çalışmanın bitiminde pozitif psikoloji programına göre hazırlanan eğitim rehberi kontrol grubundaki hastalarla da dijital ortamda paylaşılmıştır.

3.7. Pozitif Psikoloji Programının Yapılandırılması

Program, memnuniyeti artıran ve destekleyen, keyif almak, dolu dolu bir yaşamı teşvik etmesi için minnet ve affedicilik gibi kişiye özgü güçlü yanların kullanılmasını sağlamak adına cesaret veren müdahaleleri, ilişkileri geliştirmek ve anlamlı yaşamı desteklemek için müdahaleleri içermektedir. Depresyondan, sıkıntıdan ve yaşam sorunlarından kurtulmayı teşvik etmek için pozitif duyguların, kişiye özgü güçlü yanların kullanımının ve anlamlı ilişkilerin önemi üzerinde durulmuştur (51).

Oturumlarda, depresyonun negatif belirtilerinden ziyade pozitifin üzerinde yoğunlaşıldı. Başlangıçtan itibaren, Pozitif psikoloji programında hastalardan kendilerini en iyi şekilde gösteren gerçek hayat hikâyesini anlatarak kendilerini tanıtmaları istenilmiş, gerçek ve pozitif bir ilişki kurulmuştur. Bireylerden güçlü yönlerini belirlemesi istenmiş ve bu güçleri iş, aşk, oyun, arkadaşlık ve ebeveynlik alanlarında daha sık kullanmanın pratik yollarını bulmaları için eğitim verilmiş ve çeşitli uygulamalar yaptırılmıştır (10).

Program, pozitif kaynakların olmamasının nasıl depresyona yol açtığı ile ilgili oryantasyon ile başlamıştır. Pozitif psikoloji kavramları tartışılmıştır (memnuniyet, katılım ve anlam gibi...). Kişiye özgü güçlü yönlerin ve pozitif duyguların geliştirilmesi ve bunların iyi oluştaki etkileri hakkında bilgilendirilmiştir. Kişilere öfke ve acı biriktirmenin depresyon ve iyilik hali üzerindeki etkilerinden bahsedilmiştir. Affetme, şükran, minnettarlığın pozitif duygular geliştirmedeki önemi tartışılmıştır. Hedonik döngü yerine memnuniyete teşvik edilmişlerdir. Umut ve iyimserliğin depresyon hastalığındaki yerinden bahsedilmiştir. Aile üyelerinin güçlü yönlerini tanımanın önemi tartışılmıştır. Kendinden daha büyük bir amaca hizmet etmenin, hayatta anlam bulmanın yolları tartışılmıştır. Memnuniyet, katılım ve anlamı birleştiren dolu bir yaşam kavramı tartışıldı. Seanslarda çeşitli ödevlerden faydalanılmış ve bu ödevlerden geri bildirim alınıp değerlendirme yapılmıştır. Güçlü yönlerini belirttikleri hikâye yazma, iyi giden üç şey, affetme mektubu yazma, üç kötü anı bulma ve bunların depresyonu devam ettirmesindeki etkisini belirleme, şükran mektubu yazma, memnuniyeti artırma yolları planlama, kapanan üç kapı ve ardından açılan üç kapıyı yazma, bir toplum hizmeti yapma, bir çocuğa mentörlük yapma gibi uygulamalar yapılmıştır (10).

Oturumlar	Uygulama	PERMA boyutu
1. Oturum: Depresyon nedir, pozitif kaynaklardan yoksunluğun depresyon üzerine etkisi Depresyonu tanımak Pozitif kaynaklardan yoksunluğun depresyona etkisini anlamak Depresyonda pozitif psikoloji uygulamalarının önemini tanıtmak	Olumlu Başlangıç: Program içinde ve sonrasında uygulama becerilerinin tartışılması	Olumlu duygular
2. Oturum: Kişiyi özgü güçlü yanların belirlenmesi, Kişiyi özgü güçlü yanların belirlenmesi Kişiyi özgü güçlü yanların desteklenmesi ve geliştirilmesi	Karakterin güçlü yanları: Güçlü karakter özellikleri belirlenir, Belirlediğiniz güçlü karakter özelliklerinin kullanılması planlanır.	Katılım-Bağlanma Başarı
3. Oturum: Depresyonda olumlu duyguların geliştirilmesi Olumlu duyguların desteklenmesi ve geliştirilmesi Depresyonun semptomlarının devam etmesinde iyi ve kötü anların oynadığı rolün tartışılması	Olumlu duygular: Uyumadan önce gün içerisinde başınıza gelen üç iyi şeyi yazılır. Bunların nasıl gerçekleştiği hatırlanır ve zihinde canlandırılır. Bu olayları hatırlamanın size nasıl hissettirdiği yazılır. Kişi ile ilgili olumlu ve olumsuz önermeler tablosu doldurulur. Etkisi tartışılır.	Olumlu duygular
4. Oturum: Affetmek, minnettarlık Affetmenin depresyon üzerine etkisini anlamak Minnettarlık ve şükran hissinin sürdürülmesi	Affetme: Affetme mektubu yazılır. Şükran Mektubu: Daha önce uygun bir şekilde teşekkür edemediği birine şükran mektubu yazılır. Şükran Günlüğü: Her gece şükran duyulan üç iyi şey yazılır.	Olumlu İlişkiler Olumlu Duygular
5. Oturum: Maksimuma çıkarma yerine yetinme, iyimserlik ve umut Maksimuma ulaşmaya çalışmak yerine yetinme yollarının keşfedilmesi İyimser veya umut verici bir perspektif benimsenmesinin depresyon üzerine etkisinin anlaşılması	Bir kapı kapanır, bir kapı açılır: Birey yüzüne kapanan ve aynı zamanda ona açılan üç kapıyı açıklar. Umutla ilgili sorular sorulur ve en iyi senaryo düşünülür.	Olumlu Duygular
6. Oturum: Sevgi ve bağlılık, güçlü yanların aile ağacı Sevgi ve bağlılığın etkin, yapıcı bir şekilde yaşanmasını sağlamak Aile üyelerinin güçlü yanlarını belirlemek	Aktif yapılandırıcı tepki: Kendisi için önemli olan diğer insanların güçlü yanlarını keşfeder ve aynı zamanda aktif yapılandırıcı tepkileri uygular.	Olumlu İlişkiler
7. Oturum: Keyif almak, yaşamdaki anlam Hedonik adaptasyondan kaçınarak yaşamdan keyif almanın yollarını keşfetmek Yaşamdaki anlamın artırılması	Geçmiş keyif kaynaklarının incelenmesi ve keyif günlüğü: Önceden zevk veren etkinliklerin yapılması için öneriler oluşturur ve keyif günlüğü tutar. Yavaşla ve tadını çıkar: Kendi kişiliğine ve yaşam koşullarına uyan bir tane yavaşlama, tadını çıkarma tekniği seçer. Zamanın hediyesi: Kendi imza niteliğindeki güçlü yanlarını kullandığı bir şeyleri yaparak zamanın hediyesini verme planı yapar.	Anlam Olumlu duygular Katılım-Bağlanma
8. Oturum: Dolu dolu yaşam Olumlu duygulardan yoksunluğun, güçlü yanların kullanılmamasının, çevreyle anlamlı ilişkiler kurulmamasının boş bir yaşama ve sıkıntıya neden olduğunun anlaşılması Programın sonlandırılması, oturumların değerlendirilmesi ve geri bildirim alınması	Dolu dolu bir yaşam için hareket planı oluşturma: Birey eylem planı oluşturur. Affetme ve şükran gibi etkinlikleri sürdürmesi planlanır. Program sonlandırılır ve geri bildirim alınır.	Anlam Başarı

Şekil 3.1. Pozitif Psikoloji Program İçeriği

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, hastaların mental iyi oluş düzeyi, yaşam tutumu ve depresyon düzeyidir.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni, hastalara uygulanan Pozitif Psikoloji Programıdır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırma sonucunda veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde;

Yapılan inceleme sonucunda Kolmogorov-Smirnov testinin significance değerinin 0,05 ten büyük olduğu, çalışmada kullanılan tüm ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu saptanmıştır. Bu açıdan çalışmada toplanan ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır. Bu nedenle analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımlarında yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma,

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi,

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçek toplam ve alt boyutları puanlarının tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma,

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,

Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, Deney ve kontrol grubundaki hastaların izlem-test ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,

Deney grubunun ön test, son test ve izlem test BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni yöntemi),

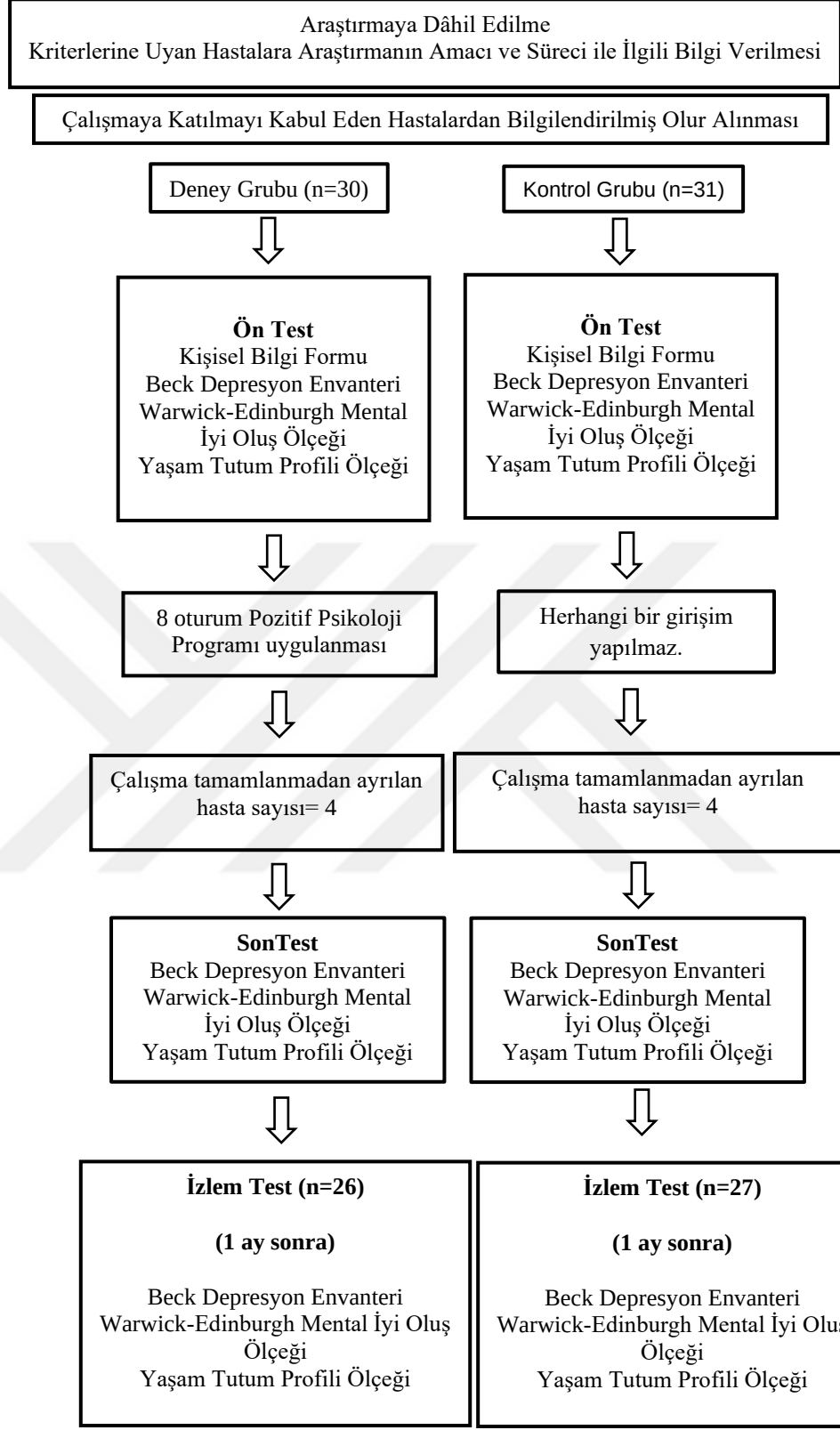
Kontrol Grubunun Ön test, son ve izlem test BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni yöntemi),

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı ve sözel izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmanın yapılabilmesi için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek 7). Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” imzalatılmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılıp katılmama konusunda ve araştırmaya katıldıktan sonra istedikleri zaman ayrılmakta özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Evrenden hastaların olasılıksız olarak örnekleme alınması,
- Araştırmanın izlem süresinin bir ay ile sınırlı olması,
- Örneklemin sadece bir merkezden elde edilmesi,
- Araştırma sürecinde programı uygulayan kişi ile araştırma ölçeklerini uygulayan kişinin aynı olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.
- Araştırmanın sonuçları araştırmaya dahil edilme koşulları ve araştırma değişkeni açısından benzer olan gruplara genellenebilir.



Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması

4. BULGULAR

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

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

	Deney (n=26)	Kontrol (n=27)	Toplam (n=53)	χ^2	P
	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet					
Kadın	20 (76.9)	21 (77.8)	41 (77.4)	0.006	0.941
Erkek	6 (23.1)	6 (22.2)	12 (22.6)		
Yaş					
18-25 arası	11 (42.3)	6 (22.2)	17 (32.1)	4.789	0.310
26-35 arası	7 (26.9)	9 (33.3)	16 (30.2)		
36-45 arası	6 (23.1)	8 (29.6)	14 (26.4)		
46-55 arası	1 (3.8)	4 (14.8)	5 (9.4)		
55 ve üstü	1 (3.8)	-	1 (1.9)		
Eğitim durumu					
İlkokul	5 (19.2)	5 (18.5)	10 (18.9)	0.603	0.896
Ortaokul	3 (11.5)	2 (7.4)	5 (9.4)		
Lise	5 (19.2)	4 (14.8)	9 (17.0)		
Üniversite ve üstü	13 (50.0)	16 (59.3)	29 (54.7)		
Medeni durum					
Evli	13 (50)	12 (44.4)	25 (47.2)	0.688	0.709
Boşanmış	2 (7.7)	4 (14.8)	6 (11.3)		
Hiç evlenmemiş	11 (42.3)	11 (40.7)	22 (41.5)		
Çalışma durumu					
Çalışan	8 (30.8)	11 (40.7)	19 (35.8)	1.113	0.892
Ev kadını	12 (46.2)	10 (37.0)	22 (41.5)		
İşsiz	2 (7.7)	1 (3.7)	3 (5.7)		
Emekli	1 (3.8)	1 (3.7)	2 (3.8)		
Öğrenci	3 (11.5)	4 (14.8)	7 (13.2)		
Kimlerle aynı evde yaşıyor					
Eş ve çocuklar	13 (50)	13 (48.1)	26 (49.1)	3.077	0.215
Anne-baba-kardeş	12 (46.2)	9 (33.3)	21 (39.6)		
Diğer	1 (3.8)	5 (18.5)	6 (11.3)		
Taniyi alma zamanı					
6 ay - 1 yıl	6 (23.1)	11 (40.7)	17 (32.1)	3.293	0.349
13 ay - 5 yıl	13 (50)	12 (44.4)	25 (47.2)		
61 ay - 10 yıl	4 (15.4)	1 (3.7)	5 (9.4)		
10 yıl üzeri	3 (11.5)	3 (11.1)	6 (11.3)		
Mevcut rahatsızlığından dolayı hastaneye yatış durumu					
Yatış yok	22 (84.6)	26 (96.3)	48 (90.6)	2.315	0.314
Bir defa	3 (11.5)	1 (3.7)	4 (7.5)		
İki defa	1 (3.8)	-	1 (1.9)		
İntihar girişiminde bulunma					
Yok	13 (50)	18 (66.7)	31 (58.5)	3.152	0.207
Girişimi var	8 (30.8)	3 (11.1)	11 (20.8)		
Düşüncesi var	5 (19.2)	6 (22.2)	11 (20.8)		

İlaç kullanımının değerlendirilmesi (son 6 aydır)					
Tedaviye tamamen uyumsuz	1 (3.8)	4 (14.8)	5 (9.4)	2.145	0.543
Tedaviye uyumunda belirgin aksamalar var	4 (15.4)	3 (11.1)	7 (13.2)		
Az da olsa ilaç uyumunda aksamalar var	6 (23.1)	7 (25.9)	13 (24.5)		
İlaç kullanımı ve tedaviye uyumlu	15 (57.7)	13 (48.1)	28 (52.8)		
	Deney (n=26)	Kontrol (n=27)	Toplam (n=53)	z	P
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Yaş	31.0±10.0	33.6±10.1	32.3±10.0	-1.034	0.301
Tanıyı alma süresi	4.8±4.9	3.4±4.6	4.1±4.8	-1.965	0.049*

* p<0,05, **p<0,001, χ²: Ki-kare ve Fisher exact test, z: Mann Whitney U test

Çalışmaya 26 deney, 27 kontrol olmak üzere 53 katılımcı dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan %77.4 (n=41)'ü kadın, %22.6 (n=12)'sı erkek idi. Gruplardaki cinsiyet dağılımının homojenlik gösterdiği tespit edildi (p=0.941).

Katılımcıların yaş ortalamaları 32.3±10.0 yıl olduğu saptandı. Deney grubunda yer alan katılımcıların yaş ortalamalarının 31.0±10.0, kontrol grubunda yer alan katılımcıların 33.6±10.1 yaş ortalamalarından daha düşük olduğu gözlenmesine karşın, aradaki fark anlamlı bulunmadı (p=0.301).

Yaş dağılımı katılımcıların %32.1 (n=17)'inde 18-25 arasında, %30.2 (n=16)'sinde 26-35 arasında, %26.4 (n=14)'ünde 36-45 arasında, %9.4 (n=5)'ünde 46-55 arasında, %1.9 (n=1)'unda ise 55 yaş ve üstünde olduğu gözlemlendi. Gruplar arasındaki yaş dağılımı ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edildi (p=0.310).

Eğitim durumu katılımcıların %18.9 (n=10)'unda ilkokul, %9.4 (n=5)'ünde ortaokul, %17.0 (n=9)'sinde lise, %54.7 (n=29)'sinde ise üniversite ve üstünde olduğu saptandı. Gruplar arasındaki eğitim durumu dağılımında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi (p=0.896).

Medeni durum açısından katılımcılardan %47.2 (n=25)'sinin evli, %11.3 (n=6)'ünün boşanmış, %41.5 (n=22)'inin hiç evlenmemiş oldukları tespit edildi. Gruplar arasındaki medeni durum dağılımının ise homojenlik gösterdiği saptandı (p=0.709).

Çalışma durumu açısından katılımcıların %35.8 (n=19)'inin çalıştıkları gözlenirken çalışmayan katılımcıların en sık sırasıyla; %41.5 (n=22)'inin ev kadını, %13.2 (n=7)'sinin öğrenci, %5.7 (n=3)'sinin işsiz, %3.8 (n=2)'inin ise emekli oldukları tespit

edildi. Çalışma durumu ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımda ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.892$).

Evde yaşadıkları bireyler incelendiğinde katılımcıların %49.1 ($n=26$)'inin eş ve çocukları ile, %39.6 ($n=21$)'sinin anne, baba ve kardeşleri ile, %11.3 ($n=6$)'ünün ise diğer bireyler ile yaşadıkları gözlemlendi. Deney ve kontrol grupları arasındaki yaşadıkları yeri paylaşma değişkeni arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0.215$).

Katılımcıların tanı zamanları ortalama 4.1 ± 4.8 yıl iken; deney grubunda yer alan hastaların tanı sürelerinin (4.8 ± 4.9 yıl), kontrol grubunda yer alan hastaların tanı sürelerine göre ($3,4\pm4,6$ yıl) daha yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.049$; $p<0.05$).

Katılımcıların %32.1 ($n=17$)'inin 6 ay ile 1 yıl arasında, %47.2 ($n=25$)'sinin 13 ay ile 5 yıl arasında, %9.4 ($n=5$)'ünün 61 ay ile 10 yıl arasında, %11.3 ($n=6$)'ünün 10 yıl ve üzeri tanı sürelerinin olduğu tespit edildi. Deney ve kontrol grupları arasındaki tanıyı alma zamanı arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p=0.349$).

Mevcut rahatsızlığından dolayı hastaneye yatış durumu katılımcıların %90.6 ($n=48$)'sında gözlenmez iken, %7.5 ($n=4$)'inde bir defa, %1.9 ($n=1$)'unda ise iki defa şeklinde hastaneye yatış tespit edildi. Deney ve kontrol grupları arasında ise yatış durumu değişkeni bulgularında farklılık tespit edilemedi ($p=0.314$).

İntihar girişimi katılımcıların %58.5'inde gözlenmezken; %20.8 ($n=11$)'inde girişimi, %20.8 ($n=11$)'inde ise intihar düşüncesinin varlığı tespit edildi. Deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımın ise homojenlik gösterdiği saptandı ($p=0.207$).

İlaç kullanımının değerlendirilmesi (son 6 aydır) katılımcıların %9.4 ($n=5$)'ünde tedaviye tamamen uyumsuz, %13.2 ($n=7$)'sinde tedaviye uyumunda belirgin aksamaların olduğu, %24.5 ($n=13$)'inde az da olsa ilaç uyumunda aksamaların olduğu, %52.8 ($n=28$)'inde ise ilaç kullanımı ve tedaviye uyumlu olduğu tespit edildi. Deney ve kontrol grupları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p=0.543$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Test Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=53)

	Deney (n=26)	Kontrol (n=27)	Test Değeri ve Anlamlılık***
	Ort±ss	Ort±ss	
Ön Test			
BDE	30.5±12.2	23.3±14.2	t=1.967 p=0.055
WEMİÖÖ	30.0±13.1	37.1±15.9	t= -1.756 p=0.085
Yaşam amacı	24.2±12.7	31.7±12.5	t=-2.159 p=0.036*
Yaşamın anlamı	27.4±8.9	30.7±8.9	t=-1.335 p=0.188
Yaşama dair seçim sorumluluk	33.7±11.5	38.3±11.3	t=-1.467 p=0.148
Yaşamın anlamını araştırmak	26.9±10.6	30.5±13.2	t=-1.065 p=0.292
YTPÖ	112.2±38.5	131.1±43.2	t=-1.677 p=0.100
Son Test			
BDE	9.6±5.4	25.3±13.2	t=-5.642 p<0.001**
WEMİÖÖ	48.9±8.4	37.6±9.7	t= 4.542 p<0.001**
Yaşam amacı	40.3±7.9	29.1±8.4	t= 4.979 p<0.001**
Yaşamın anlamı	35.6±5.7	28.6±8.2	t= 3.603 p=0.001**
Yaşama dair seçim sorumluluk	44.5±4.9	35.7±8.6	t= 4.565 p<0.001**
Yaşamın anlamını araştırmak	38.9±5.2	29.7±11.6	t= 3.731 p<0.001**
YTPÖ	159.3±21.5	123.1±31.9	t= 4.829 p<0.001**
İzlem Test			
BDE	11.0±8.4	24.1±1.9	t=-4.596 p<0.001**
WEMİÖÖ	48.9±9.5	35.1±10.4	t=5.022 p<0.001**
Yaşam amacı	40.7±7.2	28.9±9.2	t=5.198 p<0.001**
Yaşamın anlamı	36.4±6.2	29.9±8.3	t=3.181 p=0.002**
Yaşama dair seçim sorumluluk	44.5±6.8	36.1±7.7	t=4.206 p<0.001**
Yaşamın anlamını araştırmak	26.9±10.6	30.4±13.2	t=-1.065 p=0.292
YTPÖ	148.5±24.9	125.3±29.1	t=3.116 p=0.003**

* p<0,05, **p<0,001, ***Independent sample t-test; BDE: Beck Depresyon Envanteri, WEMİÖÖ: Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği, YTPÖ: Yaşam Tutum Profili Ölçeği

Deney ve kontrol grubunun BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ ön test, son test ve izlem test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2’ de verilmiştir. Tablo 4.2’ye göre;

Ön test bulguları incelendiğinde; Deney grubunda olanların yaşam amacı alt boyut puan ortalamasının, kontrol grubunda olan katılımların ölçek puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu saptandı ($p=0.036$; $p<0.05$). Diğer ön test ölçek puanları ile deney ve kontrol grupları arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$).

Son test bulgularında deney grubunda yer alan katılımcıların BDE ($p<0.001$) ölçek puanlarının, kontrol grubunda yer alan katılımcılara göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları gözlendi ($p<0.05$). Deney grubunun toplam WEMİÖÖ ($p<0.001$), YTPÖ alt boyutlarından, yaşam amacı ($p<0.001$), yaşamın anlamı ($p=0.001$), yaşama dair seçim sorumluluk ($p<0.001$), yaşamın anlamını araştırmak ($p<0.001$) ve YTPÖ ($p<0.001$) ölçek puan ortalamaları, kontrol grubuna ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

İzlem test bulgularına bakıldığında deney grubunda yer alan katılımcıların BDE ($p<0.001$) ölçek puanlarının kontrol grubunda yer alan katılımcıların ölçek puanlarına göre düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Toplam WEMİÖÖ ($p<0.001$), YTPÖ alt boyutlarından yaşam amacı ($p<0.001$), yaşamın anlamı ($p=0.002$), yaşama dair seçim sorumluluk ($p<0.001$) ve YTPÖ ($p=0.003$) ölçek puanlarında ise deney grubunda yer alan katılımcıların, kontrol grubunda yer alan katılımcıların ölçek puanlarından anlamlı derecede daha yüksek ortalamaya sahip oldukları tespit edildi ($p<0.05$). Yaşamın anlamını araştırmak alt ölçek puanı ile deney ve kontrol grubu arasında ise anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p=0.292$; $p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney Grubunda Yer Alan Katılımcıların BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (n=26)

	Ön Test	Son Test	İzlem Test	p ¹	p ²	p ³	Test ve Anlamlılık ***
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss				
BDE	30.5±12.2	9.6±5.4	11.0±8.4	<0.001**	<0.001**	0.255	p<0.001** F=62.58
WEMİÖÖ	30.0±13.1	48.9±8.4	48.9±9.5	<0.001**	<0.001**	0.975	p<0.001** F=47.07
Yaşam amacı	24.2±12.7	40.3±7.9	40.7±7.2	<0.001**	<0.001**	0.706	p<0.001** F=52.87
Yaşamın anlamı	27.4±8.9	35.6±5.7	36.4±6.2	<0.001**	<0.001**	0.371	p<0.001** F=41.81
Yaşama dair seçim sorumluluk	33.7±11.5	44.5±4.9	44.5±6.8	<0.001**	<0.001**	0.969	p<0.001** F=25.44
Yaşamın anlamını araştırmak	26.9±10.6	38.9±5.2	26.9±10.6	<0.001**	NA	<0.001*	p<0.001** F=50.10
YTPÖ	112.2±38.5	159.3±21.5	148.5±24.9	<0.001**	<0.001**	0.002**	p<0.001** F=52.60

* p<0,05, **p<0,001, p¹: Ön test- son test, p²: Ön test-izlem test, p³: son test-izlem test, NA: p değeri hesaplanamadı. ***Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni Yöntemi)

Deney grubunun ön test, son test ve izlem test BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.3' te verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ'nin ön test, son test ve izlem test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmesinde BDE, WEMİÖÖ, YTPÖ ön test, son test ve izlem test toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.001).

Yapılan inceleme sonucunda p¹ sütununda deney grubunda yer alan katılımcıların ön test ve son test puanları arasındaki farklılıklara bakıldı. Deney grubunda yer alan katılımcıların son test bulgularının ön test bulgularına göre BDE (p<0.001) puanlarının düşük; WEMİÖÖ (p<0.001), Yaşam amacı (p<0.001), Yaşamın anlamı (p<0.001), Yaşama dair seçim sorumluluk (p<0.001), Yaşamın anlamını araştırmak (p<0.001) ve YTPÖ (p<0.001) ölçek puanlarına göre ise anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0.05).

p² sütununda deney grubunda yer alan katılımcıların ön test ve izlem test puanları arasındaki farklılıklara bakıldı. İzlem test bulgularının ön test bulgularına göre BDE

($p<0.001$) ölçek puanında düşük; WEMİÖÖ ($p <0.001$), Yaşam amacı ($p <0.001$), Yaşamın anlamı ($p <0.001$), Yaşama dair seçim sorumluluk ($p <0.001$) ve YTPÖ ($p <0.001$) ölçek puan ortalamalarında anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Yaşamın anlamını araştırmak ölçek puanında ise ön ve son test bulgularının homojenlik gösterdiği saptandı ($p=NA$).

p^3 sütununda deney grubunda yer alan katılımcıların son test ve izlem test bulguları arasındaki farklılıklar incelendi. Yapılan inceleme sonucunda yaşamın anlamını araştırma ($p<0.001$) ve YTPÖ ($p=0.002$) ölçek puanlarının son test bulgularında, izlem test bulgularına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Diğer ölçek puanlarında ise son test bulguları ile izlem test bulguları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Kontrol Grubunda Yer Alan Katılımcıların BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (n=27)

	Ön Test Ort±ss	Son Test Ort±ss	İzlem Test Ort±ss	p1	p2	p3	Test ve Anlamlılık***
Beck depresyon	23.3±14.2	25.3±13.2	24.1±11.9	0.317	0.679	0.334	$p=0.480$ $F=0.68$
WEMİÖÖ	37.1±15.9	37.6±9.7	35.2±10.4	0.859	0.564	0.183	$p=0.570$ $F=0.45$
Yaşam amacı	31.7±12.5	29.1±8.4	28.9±9.2	0.232	0.257	0.866	$p=0.316$ $F=1.15$
Yaşamın anlamı	30.7±8.9	28.6±8.2	29.9±8.3	0.189	0.679	0.185	$p=0.348$ $F=1.02$
Yaşama dair seçim sorumluluk	38.3±11.3	35.7±8.6	36.1±7.7	0.191	0.189	0.805	$p=0.264$ $F=1.36$
Yaşamın anlamını araştırmak	30.4±13.2	29.7±11.6	30.4±13.2	0.734	NA	0.734	$P=0.734$ $F=0.11$
YTPÖ	131.1±43.2	123.1±31.9	125.3±29.1	0.245	0.275	0.573	$P=0.307$ $F=1.17$

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, p^1 : Ön test- son test, p^2 : Ön test-izlem test, p^3 : son test-izlem test, NA: p değeri hesaplanamadı. ***Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (post hoc: Bonferroni Yöntemi)

Kontrol grubunun ön test, son test ve izlem test BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4' te verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların BDE, WEMİÖÖ ve YTPÖ'nin ön test, son test ve izlem test toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni

düzeltilmesinde BDE, WEMİÖÖ, YTPÖ ön test, son test ve izlem test toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Yapılan inceleme sonucunda p^1 sütununda kontrol grubunda yer alan katılımcıların ön test ve son test puanları arasındaki farklılıklara bakıldı. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların tüm ön test ve son test ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi ($p>0.05$).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların ön ve izlem test bulguları (p^2) ile son test ve izlem test bulguları (p^3) arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.4).



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızın sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda değerlendirilmiştir.

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Depresyonun ortaya çıkmasında pek çok değişkenin etkili olduğu bilinmektedir (26, 31, 80). Bu çalışmada risk faktörleri olarak; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi, hastaneye yatış durumu, intihar girişiminde bulunma durumu ve ilaç kullanımının değerlendirilmesine göre dağılım durumları incelenmiş ve literatür karşılaştırmaları yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların %77.4 (n=41)'ü kadın, %22.6 (n=12)'si erkektir. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalarda depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (34, 81-83). Kadınlarda daha fazla depresyon görülmesi toplumun kadına yüklediği değer, aile içinde yüklendiği aşırı sorumluluk, kadının üreme sağlığı ile ilgili durumlar, menstruel siklus, gebelik, postpartum süreç, kadına yönelik şiddet gibi nedenlere bağlanabilir (84-86). Ayrıca kadınların erkek hastalara göre daha fazla tedavi arayışına giriyor oldukları düşünülmektedir (87). Araştırmamıza katılanların %32.1'ini 18- 25 yaş, %30.2'sini 26- 35 yaş, %26.4'ü 36-45 yaş gurubu hastalar oluşturmaktadır ve hastaların yaş ortalaması 32.3 ± 10.0 'dır. Literatürde benzer bulgulara rastlanmıştır (88-90). Çalışma grubundaki hastaların çoğunluğunun (%54.7) eğitim düzeyi üniversite ve üzeri düzeyde olduğu bulunmuştur. Genel olarak ruhsal bozukluklar öğrenim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek prevalans hızlarına sahiptir. Fakat, eğitim düzeyi yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey gibi diğer değişkenlere bağlı olduğu için gerçek bir risk etkeni olarak görünmemektedir (91). Çalışmamızda görüşmelerin online görüşmeler şeklinde (zoom ya da whatsapp görüntülü görüşme aracılığıyla) olması, mesai sonrası saatlerde ve hafta sonu gibi günlerde de görüşmelerin yapılması gibi durumlardan dolayı üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olan hastaların çoğunluğu oluşturmalarının bir açıklaması olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu süreçte Covid-19 pandemisinin yaşanması, pandeminin pek çok olumsuz psikososyal etkisinin olması, virüsün yayılmasını önlemek amacıyla “evde kal”, “ev karantinası” uygulamalarının bireylerin okul, iş ve sosyal yaşamdan

uzaklaşması gibi nedenlerle, bu grupta da depresyon gibi ruhsal belirtilerin arttığı belirtilmektedir (92-95). Çalışma kapsamındaki hastaların %47.2' si evlidir. Literatürde bu bulgumuzu destekleyen (96) ve desteklemeyen (97) çalışmalara rastlamak mümkündür. Evli bireylerin sayıca fazla olması örneklemimizi oluşturan bireylerin çoğunluğunun evlilik çağı yaş döneminde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamıza katılan hastaların çalışma durumları değerlendirildiğinde %41.5' ini ev kadınlarının oluşturduğu görülmektedir. Bazı araştırmacılar, ev kadınlığı rollerinin kısıtlayıcı, sinir bozucu ve ödüllendirilme duygularından yoksun olduğunu ifade ederken; bazı araştırmacılar da rollerin değil, niteliğinin önemli olduğunu ifade eder (98). Bu bağlamda çalışmamızda ev kadınlarının çoğunluğunu oluşturmasında rollerindeki olumsuz etkenlerle açıklanabilir. Ayrıca Covid-19 salgınının yol açtığı karantina sürecinde tüm aile bireylerinin evde olması ve salgın nedeniyle bireylerin bakım ve beslenme ihtiyaçlarının değişmesi nedeniyle ev işlerinin yoğunluğu artmıştır. Bu artışa rağmen, tıpkı karantina öncesi gibi ev işlerinden sadece ev hanımlarının sorumlu olması, onların yüksek düzeyde tükenmişlik ve yalnızlık hissetmelerine neden olmuştur (99). Çalışmamızın pandemi sürecinde olması nedeniyle yine ev kadınlarının artan sorumluluklarının sonuçları da depresif belirtilerin artmasına sebep olmuş olabilir. Hastaların hastaneye yatış durumları değerlendirildiğinde %90.6'sının hastane yatışının olmadığı belirlenmiştir. Bu durum ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma düşüncesinin (100) tedavi arayışı şekillerini de etkiliyor olabilmesi ile açıklanabilir. Yine çalışmamızda uygulanan pozitif psikoloji programının olumlu bir sağlık programı olarak algılandığından damgalamayı azaltabileceği de düşünülebilir. Çalışmamız sonucunda hastaların %58.5'nin intihar girişimi ya da düşüncesinin olmadığını görmekteyiz. Ayrıca hastaların %20.8'nin intihar girişimi ve yine %20.8'nin intihar düşüncesi bulunmaktadır. Örneklem grubunu oluşturan hastaların intihar girişimi öyküsü ya da intihar düşüncesinin varlığının oldukça yüksek oranda olduğu söylenebilir. Depresyonun, intihar düşünceleri ve girişimlerine sebep olan bir ruh sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir (8, 101). Araştırma örneklemimizdeki hastaların %52.8'nin ilaç kullanımı ve tedaviye uyumlu olduğu belirlenmiştir. Literatürde sağlık okuryazarlık düzeyleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık okuryazarlık ortalamalarının da arttığı gösteren çalışmalar mevcuttur (102). Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%54.7) eğitim düzeyi üniversite ve üstü şeklindedir. Bu durum kişilerin ilaç ve tedaviye uyumunu arttırmış olabilir.

5.2. Depresyonda Pozitif Psikoloji Programının, Hastaların Depresyon Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Pozitif psikolojinin uygulamaya yönelik en önemli katkısı “Pozitif Psikoloji Müdahaleleri” dir. Pozitif Psikoloji Müdahaleleri Sin ve Lyubomirsky (2009) tarafından 'pozitif duyguları, pozitif davranışları veya pozitif bilişleri geliştirmeyi amaçlayan tedavi yöntemleri veya kasıtlı faaliyetlerdir' şeklinde tanımlanmıştır (15). Bolier ve arkadaşları (2013) müdahalelerin pozitif psikolojinin teorik geleneğine uygun olarak geliştirilmesi gerektiğini önermişlerdir (61). Parks ve Biswas-Diener (2013) ise bir müdahalenin pozitif psikoloji müdahalesi olarak kabul edilebilmesi için o müdahalenin etkinliğine yönelik ampirik kanıtların bulunması gerektiğini eklemişlerdir (62). Seligman ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen PPM, depresyonun yalnızca olumsuz belirtiler üzerine odaklanarak değil, aynı zamanda olumlu duyguların daha fazla yaşanması, bireylerin güçlü yönlerinin ortaya çıkarılması ve artırılması ve hayatlarına anlam da katarak etkin bir yolla tedavi edilebileceği teorisine dayanmaktadır. Depresyonda bu olumlu kaynakların artırılması olumsuz semptomlarla etkili bir şekilde baş edebilmek ve gelecekteki nökslere karşı tampon olabilmesi mümkündür (10).

Depresyon belirtileri genellikle olumlu duygu eksikliği, katılım eksikliği ve yaşamın anlamında eksikliği içerir, ancak bunlar genellikle depresyonun sonuçları veya sadece korelasyonları olarak görülür. Depresyon tedavileri öncelikle hastaların semptomlarını veya eksikliklerini azaltmaya odaklanmıştır ve depresyondaki bireylerin ilgisini çeken olumlu kaynaklar oluşturmakla daha az ilgilenmektedir (103). Seligman ve ark. (2006), bunların depresyon nedeni olabileceğini ve bu nedenle pozitif duygu, katılım ve anlam geliştirmenin depresyonu hafifleteceğini önerirler (10). Lopez-Gomez ve arkadaşları (2017) yaptıkları araştırma sonucunda, depresyon hastaları için daha çeşitli kabul edilebilir ve uygun tedaviler sunabilmek amacıyla PPM'nin klinik ortamlarda uygulanabilirliği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir (64).

Uluslararası literatürde ruhsal bozuklukların tedavisinde uygulanan güncel yaklaşımlarda pozitif psikoloji programlarına odaklanıldığı görülmektedir. Ulusal literatürde ise bu konu ile ilgili eksiklik olduğu belirlenmiştir. Uluslararası literatürde pozitif psikoloji uygulamalarının farklı örneklem gruplarına (çalışan, öğrenci gibi) internet temelli modüllerin olduğu programlar şeklinde (online canlı görüşmeler şeklinde değil)

uygulanarak depresyon ve/veya iyi oluş üzerine etkilerinin incelendiği görülmektedir (104-106). Ayrıca telekonferans görüşmeler şeklinde pozitif psikoloji programının uygulandığı ve depresyona etkisinin incelendiğini (genel popülasyon üzerine) gösteren çalışmaya da rastlanmıştır (107). Ancak online canlı görüşmeler şeklinde depresyon tanılı bireylere yapılan pozitif psikoloji programının depresyon, iyi oluş ve yaşam tutumu üzerine etkinliğini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırma bulguları bu doğrultuda tartışılacaktır.

Bu çalışmada pozitif psikoloji programı öncesinde deney grubundaki hastaların BDE toplam puan ortalaması 30.5 ± 12.2 , kontrol grubundaki hastaların 23.3 ± 14.2 ’ dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür ve toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Hisli (1989) tarafından BDE’nin kesme noktalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda, 17 ve üstündeki BDE puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu %90’nın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (76,77). Değerlendirmeler doğrultusunda bu çalışmada, pozitif psikoloji programı öncesinde hastaların depresyon puanlarının oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Bu çalışmada pozitif psikoloji programı uygulanan deney grubu ile pozitif psikoloji programı uygulanmayan kontrol grubunun ön test, son test ve izlem test BDE puan ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında, pozitif psikoloji programı öncesinde deney ve kontrol grubu arasında depresyon düzeyi açısından anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Program sonrasında ise son test BDE puan ortalamaları deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, deney grubunun depresyon düzeyinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüş görülmüştür. Program bitiminden bir ay sonra yapılan izlem test BDE puan ortalamaları deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında da bu anlamlı düşüşün devam ettiği belirlenmiştir. Bu çalışmada deney grubunun grup içi karşılaştırmalarına bakıldığında, ön teste göre son test ve izlem test BDE puan ortalamalarında azalma olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarına bakıldığında, ön teste göre son test ve izlem test BDE puan ortalamalarında düşüş saptanmamıştır. Deney grubu BDE puan ortalamalarında son test ve izlem testte anlamlı düzeyde düşüş saptanması, depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının başarılı olduğunu göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda araştırmanın **“Pozitif psikoloji programı, depresyon hastalarının depresyon düzeylerini azaltmada etkilidir”** şeklindeki H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde bu sonuçlar yapılan yakın çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır:

Pozitif psikoloji müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan meta analiz çalışmalarında, müdahalelerin depresif semptomları azalttığı belirlenmiştir (15, 61, 108). Ayrıca araştırma bulguları bireysel (gruplara karşı) terapi olarak ve nispeten daha uzun sürelerle pozitif psikoloji müdahaleleri sunmalarının iyi olacağını göstermektedir (15, 108). Çalışmamızda pozitif psikoloji programı oturumları online bireysel olarak uygulanmıştır. Online yapılan bireysel görüşmelerin hastaların kendilerini daha rahat ifade etmelerine fırsat sağladığı düşünülmektedir.

Literatürde depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji uygulamalarının hastaların depresyon puanlarında düşüş sağladığını belirten çalışmalara rastlamak mümkündür (111, 112).

Seligman, Rashid ve Parks (2006) çalışmalarında, hafif ve orta düzey depresyon belirtileri gösteren bireylerden oluşan birinci gruba ve majör depresyon tanılı ayaktan tedavi gören ikinci gruba pozitif psikoterapi uygulamışlardır. Birinci grupta bir yıllık takipte hafif ila orta derecede depresyon düzeylerini anlamlı düzeyde azaltmıştır. İkinci grupta majör depresif bozukluğu olan ayakta tedavi gören hastalar arasında her zamanki tedavisine göre daha yüksek remisyona oranları olduğu belirtilmiştir (10).

Cuadra-Peralta, Veloso-Besio ve ark. (2010)'ı çalışmalarında depresyon hastalarında pozitif psikoterapinin etkinliğini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda hastaların depresif belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma tespit etmişlerdir (109).

Shapira ve Mongrain (2010)'ın depresif özellikler gösteren bireyleri dahil ettikleri çalışmalarında, bireylere öz şefkat ve iyimserlik gibi pozitif psikoloji uygulamalarını içeren program uygulamışlardır. Araştırma sonucunda depresif belirtilerde azalma gözlenmiştir (110). Yine Cheavens ve ark (2006) çeşitli ruhsal bozukluklardan oluşan (Majör Depresyon, Distimi, Remisyon MD, Tek epizod MD, Sosyal Fobi, Özgül Fobi gibi) 32 katılımcının dahil edildiği umut terapisinin etkinliğini ölçtükleri çalışmalarında, müdahale grubundaki bireylerde kontrol grubundaki bireylere göre depresif belirtilerde azalma olduğunu belirlemişlerdir (113). Depresyondayken bireylerin gelecek üzerine olumsuz bakış açısı bilinmektedir. Araştırmamızda da iyimserlik ve umut üzerine yapılan uygulamalarla (en iyi senaryoyu düşünme, umutla ilgili sorular sorma gibi) hastalardan

gelecekte kendilerini olabilecek en iyi yerde nasıl gördüklerini yazmaları istenmiştir. Yapılan egzersizin hemen sonrasında hastalar, etkinliğin yapması kolay bir etkinlik olmasına rağmen onlara ciddi faydalar sağladığını bildirmişlerdir. Yine takip aşamasında da bu etkinliği devam ettirdikleri gözlenmiştir.

Depresyon semptomlarına sahip ya da major depresyon ve distimi tanılı hastaların dahil edildiği pozitif psikoloji müdahaleleri ile bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli tedavilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda her iki müdahale sonucunda da depresif belirtilerde azalma görülmüş olduğu bildirilmiştir (23, 64, 114, 115, 116). Ayrıca pozitif psikoloji müdahaleleri koşulunda, BDT koşulundan çok daha yüksek düzeylerde hasta memnuniyeti olduğunu bildirmişlerdir (64). Yine bu durumda pozitif psikoloji programının olumlu bir sağlık programı olarak algılanmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hafif ve orta düzey depresif belirtileri olan farklı popülasyonlarda yapılan pozitif psikoloji müdahaleleri etkinliğine yönelik çalışmalarda, müdahalelerin depresyonu anlamlı düzeyde azalttığı belirtilmiştir (117, 118, 120-122).

Freedman ve Enright (1996) kadın ensest mağdurlarını dahil ettikleri çalışmalarında affetme terapisinin etkinliğini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda, bireylerin depresyon semptomlarında anlamlı ölçüde azalma bulmuşlardır (119). Araştırmamız oturumlarında ‘affetme’ konusu üzerine de odaklanılmıştır. Affetme ile ilgili yapılan egzersizimizde (affetme mektubu) bazı hastalardan aldığımız geri bildirimlerde, egzersize başlamakta ve tamamlamakta kısmen zorlandıklarını, gerek kendileri ile ilgili affedemedikleri konular gerek de çevredekilerle ilgili konular üzerine düşüncelerini ifade etmenin zor olduğunu bildirmişlerdir. Ancak egzersiz sonrası ciddi ‘rahatlama’ yaşadıklarını belirtmişlerdir. Depresyonda suçluluk duyguları ortaya çıkabilmektedir. Araştırmaya katılan hastalardan alınan geribildirimler doğrultusunda affetme egzersizinin ‘suçluluk duyguları’ni açığa çıkarma ve bunları yönetebilme üzerine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Gander ve ark (2013)’nın güçlü yönlerle dayalı dokuz pozitif psikoloji müdahalesinin iyi oluş ve depresyon üzerindeki etkisi, internet tabanlı randomize, plasebo kontrollü bir çalışması incelendiğinde, 622 yetişkin bireyin katıldığı popülasyonda müdahalelerin hepsi için de depresyon düzeyini azalttığı belirtilmiştir (59). Çalışmamızda aile üyelerinin güçlü yönlerinin belirlenmesine yönelik yapılan egzersizle özellikle partner ilişkilerini

düzenleme yönünde katkı sağladığı düşünülmektedir. Yine kişiye özgü güçlü yanların belirlenmesi ve bu özelliklerin kullanılmasına yönelik yapılan egzersizin depresyonda ortaya çıkan değersizlik duygularının yönetimi konusunda fayda sağladığı görülmüştür.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, pozitif psikoloji programının depresyon tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılabileceği görülmektedir.

5.3. Depresyonda Pozitif Psikoloji Programının, Hastaların Mental (Ruhsal) İyi Oluş Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Pozitif psikoloji müdahalelerinin ardındaki fikir; iyi oluşu arttırmak ve bireyin pozitif kaynaklarını oluşturmak, genellikle kötümserlik veya düşük özgüven gibi depresyonun sürmesine neden olabilecek birçok faktörü otomatik olarak zayıflatmak veya ortadan kaldırmaktır (46). Bu müdahaleler, Seligman'ın mutluluk ve iyi oluş kavramsallaştırmalarına dayanmaktadır (123).

Depresyondaki bireylerin, mutluluğu azaltan ve olumsuz duygusal deneyimi arttıran, “pozitif duyguda indirime neden olan” değerlendirmeleri kullanma olasılıkları daha yüksektir (ör., “Bu uzun süremeyecek kadar iyi” veya “Bunu hak etmiyorum”). Benzer şekilde, depresyondaki bireylerin, mutluluk deneyimini arttırabilen veya sürdürebilen kuvvetlendirici değerlendirmeleri daha az kullandıkları görülmektedir; örneğin, “Potansiyelimi gerçekleştirebiliyorum” (kendine odaklanma) veya ne kadar olumlu hissettikleri üzerinde durma (duygu odaklı). Kesitsel çalışmalarda, daha fazla olumlu duyguda indirim ve daha az duygu odağı depresyonla bağlantılı çıkmıştır (123). Yüksek düzeyde olumlu duygulanımı olan insanlar daha yüksek düzeyde iyi oluş ve psikolojik, fiziksel sağlığa sahip olma eğilimindedir (124). Pozitif psikoloji müdahalelerinin öznel ve psikolojik iyi oluşun artırılmasında etkili olabileceğini ve depresif semptom düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olabileceğini gösteren araştırmalar mevcuttur (61, 62).

Bu araştırmada mental iyi oluş düzeyini ölçmek için kullanılan WEMİÖÖ'den en düşük 14 puan alınabilmekte, en yüksek ise 70 puan alınabilmektedir. Alınan puanların yüksek olması mental iyi oluşun yüksek olduğunu gösterir (78). Pozitif psikoloji programı öncesinde deney grubundaki hastaların WEMİÖÖ toplam puan ortalaması 30.0 ± 13.1 , kontrol grubundaki hastaların 37.1 ± 15.9 dir. Program öncesinde ön testte deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, mental iyi oluş açısından anlamlı fark

bulunmamıştır. Program sonrasında ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, deney grubunun mental iyi oluş düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın bir ay sonra yapılan izlem testte de sürdüğü belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların grup içi karşılaştırmalarında ise ön test, son test ve izlem testte anlamlı derecede farklılıklar bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında ise ön test, son test ve izlem testte anlamlı derecede farklılıklar bulunamamıştır. Hastalara uygulanan pozitif psikoloji programı sonucunda, deney grubunun toplam WEMİÖÖ puan ortalamasındaki anlamlı yükseliş, araştırma hipotezlerinden olan **‘Pozitif psikoloji programı, depresyon hastalarının mental (ruhsal) iyi oluş düzeylerini arttırmada etkilidir’** şeklindeki H₂ hipotezini doğrulamaktadır. Literatür incelendiğinde bu sonuçlar yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır:

Shapira ve Mongrain (2010)’ın pozitif psikoloji müdahaleleri (öz şefkat, iyimserlik) uyguladıkları depresif özellikler gösteren bireyleri dahil ettikleri çalışmalarında, depresif belirtilerde azalmanın yanı sıra iyi oluşta artış gözlenmiştir (110).

Yine Bolier ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları meta-analiz sonuçlarına göre, pozitif psikoloji müdahaleleri, öznel ve psikolojik iyi oluşun artırılmasında etkilidir (61).

Lopez-Gomez, Chaves, Hervas, ve Vazquez (2017b) tarafından yapılan bir diğer çalışmada majör depresyon ve distimi tanılı 128 kadın hastanın dahil edildiği örneklem bütünleştirilmiş PPM veya BDT temelli tedavinin uygulandığı gruplara atanmıştır. Çalışmanın sonucunda, her iki müdahale sonucunda da iyi oluşta artma görülmüş olup; BDT ve PPM arasında değişim açısından anlamlı bir farklılık olmadığını doğrulamıştır (114). Yine Asgharipoor ve ark (2012) nın yaptığı benzer çalışmada, majör depresyon tanılı hastaları rastgele atadıkları pozitif psikoterapi ve BDT gruplarında iyi oluşta artma görülmüş ve iki grup arasında da bu azalmada anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (116).

Carr ve arkadaşlarının (2021) pozitif psikoloji müdahalelerinin etkinliğine yönelik yaptıkları sistematik derleme ve meta analiz çalışmalarında, pozitif psikoloji müdahalelerinin iyi oluş ($g = 0,39$), güçlü yönler ($g = 0,46$), yaşam kalitesi ($g = 0,48$), depresyon ($g = -0,39$), kaygı ($g = -0,62$) üzerinde küçük ila orta düzeyde anlamlı bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir (125).

Sin ve Lyubomirsky (2009)'nin aynı meta analiz çalışmalarında, pozitif psikoloji müdahalelerinin iyi oluşu anlamlı düzeyde arttırdığı belirtilmiştir (15).

Freedman ve Enright (1996) kadın ensest mağdurlarının dahil ettikleri aynı çalışmalarında affetme terapisi uygulaması sonucunda, bireylerin iyi oluşunda artış olduğunu belirtmişlerdir (119).

Literatürde depresif belirtiler arttığında iyi oluşun düştüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (126). Çalışmamız pozitif psikoloji programının mental iyi oluşu arttırdığını göstermektedir. İyi oluş memnuniyet, yaşam doyumu, olumlu duygular gibi pek çok faktör içermektedir. İyi oluşla ilgili etmenler pozitif psikoloji programı oturumlarımızda ele alınmıştır. Örneğin; minnettarlık konusu. Yaşamdan daha fazla şükran duyan insanlar, hem benlik ve dünyadaki olumlu değerleri hem de geleceği daha fazla takdir ederler. Bu, Beck ve arkadaşlarının benlik, dünya ve gelecek hakkında olumsuz görüşlerden oluşan “olumsuz üçlü”yü kapsayan depresyon modeli dikkate alındığında, ruhsal sağlığını belirlemede şükranın anahtar bir rol oynadığını önermektedir. Şükran, benlik, dünya ve (iyimserlikle paylaştığı varyansa bağlı olarak) gelecekle ilişkili olumlu görüşleri kapsayan bir “olumlu üçlü” oluşturabilir (123). Bu bağlamda depresyon tedavisine bu konuları ele alan pozitif psikoloji uygulamalarının eklenmesi iyi oluşu arttırarak depresyon yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.4. Depresyonda Pozitif Psikoloji Programının, Hastaların Olumlu Yaşam Tutumu Geliştirmeleri Üzerine Etkisinin Tartışılması

Pozitif psikoloji uygulamaları sadece olumsuz belirtilere odaklanarak değil olumlu duygular, psikolojik güçler ve anlamlı yaşamı teşvik ederek tedavi önerir (61, 127). Olumlu duyguları artırma gibi pozitif psikoloji stratejileri, kişisel güçler geliştirir. Hastaların günlük yaşamları için yön, anlam ve katılım arayışı ve semptomları azaltarak depresyonun profilaksisi ve tedavisinin yanı sıra nükslerin önlenmesi için potansiyel araçlar olarak görünmektedir (128).

Zevk alma, katılım ve anlama dayalı müdahalelerin, daha uzun süreler boyunca iyi oluşu arttırmada ve depresif semptomları iyileştirmede etkili olduğunu ifade eden araştırmalar var olup (129) uyguladığımız pozitif psikoloji programında bu bileşenlere yönelik oturumlar mevcuttur.

Araştırmamızda hastaların olumlu yaşam tutumunu (anlam, amaç, seçim, sorumluluk gibi) ölçmek amacıyla YTPÖ kullanılmıştır. Bu ölçekte toplam alınan maksimum puan 210, minimum puan ise 30'dur. Puan arttıkça yaşamdaki anlam ve yaşama karşı olumlu tutum da artmaktadır (79). Bu çalışmada pozitif psikoloji programı uygulanan deney grubu ile pozitif psikoloji programı uygulanmayan kontrol grubu hastaların YTPÖ ön test puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırmasında 'Yaşamın amacı' alt boyutu hariç ölçek puan ortalamalarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Program sonrasında ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında, deney grubunun YTPÖ puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bir aylık takipte yapılan tekrar ölçümlerinde de 'yaşamın anlamını araştırmak' alt boyutu hariç ölçek puan ortalamalarında bu anlamlı farkın sürdüğü görülmektedir. Deney grubundaki hastaların grup içi karşılaştırmalarında ise ön test, son test ve izlem testte anlamlı derecede farklılıklar bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının grup içi karşılaştırmalarında ise ölçek toplam puan ortalamaları arasında ön test, son test ve izlem testte anlamlı derecede farklılıklar tespit edilmemiştir. Hastalara uygulanan pozitif psikoloji programı sonucunda, deney grubunun toplam YTPÖ puan ortalamasındaki anlamlı yükseliş, araştırma hipotezlerinden olan '**Pozitif psikoloji programı, depresyon hastalarının olumlu yaşam tutumu geliştirmelerinde etkilidir**' şeklindeki H₃ hipotezini doğrulamaktadır.

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde online uygulanan pozitif psikoloji programının depresyon hastalarının olumlu yaşam tutumuna etkisine yönelik araştırmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle daha önce belirtildiği doğrultuda literatürle değerlendirme yapılmıştır.

Cheavens ve ark (2006) bir pozitif psikoloji müdahalesi olan umut terapisinin etkinliğini ölçtükleri aynı çalışmalarında, müdahale grubundaki bireylerde kontrol grubundaki bireylere göre yaşamın anlamında daha fazla artış olduğunu belirlemişlerdir (113).

Seligman (2002), daha sonra pozitif ilişki ve başarıyı da dahil ederek, iyi oluşa giden üç yol; zevk arayışı, anlam arayışı ve katılım arayışı önermiştir (129). Bireylerin yaşamlarında kendilerinden daha büyük bir şeyle bağlantı kurmaları (zor durumda olan birilerine yardım etme, toplum hizmeti yapma gibi), anlam bulabilecekleri bir kaynak oluşturmaları amaçsız kalmalarının önüne geçebilir. Bireyler bu şekilde olumlu yaşam tutumları geliştirerek depresif belirtileri uygun bir şekilde yönetebileceği

düşünülmektedir. Çalışmamızda uyguladığımız pozitif psikoloji programı oturumlarına bu konular da dahil edilmiştir. Çalışmamız sonucunda pozitif psikoloji uygulamalarının hastaların olumlu yaşam tutumları geliştirmesine katkı sağlayarak depresyonun tedavisinde bir seçenek oluşturacağı düşünülmektedir. Bu müdahalelerin depresyon tedavisine eklenmesiyle tedavide kullanılan mevcut müdahalelerin yelpazesinin genişleyeceği öngörülmektedir.

5.5. Sonuç ve Öneriler

Depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan ön test-son test ve izlem test, kontrol gruplu yarı deneysel modelde yürütülen bu çalışmanın sonuçları şu şekilde sıralanmıştır:

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiş olup, her iki grubun değişkenler açısından homojen olduğu,
- Pozitif psikoloji programı öncesi deney ve kontrol grubunun depresyon düzeylerinin yüksek, mental iyi oluş düzeylerinin orta, yaşam tutumlarının orta seviyede olduğu,
- Pozitif psikoloji programı öncesi deney ve kontrol grubunun BDE, YTPÖ (yaşamın anlamı alt boyutu hariç) ölçek puan ortalamaları ve WEMİÖÖ puan ortalamaları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Pozitif psikoloji programı sonrası deney grubunun depresyon puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu ve mental iyi oluş düzeylerinin ve olumlu yaşam tutumu puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- Deney grubunun grup içi karşılaştırılmasında pozitif psikoloji programı sonrasında, hastaların depresyon puanlarının düştüğü, mental iyi oluş ve yaşam tutumu puanlarının arttığı, bir ay sonra yapılan izlem testte de bu durumun devam ettiği,
- Kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında, pozitif psikoloji programı sonrasında, hastaların depresyon, mental iyi oluş, yaşam tutumu puanlarında anlamlı bir değişim olmadığı, bir ay sonra yapılan izlem testte de bu durumun devam ettiği,

- Pozitif psikoloji programının hastaların depresyon düzeylerini azaltmada ve mental iyi oluş, olumlu yaşam tutumunu arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Hemşireler, bütünsel bakım sağlarken hastaların depresyon semptomları ile baş edebilmesini sağlamak, iyi oluşunu arttırmaya yardımcı olmak, olumlu yaşam tutumu kazandırmak amacıyla pozitif psikoloji müdahalelerinden ve kanıta dayalı rehberlerden yararlanabilir. Aynı teknikleri kullanarak kendi iyi oluşlarına dikkat etmek, hemşirelerin kendi yaşam kalitelerini geliştirirken optimal bakım sunmalarına da yardımcı olabilir. Pozitif psikoloji programının hemşireler tarafından uygulanmasının yaygınlaştırılması,
- Psikiyatri hemşirelerinin pozitif psikoloji programlarıyla ilgili sertifika programlarına katılarak bu konudaki bilgi ve becerilerini arttırmaları,
- Gelişen teknolojinin de avantajları ile birlikte daha ulaşılabilir ve maliyet etkin yöntemlerin tercih edilmesinin getirisi olarak online pozitif psikoloji programının depresyon tedavisinde kullanımının yaygınlaşması,
- COVID-19 gibi pandemi süreçlerinin tekrar yaşanması durumunda online görüşmeler şeklinde pozitif psikoloji uygulamalarının daha büyük örneklem gruplarına uygulanması,
- Online pozitif psikoloji uygulamaları ile yüz yüze pozitif psikoloji uygulamalarını karşılaştıran çalışmaların yapılması,
- Pozitif psikoloji programlarının farklı tanılardaki örneklem gruplarıyla kullanılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Burns D. Feeling Good. İyi Hissetmek, 19. Basım, Karaosmanoğlu HA, Psikonet, İstanbul, 2015.
2. Gilbert P, 2009, Depression-Overcoming Depression. Depresyon-Üstesinden Gelmek, 2. Baskı, Yener N, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 2018: 29-35.
3. Lam, R.W. (2018). Depression (3. Edition). New York: Oxford University Press.
4. Mental Health Action Plan 2013-2020. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ Erişim Tarihi: 13.12.2018.
5. Küey L. Birinci basamakta depresyon: Tanıma, ele alma, yönlendirme. Psikiyatri Dünyası. 1998;1:5-12.
6. Kleinman P. Psych101-Psychology Facts, Basics, Statistics, Tests and More. Psiko101-Psikolojinin Gerçekleri, Temel Öğeler, İstatistikler, Testler ve Daha Fazlası!., 2. Basım, Kaplan H, Okyanus Yayınları, İstanbul, 2013.
7. Keck ME. Depresyon, nasıl ortaya çıkar? Nasıl tedavi edilir? Stresle bağlantısı nedir?, Version 1.0. 2010.
8. Depression, [Depression \(who.int\)](https://www.who.int/) Erişim Tarihi: 20.05.2022.
9. Yüksel N. Depresyonda tanı ve ayırıcı tanı. Psikiyatri Dünyası. 1998;1:13-20.
10. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. Am Psychol. 2006;61(8):774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>.
11. Leimon A, McMahon G, 2009, Positive Psychology for Dummies. Pozitif Psikoloji for Dummies, 1. Baskı, Tanıl E, Nobel Yaşam, Ankara, 2018.
12. Authentic happiness. www.authentichappiness.sas.upenn.edu/ Erişim Tarihi: 02.03.2019.
13. Mental health: a state of well-being, 2014. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ Erişim Tarihi: 03.03.2019.
14. Seligman M, Flourish A. Visionary New Understanding of Happiness and Wellbeing- What is Well Being? New York: Free Press, 2011.
15. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta-

- analysis. Journal of Clinical Psychology. 2009;65:467-487. doi: 10.1002/jclp.20593.
16. Eryılmaz A. Pozitif psikoterapiler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017; 9(3):346-362. doi: 10.18863/pgy.288667.
 17. Işık AH, Güler İ. Teletıpta mobil uygulama çalışması ve mobil iletişim teknolojilerinin analizi. Bilişim Teknolojileri Dergisi. 2010; 3(1):1-10.
 18. Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. Bakırköy Tıp Dergisi. 2015; 11(1):1-4.
 19. Telepsychiatry, APA Telepsychiatry (e-psychiatry.com) <https://www.e-psychiatry.com/pro/Telepsychiatry.pdf>. Erişim tarihi: 25.04.2022
 20. Saeed SA, Diamond J, Bloch RM. Use of telepsychiatry to improve care for people with mental illness in rural North Carolina. North Carolina Medical Journal. 2011;72(3):219-222.
 21. Deslich S, Stec B, Tomblin S, Coustasse A. Telepsychiatry in the 21st century: transforming healthcare with technology. Perspectives in Health Information Management/AHIMA, American Health Information Management Association. 2013;10(Summer).
 22. Sütçügil L, Özmenler KN. Majör depresyonda psikososyal müdahaleler. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri. 2007;3(47):46-50.
 23. Hanson K. Positive psychology for overcoming symptoms of depression: a pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a cbt self-help book. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2019;47:95–113 doi:10.1017/S1352465818000218.
 24. Oral T. Karasevda'dan depresyon'a hüznün tarihi. Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi. 2009; 1-10. <http://www.timucinoral.com/PDF/Karasevdadan%20Depresyona.pdf>.
 25. Kürümlüoğlu R, Tanrıverdi D. Depresyonla Baş Etmede Düşünce Yönetimi. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2019.
 26. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 261-333.
 27. Beck AT. Depression- Causes and Treatment. 5. Printing. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1977: 4-17.

28. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları Dizisi. 2000;1(1):5-11.
<http://psikiyatridizini.net/articles.aspx?journalid=25&year=2000&volume=1&number=1>
29. Köroğlu E. Psikiyatri El Kitabı, 4.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2011: 61-79.
30. Koç M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Gürhan N (Editör). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 475-538.
31. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 267-298.
32. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
33. Çakır S. Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Psikiyatri. Tükel R, Çakır S, Ertekin E (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2017: 41-52.
34. Keser-Özcan N. Depresif Bozukluklar. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği- Sertifika Konuları. Oflaz F, Yıldırım N. (Editörler). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2020: 417-431.
35. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. "Türkiye Ruh Sağlığı Raporu'nda". (Haz. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark.). 1.Baskı. Ankara.
36. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;184:386-392. doi:10.1192/bjp.184.5.386.
37. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, Jin R, Merikangas KR, Simon GE, Wang PS. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. Am J Psychiatry. 2006; 163(9):1561-8. doi: 10.1176/ajp.2006.163.9.1561. PMID: 16946181; PMCID: PMC1924724.
38. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet. 1997;349(9064):1498-1504. doi:10.1016/S0140-6736(96)07492-2.
39. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 21. Basım. İstanbul: Metis Yayınları, 2013: 149-150.

40. Seligman MEP. Alleviation of learned helplessness in the dog. *Journal of Abnormal Psychology*.1968;73(3):256-262. doi:10.1037/h0025831.
41. Burger JM, Arkin RM. Prediction, control, and learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*.1980; 38(3):482-491. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.3.482>.
42. Hovardaoğlu S. Öğrenilmiş çaresizlik modeli. *Psikoloji Dergisi*. 1986;5(20):3-8. psikiyatridizini.net/articles.aspx?journalid=80&year=1986&volume=5&number=20.
43. Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*. 1967;74(1):1-9. <https://homepages.gac.edu/~jwotton2/PSY225/seligman.pdf>
44. Fogle DO. Learned helplessness and learned restlessness. *Psychotherapy: Theory, Research And Practice*.1978;15(1):39- 47. <https://doi.org/10.1037/h0085839>.
45. Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness at fifty: Insights From Neuroscience. *Psychological Review*.2016; 123(4):349–367. doi: 10.1037/rev0000033.
46. Akhtar M. *Positive Psychology for Overcoming Depression: Self-Help Strategies for Happiness, Inner Strength and Well-Being*. London: Watkins, 2012.
47. Engin E, Ergün G. Depresyon. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Bakım Sanatı*. Çam O, Engin E (Editörler). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 2014: 333-366.
48. Collin C, Benson N, Ginsburg J, Grand V, Lazyan M, Weeks M, 2011, *The Psychology Book*. Psikoloji Kitabı, 4. Basım, Lakşe E, Alfa Yayınları, İstanbul, 2016: 198-202.
49. Hefferon K, Boniwell I, 2011, *Positive Psychology: Theory, Research and Applications*. Pozitif Psikoloji: Kuram, Araştırma ve Uygulamalar, 1. Baskı, Doğan T, Nobel Yayın, İstanbul, 2018.
50. Wong PTP. Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 2011;52(2):69-81. <https://doi.org/10.1037/a0022511>.
51. Carr A. *Positive Psychology the Science of Happiness and Human Strengths*. Pozitif Psikoloji-Mutluluğun ve İnsanın Güçlü Yönlerinin Bilimi, 1. Baskı, Şendilek Ü, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2016.

52. Shoshani A, Steinmetz S, Kanat-Maymon Y. Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement. *Journal of School Psychology*. 2016;57:73-92. doi:10.1016/j.jsp.2016.05.003.
53. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*. 1996;65(1):14-23. doi:10.1159/000289026.
54. Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2015; 26(1):21-32. PMID: 25742034.
55. Steger MF, Kashdan TB, Oishi S. Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality*. 2008;42:22-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2007.03.004>.
56. Bannink F, 2017, 201 Positive Psychology Applications: Promoting Well-Being in Individuals and Communities. 201 Pozitif Psikoloji Uygulaması: Bireyler ve Topumlarda İyi Oluşu Geliştirmek İçin, 1. Baskı, Kökkılıç E, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Yayınları, 2017.
57. Kim JY, Lee YW, Kim HS, Lee EH. The mediating and moderating effects of meaning in life on the relationship between depression and quality of life in patients with dysphagia. *J Clin Nurs*. 2019; 28(15-16):2782-2789. doi:10.1111/jocn.14907.
58. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015;33(7):749-754. doi:10.1200/JCO.2014.57.2198.
59. Gander F, Proyer RT, Ruch W, Wyss T. Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *J Happiness Stud*. 2013;14:1241–1259. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9380-0>.
60. Boniwell I, Positive Psychology in A Nutshell- The Science of Happiness. 3. Edition. London: Open University Press, 2012.
61. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. 2013a; 13:119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>.

62. Hendriks T, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, Jong J, Bohlmeijer E. The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Happiness Stud.* 2020;21: 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>.
63. Schueller SM, Parks AC. The science of self-help: Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist.* 2014;19(2):145-155. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000181>.
64. Lopez-Gomez I, Chaves C, Hervas G, Vazquez C. Comparing the acceptability of a positive psychology intervention versus a cognitive behavioural therapy for clinical depression. *Clin Psychol Psychother.* 2017a;24(5):1029-1039. doi:10.1002/cpp.2129.
65. Varcarolis EM. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 7th ed., Jordan Halter M. (Ed), USA, 2013: 115-130.
66. Ertekin-Pınar Ş, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2012; 3(2):86-91. doi: 10.5505/phd.2012.14633.
67. Davidson RJ, Begley S, 2012, The Emotional Life of Your Brain. *Beyninizin Duygusal Hayatı*, 1. Baskı, Satılmış B, Pegasus, İstanbul, 2018.
68. Dülgerler Ş. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği- Bakım Sanatı*. Çam O, Engin E (Editörler). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014:179-199.
69. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry.* 2015;7(1):1-15. doi: 10.5455/cap.20140426072955.
70. Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Tashman NA, Steinberg DL, Rose DT, Donovan P. Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy.* 1999; 37:503-531. doi:10.1016/s0005-7967(98)00157-0.
71. Korkut-Bayındır S, Ünsal A. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2016;6(2):119-115. ISSN: 2146-443X. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/24384/258503>.
72. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology.* 2015;10:1,25-40. doi: 10.1080/17439760.2014.920411.

73. Gökçakan Z, Gökçakan N. Depresyonda bilişsel terapi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005; 1(1):91-101.
74. GreenBerger D, Padesky CA, Mind Over Mood. Stroup, E. (Ed.). Evinizdeki Terapist, 13. Basım, Armay T, Altın Kitaplar, İstanbul, 2014.
75. Hisli N. Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi. 1988; 6(22): 118-122
76. Hisli N. Validity and reliability of Beck depression scale in university students. Turkish Journal of Psychology. 1989a; 7(3): 13-19.
77. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 1989b; 23: 3-13.
78. Keldal G. Warwick-Edinburgh mental iyi oluş ölçeği'nin Türkçe formu: geçerlik ve güvenirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being.2015;3(1),103-115.
79. Erci B. Meaning in life for patients with cancer: Validation of the life attitude profile-revised scala. J Adv Nurs. 2008;62(6): 704-711.
80. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10(Ek 6):11-20.
81. Yalvaç HD, Dikilitaş Y, Coşkun A, Yedikardaşlar C, Emül M, Ünal S. Bir Devlet hastanesine depresyon nedeniyle başvuran olgularda sosyodemografik özellikler. Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji.2011;1(2):16-20.
82. Global Health Data Exchange | GHDX <https://ghdx.healthdata.org/> Erişim Tarihi: 25.02.2020.
83. Özgüç S, Tanriverdi D. Effect of metacognitive training applied on depression and cognitive distortion levels of depression patients. Current Psychology. 2021;1-10.
84. Akalın A, Arıkan Ç. 15-49 Yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(2):1-10.
85. Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. Sted. 2001;10(9):333-4.
86. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4(4):208-219.

87. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(1):41-48.
88. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, Grant BF. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(4):336-346. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4602. PMID: 29450462; PMCID: PMC5875313.
89. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS; National comorbidity survey replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095. PMID: 12813115.
90. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson N, Andrade LH, de Girolamo G, Demyttenaere K, Haro JM, Karam AN, Kostyuchenko S, Kovess V, Lara C, Levinson D, Matschinger H, Nakane Y, Browne MO, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Stein DJ. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety*. 2010;27(4):351-64. doi: 10.1002/da.20634. PMID: 20037917; PMCID: PMC3139270.
91. Koç, Z. Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği- İçinde: Psikiyatrik Epidemiyoloji. Tanrıverdi D. (Ed.). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 47-94.
92. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):779-788. doi: 10.1016/j.dsx.2020.05.035. Epub 2020 May 27. PMID: 32526627; PMCID: PMC7255207.
93. Wang X, Hegde S, Son C, Keller B, Smith A, Sasangohar F. Investigating mental health of US college students during the COVID-19 Pandemic: cross-sectional survey study. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):e22817. doi:10.2196/22817.
94. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS. Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent "Stay-at-Home" orders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6268. doi: 10.3390/ijerph17176268. PMID: 32872179; PMCID: PMC7504386.
95. Coughenour C, Gakh M, Pharr JR, Bungum T, Jalene S. Changes in depression and physical activity among college students on a diverse campus after a COVID-19

- stay-at-home order. *J Community Health*. 2021;46(4):758-766. doi: 10.1007/s10900-020-00918-5.
96. Bartova L, Dold M, Fugger G, Kautzky A, Mitschek MMM, Weidenauer A, Handschuh PA, Frey R, Mandelli L, Zohar J, Mendlewicz J, Souery D, Montgomery S, Fabbri C, Serretti A, Kasper S. The role of relationship status in major depressive disorder- results of the European group for the study of resistant depression. *J Affect Disord*. 2021;286:149-157. doi: 10.1016/j.jad.2021.02.070. Epub 2021 Mar 5. PMID: 33725614.
97. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(6):657-672. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0650. PMID: 32756809; PMCID: PMC7678895.
98. Bromberger JT, Costello EJ. Epidemiology of depression for clinicians social work. 1992;37(2):120,5.
99. Kaplan V. The burnout and loneliness levels of housewives in home-quarantine during Covid-19 pandemic. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2021;3(2):115-122.
100. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016;(2):175-202.
101. Pazvantoglu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7(3):153-160.
102. Güven A. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi. 2016, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 149 sayfa, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Sıdıka KAYA).
103. Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. The integrative positive psychological intervention for depression (IPPI-D). *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2019;49(2). doi:10.1007/s10879-018-9412-0
104. Yuan Q, Liu S, Tang S, Zhang D. Happy@Work: protocol for a web-based randomized controlled trial to improve mental well-being among an Asian working population. *BMC Public Health*. 2014;14:685. doi: 10.1186/1471-2458-14-685. PMID: 24997007; PMCID: PMC4096423.

105. Chilver MR, Gatt JM. Six-Week online multi-component positive psychology intervention improves subjective wellbeing in young adults. *J Happiness Stud.* 2022;23(3):1267-1288. doi: 10.1007/s10902-021-00449-3. PMID: 34512122; PMCID: PMC8418684.
106. Zhang XQ, Zhang BS, Wang MD. Application of a classroom-based positive psychology education course for Chinese medical students to increase their psychological well-being: a pilot study. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):323. doi: 10.1186/s12909-020-02232-z. PMID: 32962664; PMCID: PMC7507630.
107. Brouzos A, Vassilopoulos SP, Baourda VC, Tassi C, Stavrou V, Moschou K, Brouzou KO. "Staying home-feeling positive": Effectiveness of an on-line positive psychology group intervention during the COVID-19 pandemic. *Curr Psychol.* 2021;1-13. doi: 10.1007/s12144-021-01613-x. PMID: 33776381; PMCID: PMC7980788.
108. Pan S, Ali K, Kahathuduwa C, Baronia R, Ibrahim Y. Meta-Analysis of positive psychology interventions on the treatment of depression. *Cureus.* 2022;14(2):e21933. doi: 10.7759/cureus.21933. PMID: 35273874; PMCID: PMC8901085.
109. Cuadra-Peralta A, Veloso-Besio C, Ibergaray Pérez M, Rocha Zúñiga M. Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión [in Spanish]. *Terapia Psicológica* 2010;28:127-134.
110. Shapira LB, Mongrain M. The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology.* 2010;5(5),377–389. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.516763>.
111. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med.* 1998;28(2):475-80. doi: 10.1017/s0033291797006363. PMID: 9572104.
112. Carr A, Finnegan L, Griffin E, Cotter P, Hyland A. A randomized controlled trial of the say yes to life (sytl) positive psychology group psychotherapy program for depression: An interim report. *J Contemp Psychother.* 2017; 47:153–161. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9343-6>
113. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael S, Snyder CR. Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Soc Indic Res.* 2006;77:61–78. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>.

114. Lopez-Gomez I, Chaves C, Hervás G, Vázquez C. Pattern of changes during treatment: a comparison between a positive psychology intervention and a cognitive behavioral treatment for clinical depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2017b;20. doi:10.1017/sjp.2017.44
115. Furchtlehner LM, Schuster R, Laireiter AR. A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial, *The Journal of Positive Psychology*. 2020;15:6,832-845, doi: 10.1080/17439760.2019.1663250.
116. Asgharipour N, Asgharnejad Farid A, Arshadi H, Sahebi A. A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2012;6(2):33-41.
117. Bolier L, Haverman M, Kramer J, Westerhof GJ, Riper H, Walburg JA, Boon B, Bohlmeijer E. An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013b;15(9):e200. doi: 10.2196/jmir.2603. PMID: 24041479; PMCID: PMC3929047.
118. Hernandez R, Burrows B, Wilund K, Cohn M, Xu S, Moskowitz JT. Feasibility of an Internet-based positive psychological intervention for hemodialysis patients with symptoms of depression. *Soc Work Health Care*. 2018;57(10):864-879. doi: 10.1080/00981389.2018.1523268. PMID: 30277449; PMCID: PMC7282478.
119. Freedman SR, Enright RD. Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(5):983–992. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.983>
120. Guo YF, Zhang X, Plummer V, Lam L, Cross W, Zhang JP. Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26(4):375-383. doi: 10.1111/inm.12255. PMID: 27633932.
121. Taghvaenia A, Zonobitar A. Positive intervention for depression and teacher-student relationship in Iranian high school girl students with moderate/mild depression: a pilot randomized controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:25. doi:10.1186/s13034-020-00331-9
122. Gao XJ, Sun JJ, Xiang M. Positive psychological intervention for anxiety, depression and coping in subjects addicted to online games. *World J Clin Cases*.

- 2021;9(14):3287-3293. doi: 10.12998/wjcc.v9.i14.3287. PMID: 34002137; PMCID: PMC8107890.
123. Wood AM, Johnson J. The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology. Pozitif Klinik Psikoloji, İ Dağ, Z Maçkalı (Çev Ed.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2021.
 124. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol.* 2001;56(3):218-226. doi:10.1037//0003-066x.56.3.218.
 125. Carr A, Cullen K, Keeney C, Canning C, Mooney O, Chinseallaigh E, O'Dowd A. Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis, *The Journal of Positive Psychology.* 2021;16(6):749-769. doi: 10.1080/17439760.2020.1818807.
 126. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102092. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092. PMID: 32315963; PMCID: PMC7194662.
 127. Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervás, G. Vazquez, C. A Comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cogn Ther Res.* 2017;41:417–433. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9778-9>.
 128. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, Nardi AE, Machado S. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9:221-37. doi: 10.2174/1745017901309010221. PMID: 24358052; PMCID: PMC3866689.
 129. Gander F, Proyer RT, Ruch W. Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: a randomized, placebo-controlled online study. *Front. Psychol.* 2016;7:686. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00686.
 130. Barley E, Lawson V. Using health psychology to help patients: promoting healthy choices. *Br J Nurs.* 2016;25(21):1172-1175. doi: 10.12968/bjon.2016.25.21.1172. PMID: 27882790.

131. Waters L, Cameron K, Nelson-Coffey SK, Crone DL, Kern ML, Lomas T, Oades L, Owens RL, Pawelski JO, Rashid T, Warren MA, White MA, Williams P. Collective wellbeing and posttraumatic growth during covid-19: How positive psychology can help families, schools, workplaces and marginalized communities. *The Journal of Positive Psychology*. 2021; Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/17439760.2021.1940251>.



7. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı;

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

Katılımınız ve araştırmaya vermiş olduğunuz desteklerden dolayı teşekkür ederiz.

1) Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız:.....

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

3) Eğitim durumunuz?

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

4) Medeni durumunuz?

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

5) Çalışma durumunuz?

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

6)Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

a) Eş ve çocuk/lar

b) Anne-baba-kardes

c) Diğer (Yalnız, Arkadas ile vb.)

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

8) Mevcut rahatsızlığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yattınız?

a) Bir

b) İki

c) üç ve üzeri

9) İntihar girişiminde bulundunuz mu?

a) Yok

b) Girişim var

c) Düşüncesi var

10) İlaç kullanımının değeriendirilmesi (son 6 aydır);

a) Tedaviye tamamen uyumsuz

b) Tedaviye uyumunda belirgin aksamalar var

c) Az da olsa ilaç uyumunda aksamalar var

d) İlaç kullanımı ve tedaviye uyumlu



Ek 2. 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 cezalandırılabilmişim 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 çalışamıyorum

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. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.Gelecekle ilgili iyimserim.					
2.Kendimi işe yarar (faydalı) hissediyorum.					
3.Kendimi rahatlamış hissediyorum.					
4.Diğer insanlara karşı ilgiliyim.					
5.Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.					
6.Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.					
7.Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.					
8.Kendimden memnunum.					
9.Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.					
10.Kendime güveniyorum.					
11.Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.					
12.Sevildiğimi hissediyorum.					
13.Yeni şeylere karşı ilgiliyim.					
14.Neşeli hissediyorum.					

Ek 4. Yaşam Tutum Profili Ölçeği

Bu ankette sizin yaşamınızla ilgili duygu ve düşünceleriniz ifade edilmiştir. Her maddeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun kelimeyi işaretleyiniz.

KK-Kesinlikle Katılıyorum (7) **K**-Katılıyorum (6) **BK**-Biraz Katılıyorum (5) **KV**-Karar Veremiyorum (4) **BKM**-Biraz Katılmıyorum (3) **KM**-Katılmıyorum (2) **KKM**-Kesinlikle Katılmıyorum (1)

	KK	K	BK	KV	BKM	KM	KKM
YAŞAM TUTUM PROFİLİ	7	6	5	4	3	2	1
Yaşamın Amacı							
1. Geçmişte yaşadıklarım hayatıma yön ve anlam verir.							
2. Hayatımla ilgili belirgin hedeflerim var.							
3.Memnuniyet verici bir yaşama amacımın olduğunu biliyorum.							
4. Genellikle olarak hayatımı istediğim gibi yaşıyorum.							
5. Hayatıma kendim yön veririm.							
6.Yaşamımla ilgili amaçlarıma ulaşırken tamamen tatmin olduğumu hissedirim.							
7. Hayatıma yön veren bir yaşama amacım var.							
8. Yaşamım şu anda ilgi çekici ve zevkli devam ediyor.							
Yaşamın Anlamı							
9. Hayatın anlamı açıkça içinde yaşadığımız dünyamızdır.							
10.Hayatıma yön veren amacımın ve güçlerimin farkındayım.							
11.Düşündüğüm zaman, var olmamın bir nedeni olduğuna inanıyorum.							
12.Yaşamımın anlamını anlamamı sağlayan bir düşünce yapısına sahibim.							
13.Hayatımın tüm yönleriyle belirsizlikler içinde olduğunu düşünüyorum.							

14. Hayatın esas anlamını net olarak anlıyorum.							
15. Yaşamımda düzenli ve uyumluyumdur.							
Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk							
16. Hayatımı yönlendirme imkânımın var olması benim için çok önemlidir.							
17. Hayatımdaki başarıları çoğunlukla kendi çabalarım ile elde ederim.							
18. Yaşamımla ilgili olan şeyleri kendim belirlerim.							
19. Seçim yapma özgürlüğümle ilgili olarak, hayatımdaki tüm seçimleri tamamen özgürce yapabileceğime inanırım.							
20. Hayatımda yapmak istediğim her şeyi yapabilirim.							
21. Yaşamım benim ellerimde ve onu ben yönlendiririm.							
22. Yaşamımla ilgili önemli olaylarda da kendi kararlarımı kendim veririm.							
23. Hayatımda yaptığım tercihlerin sorumluluğunu kabul ederim.							
Yaşamın Anlamını Araştırma							
24. Yeni ve farklı şeyler bana çekici gelir.							
25. Yaşadığım sıradan şeyleri değiştirmeyi severim.							
26. Maceraya ve keşfedilecek yeniliklere ihtiyacım olduğunu düşünürüm.							
27. Yaşamımdaki yeni bir değişiklik bana cazip gelir.							
28. Gelecekte güzel bir şeylerin olacağını umuyorum.							
29. Yaşamdan bugüne kadar aldığımdan daha çok şey almaya istekliyim.							
30. Gelecekte yeni amaçlara ulaşmaya karar verdim.							

Ek 5. 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

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırmada, depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için çalışmaya katılım için gönüllü olmanız, Gaziantep il merkezinde ikamet etmeniz, iletişime engel bir durumunuzun olmaması, 18 yaş ve üzerinde olmanız, Majör Depresyon Bozukluğu tanısıyla izlenmeniz, en az 6 aydır depresyon tedavisi alıyor olmanız, Okur- yazar olmanız ve son 5 yıl içinde hastalığınıza yönelik böyle bir eğitim programına alınmamış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

(Araştırmada gönüllüye uygulanacak tedaviler/(varsa invaziv girişimler belirtilerek) yöntemler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)

Çalışma sırasında araştırmacılar tarafından; hastalara hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği, Yaşam Tutum Profili Ölçeği uygulanacaktır. Müdahale grubuna ve Kontrol grubuna eğitimin başlangıcında ve bitiminde ve eğitim bittikten 1 ay sonrasında ölçekler doldurulacaktır. Müdahale grubuna haftada bir kez olmak üzere toplamda 8 hafta süren eğitim programı psikiyatri kliniğinde uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğumuz bulunmamaktadır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 80'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre anketleri doldurma süresince (15-30 dakika) bulunmanız yeterli olacaktır. Müdahale grubunda yer almanız durumunda toplamda 8 hafta sürecek olan pozitif psikoloji programının uygulaması, her biri yaklaşık 45 dakika olan haftada bir oturum olacak şekilde yapılması planlanmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanın söz konusu olmadığı ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceğidir.

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 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 dâhilinde 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 büyük bir gönüllülük içerisinde 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		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

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

Ek 6. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazılar

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/09/2020-41964

 **T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

 **BÜ
100DEN
GAZİ
ANTEP**

Sayı :47989649/300/
Konu :Kurum İzni (Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL)

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi :11/09/2020 tarihli, 41470 sayılı ve "Kurum İzni/ Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL" konulu yazı

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Rabia KÜRÜMLÜOĞLUGİL'in "Depresyon Hastalarına Uygulanan Pozitif Psikoloji Programının Mental İyi Oluş, Yaşam Tutumu ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasını 01 Ekim 2020 - 01 Ekim 2021 tarihleri arasında Üniversitemiz Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM 5'e göre majör depresyon tanısı alan hastalarda uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz ederim.

Prof.Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

OLUR
Prof.Dr. Ali GÜR
Rektör

EKLER :
1- Dilekçe
2- Ölçek / Anketler
3- Etik Kurul Kararı
DAĞITIM
Rektörlük makamına
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliğine

Ga
27
Tel
E-İ

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşam tutumu ve depresyon düzeylerine etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	169	
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.Derya TANRIVERDİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARI 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		☐			
In 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		
				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon hastalarına uygulanan pozitif psikoloji programının mental iyi oluş, yaşar tutumu ve depresyon düzeylerine etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	169		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/169	Tarih: 17.04.2019	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel öncelik bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşın BARANSEL İSİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Ayşın BARANSEL İSİR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYÖLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Özlem ALTINDAĞ	FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Bülent ÖZÇİRCİ	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Murat NACAK	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	DİREK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Ramazan HAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Serkan GÜRGÜL	BİYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Eda Didem YALÇIN	AĞIZ DİŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Gonay KOZAN	KULAK, BURUN ve BOĞAZ HASTALIKLARI	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Emine Aybiken YILDIRIM	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Recep TÜRK	BANKACI (Kurum Yönetimi)	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurulu Başkanı

BARANSEL İSİR

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

ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise eğitimini Gaziantep'in Şahinbey ilçesinde tamamladı. 2008 yılında Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ni kazandı ve 2012 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2013 yılında Kilis Devlet Hastanesine atandı. 2013 yılı ağustos ayında Gaziantep Şhitkamil Devlet Hastanesi'ne atandı. 2013 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı ve 2017 yılında mezun oldu. 2017 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliğinde Doktora Programına başladı. 2018 yılı mayıs ayında Harran Üniveristesi'ne Öğretim Görevlisi olarak atandı ve halen Harran Üniversitesi'nde görev yapmaktadır.

Rabia KAYA