



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON TANISI KONAN ERKEK HASTALARA
VERİLEN SORUN ÇÖZME EĞİTİMİNİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEVİNÇ MERSİN
DOKTORA TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas

İSTANBUL–2011

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (x)

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği AD

Tez Sahibi : Sevinç Mersin

Tez Başlığı : Depresyon Tanısı Konan Erkek Hastalara Verilen Sorun Çözme Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : MÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sınav Tarihi : 04.04.2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd.Doç.Dr.Gül ÜNSAL BARLAS

Kurumu

M.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL (Haliç Ü.)

Doç.Dr.Perihan GÜNER (Koç Ü.)

Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR (Marmara Ü.)

Prof.Dr.Sevim BUZLU (İstanbul Ü.)



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 21./04/2011 tarih ve 29 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Gül den Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Tarih

"Ad Soyadı" (İmza)

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal BARLAS' a;

Tezimin her aşamasındaki emeği için sevgili arkadaşım Dr. Emine ÖKSÜZ' e

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimini paylaştan ve bana destek olan, Yrd. Doç. Dr. Dilek YILDIZ, Uzm. Dr. Düzgün Şimşek, Uzm. Dr. Gökhan BACAK, Uzm. Dr. Volkan KARA, Uzm. Dr. Burak KAYA, Uzm. Dr. Fünüzar Yıldırım, Uzm. Dr. Ali Bayır, Yusuf BENKAYA, Mine ÇOKAY, Özkan ÇOKAY, Rukiye AÇMALI, Elif KILIÇ' a ;

Bilgi ve deneyimlerini paylaştan;

Çalışmamın uygulaması sırasında tıbbi konularda bana danışmanlık yapan Uzm. Dr. Sezai UYAR' a;

Destek ve yardımlarından dolayı Van Asker Hastanesi hemşirelerine ve diğer çalışma arkadaşlarıma;

Hayatım boyunca bana güvenen ve destek olan sevgili annem Nesrin ARMUTÇUOĞLU' na, kardeşim Semra ORHAN' a;

Desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan eşim Selahattin MERSİN' e ve varlığı ile bana güç veren oğlum Alper Bilgehan MERSİN ve Hakan Cemal MERSİN'e,

TEŞEKKÜR EDERİM

İÇİNDEKİLER

	<i>Sayfa No</i>
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Depresyon	5
4.1.1. Depresyonun tanımı ve tarihçesi	5
4.1.2. DSM IV-TR'ye göre tanı ölçütleri	5
4.1.3. Depresyonun belirtileri	6
4.1.4. Depresyonun etiyolojisi ve epidemiyolojisi	8
4.1.5. Depresyon ve stres	10
4.1.6. Depresyon tedavisi	12
4.2. Depresyon ve Sorun Çözme	13
4.3. Depresyonda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	16
5. GEREÇ VE YÖNTEM	18
5.1. Araştırmanın Amacı	18
5.2. Araştırmanın Hipotezleri	18
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	19
5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	19
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
5.8. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler	19
5.9. Ön Uygulama	21
5.10. Uygulama	21
5.11. Araştırmanın Etik Yönleri	26
5.12. Verilerin Değerlendirilmesi	26

6. BULGULAR	28
6.1. Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
6.2. Hastaların Sorun Çözme Durumları ile İlgili Bulgular	32
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	41
7.1. Hastaların Sorun Çözme ile İlgili Bulguların Tartışılması	41
8. KAYNAKLAR	48
9. EKLER	56
10.ÖZGEÇMİŞ	77

1. ÖZET

Depresyon tanısı konan erkek hastalarda sorun çözme eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan deneysel çalışmanın evrenini, Van Asker Hastanesi psikiyatri polikliniğine 1 Eylül 2009-1 Eylül 2010 tarihleri arasında başvuran ve depresyon tedavisi gören hastalar, örneklemini ise rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen 34 deney 34 kontrol olmak üzere toplam 68 erkek hasta oluşturmuştur. Hastaların kişisel özelliklerini değerlendirmek üzere Bilgi Formu ve sorun çözme becerilerini değerlendirmek için Sorun Çözme Ölçeği eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitim tamamlandıktan bir ay sonra uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, ki-kare (χ^2) testi, independent student t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, sorun çözme eğitimi verilen depresyonlu hastaların eğitim verilmeyen gruba göre, sorun çözme becerilerinde anlamlı derecede artış olduğu bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Depresyon, erkek hasta, sorun çözme.

2. SUMMARY

Evaluation Of The Effectiveness Problem Solving Education On Male Depressive Patients

The research has been applied as; a type of an experimental study aiming to evaluation of the effectiveness problem solving education on male depressive patients of an Van Military Hospital. Its sample consists of a total of 68 patients, 34 in experiment group and 34 in control group, chosen by randomized sampling method. Information form and Problem Solving Inventory was used for collecting the data of the research. A pre-test covered by Problem Solving Education Programme was applied before, at the end, and one month after the completion of the education to evaluate the effectiveness of the education. All data were assessed via computers. Frequency dispersion, independent student t test, paired sample t test, multivariate test were used in the evaluation of the data. According to research, Training in the group, problem-solving skills has been increased significantly.

Keywords : Depression, male patient, problem solving.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon, kişinin daha önce hoşlandığı şeylerden hoşlanmaması, zevk almaması, ümidini kaybedip; kendisini ve içinde bulunduğu çevreyi bomboş ve anlamsız hissettiği ruhsal bir hastalıktır (21).

Depresyonun toplumda görülme sıklığı %10–20 arasındadır. Kadınlarda, erkeklere göre 2–3 kat fazla görülmesine rağmen, erkeklerde intihar girişimlerinin ölüme sonuçlanması daha kesindir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, depresyonun görülme sıklığı gelecek yıllarda daha da artarak devam edecektir. Stresli yaşam koşulları, nüfusun artması, işsizlik ve günlük yaşam streslerinin yanı sıra, geleceğe ait umutsuzluk, güçsüzlük ve terör saldırılarının da depresyonun toplumdaki yaygınlığını arttıracığı belirtilmektedir (8, 13, 19, 32, 36).

Depresyonda; enerji kaybı, okul ve işte başarısızlıklar, sorumlulukları yerine getirememe, isteksizlik, uykusuzluk, sabah erken uyanma, gece uyku bölünmesi, benlik algısının düşmesi, cinsel isteksizlik ve iştah değişikliği görülebilir (6, 21). Bu değişiklikler kişinin sorun çözme becerisini olumsuz etkilemektedir. Depresyonda olan kişiler sorunlarını saptamada ve bu sorunlara çözüm bulmada güçlük yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalar depresyondaki kişilerin sorun çözme becerilerinin bozulduğunu ortaya koymaktadır (37, 44). Sorun çözme becerisi, kişinin sosyal uyumunu ve günlük yaşamdaki başarısını olumlu etkilemekte, sorunlarını çözebilen kişiler kendilerine daha fazla güven duymakta ve doğru kararlar verebilmektedirler (46).

Depresyonun tedavisinde her geçen gün farmakolojik ajanların sayısı artmaktadır. Yüksek maliyetli olan bu tedaviler ülke ekonomilerine büyük zararlar vermektedir. Sorun çözme eğitim uygulamaları ise, kullanımlarının kolay, kişi tarafından öğrenildiğinde kişinin yaşam kalitesini artıran özelliklerinden dolayı daha ekonomiktir. Sorunlarına

özüm bulan kişi, başarı duygusunun verdiği tatmin olmuşluktan dolayı hayatında daha da başarılı olabilmektedir (28, 70, 71).

Literatür incelendiğinde, depresyonlu hastalara uygulanan sorun çözüme eğitimi programlarının çoğunlukla haftalık seanslar ve grup eğitimi şeklinde uzun süreli olduğu (47, 49, 50), kısa süreli ve bireysel çalışmaların ise fazla kullanılmadığı görülmektedir.

Bu araştırma, depresyon tanısı konan erkek hastalara depresyonun farmakolojik tedavisine ek olarak verilen kısa süreli ve bireysel sorun çözüme eğitiminin, hastaların sorun çözüme becerilerindeki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Depresyon

4.1.1. Depresyonun tanımı ve tarihçesi

Depresyon, çökkün duygu durumudur. Kişinin, daha önce hoşlandığı şeylerden hoşlanmaması, zevk almaması, depresyonun önemli belirtilerindendir. Depresyondaki bir kişi ümidini kaybedip; kendisini ve içinde bulunduğu çevreyi bomboş ve anlamsız hissedebilmektedir. Depresyonda; enerji kaybı, okul ve işte başarısızlıklar, sorumlulukları yerine getirememe, isteksizlik, uykusuzluk, sabah erken uyanma, gece uyku bölünmesi, benlik algısının düşmesi, cinsel isteksizlik ve iştah değişikliği görülür. Çoğu kez depresyondaki kişi, yaşamı ve kendisini değersiz hissedip, ölümü, kendisine zarar vermeyi düşünebilir (2, 57, 59).

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Mani ve melankoli deyimlerini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır. Hipokrat, Melankoliyi kara safraya bağlamıştır. Orta çağda İbni Sina çökkünlüğü ele almıştır. Bir çok bilim adamı bu konuyla ilgili çalışmışsa da, 1896 yılında Krapelin, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışını tanımlamıştır (59).

4.1.2. DSM IV-TR'ye göre tanı ölçütleri

DSM IV-TR'ye göre majör depresyon tanı ölçütleri şunlardır (6):

A. İki haftalık bir dönemde, daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin bulunması, semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk almama, olması gerekir.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum,

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da etkinliklerin çoğuna karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgede belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma,

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı,

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku hali,

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması,

6. Hemen her gün, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı,

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması,

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerine yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık,

9. Yineleyen ölüm düşünceleri,

10. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

11. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

12. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

13. Bu semptomlar yas'la açıklanamaz.

4.1.3. Depresyonun belirtileri

Depresyonda birçok duygusal ve fiziksel belirtiler görülür. Kişi ağlamaklı, neşesiz, bitkin görünümündedir. Kişi daha önce hoşlandığı faaliyetlerden hoşlanmamaya başlar. Bazen intiharı tek çıkış yolu olarak görmeye başlar. Dikkatini yoğunlaştırmada güçlük yaşar. Depresyonlu kişide genel olarak yüz çizgileri ve alın çizgileri derinleşmiştir. Omuzlar çökkün, yüz üzüntülü ve kişisel bakım bozulmuştur. Kişi sıkıntılı ve tedirgindir. Konuşması yavaşlamıştır. İletişimi bozulmuştur. Sık sık ağlar, üzülür ve kişi yoğun bir anksiyete yaşar. Uyku düzeni bozulmuştur. Kişi

bazen uyanamamaktan, bazen de uykuya dalamamaktan şikâyet eder. Çabuk öfkelenme, çevreden nefret etme, duygularını yitirmişlik duygusu yaşayabilir. Kişi daha önce ilgilendiği şeylerden zevk almamaya başlar. Algıları yavaşlamıştır. Suçluluk, cezalandırıldığını düşünür, değersizlik duyguları yaşar. Gelecekte umutsuzdur. Kilo alma ya da kilo kaybı olabilir. Genellikle cinsel isteksizlik görülür. İntihar düşünceleri sık yaşanır (7, 31, 39, 43).

Depresyondaki kişilerin % 15'i intihar ederek hayatına son vermektedir. Depresyondaki hasta birçok olumsuz neden için kendini suçladığından, kendisi hayatta olmazsa birçok şeyin düzeleceğini düşünerek hayatına son vermek isteyebilir. Depresyondaki hastada intihar riski tüm hastalık boyunca devam etmesine rağmen, tedavinin başlamasından hemen sonra, ya da semptomatik düzelmeden 6-9 ay sonra en düzeye çıkar (1, 39, 58).

Depresyonda intihar için bazı yaygın risk etmenleri şunlardır (21);

- Daha önce intihar girişiminin olması,
- Son zamanlarda kişinin yaşadığı önemli kayıpların olması,
- Yardım kabul etmeyen gururlu kişilik yapısı,
- Sosyal desteğin az olması ya da bu desteklerinden yararlanamama,
- Psikotik belirtiler,
- Madde kötüye kullanımı.

Depresyon kişilerin mesleki başarısını düşürmekte ve iş kayıplarına, cinsel bozukluklara yol açarak evlilik sorunlarına, kişinin durumun etkisinden kurtulmak, kendini rahatlatmak için alkol ve uyuşturucu maddelere yönelmesi sonucu trafik kazaları, kavga ve suça yönelme görülebilmekte, bunun sonucunda da ruh sağlığı bozuk kişiler ve ruh sağlığı bozuk bir topluma yol açmaktadır (12, 62).

4.1.4. Depresyonun etiyolojisi ve epidemiyolojisi

Depresyon, yaşam boyunca, her 9 kişiden 1'inde görülmektedir (14). Toplumda yaygınlığı %10- 20 arasındadır. Kadınlarda %20, erkeklerde %10 oranında görülür (67). Dünya Sağlık Örgütü, 2030 yılında AIDS, İskemik Kalp Hastalığı ve Majör Depresyonun toplumda en sık görülen hastalıklar olacağını öngörmektedir. Depresyon, toplumda yaygın olmasından ziyade, erken yaşta görülmesi, tekrarlaması, kronikleşmesi ve genç yaşta intihar girişimlerinin nedeni olmasından dolayı önemlidir. Depresyon, yaygınlığı kadar, sonuçlarıyla da önemli bir sorundur. İş gücü kaybı ve tedavisinin pahalı ve uzun sürmesi nedeniyle ülke ekonomisine büyük yük getirir (31, 56, 68).

Depresyonun oluş nedenlerine bakıldığında; kalıtım ve biyokimyasal etkenlerin rol oynadığı görülmektedir. Aile ve kalıtım araştırmaları duygulanım bozukluğu olanların birinci derece akrabalarında, hastalanma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Depresyonun biyokimyasal etiyolojisi ise nörotransmitter monoaminlerin (serotonin, norepinefrin, dopamin) eksikliği durumunda depresyonun oluştuğudur. Buna göre; depresyonda monoamin metabolitlerinin kan, idrar, BOS ve beyin sıvısındaki miktarlarında anormallikler olduğu, bu nörotransmitterlerin azalması durumunda depresyon oluştuğu düşünülmektedir. Ayrıca depresyonla, tiroid hormonları arasında da ilişki olduğu bulunmuştur (21, 59).

Psikiyatri kuramlarına göre ise, biyokimyasal ve genetik etkilerden ziyade daha çok kişinin yaşam koşulları, yaşanan stresler ve kişinin yaşadıklarına karşı kişinin geliştirdiği savunma düzenekleriyle açıklanır. Diğer bir görüşe göre, kişinin öğrendiklerinin önemli olduğu vurgulanır. Aşağıda bazı psikiyatri kuramlarıyla depresyonun gelişme süreçleri açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlar (15, 16, 35, 42, 48, 61);

1- Klasik psikoanalitik görüş; Freud ve Abraham'a göre depresyonu hazırlayan durumlar şunlardır: Oral fazda anne-bebek ilişkisindeki düzensizlikler ileri yaşamda depresyon oluşumunu hızlandırabilir.

Depresyon gerçek ya da hayali bir sevgi nesnesi kaybı ile ilgili olabilir. Kaybedilen sevgi nesnesine karşı hem sevgi, hem de nefret duyguları bir aradadır, depresyonda öfke ve nefret gibi negatif duygular kendi içine yönlendirilir.

2- Kişilerarası ilişkiler kuramına göre depresyon; kişiler arası sorunları, depresyonun sebebi olarak görmenin ötesinde, sebep ne olursa olsun, depresyonun kişiler arası bir zeminde geliştiğini kabul eder. Buna göre, depresyon kişiler arası sorunlara yol açabileceği gibi kişiler arası sorunlar da depresyonun oluşumuna katkıda bulunabilir. Depresif kişiler, toplumun değer yargılarıyla aşırı yüklenmişlerdir. Kişinin yaşantısında, onay ve destek sağladığı sosyal alanda ortaya çıkan bölünme sonucu depresyon gelişir. Depresyon, baş etme mekanizmalarında ortaya çıkan yetersizlik sonucu görülür. Kişinin sosyal ve kişilerarası ilişkilerinin bozulması depresyonun görülmesini kolaylaştırmaktadır.

3- Bilişsel kurama göre depresyon, bilginin işleme esnasında olumsuz bir önyargı ile oluşmaktadır. Depresif bir bilişsel çarpıtmada kişi; kendine, dünyaya ve geleceğe olumsuz bakar. Depresif kişiler yetersiz ve değersiz olduğuna inanır, ilgisiz ve gelecekle ilgili umutsuzdur. Kişi kendini yetersiz, değersiz ve hatalı görme eğilimindedir. Kişi hatalı yaptığını düşündüğü davranışları yüzünden kendini eleştirir. Kişi yaşamındaki sorunların üstesinden gelemeyeceğini düşünür. Çevresiyle ilişkilerini olumsuz yorumlar. Yaşadığı olumsuz duygu ve düşüncelerin sürekli olduğunu düşünür.

Depresyonda görülen bilişsel çarpıtmalar şunlardır:

- Keyfi çıkarsama: Herhangi bir durum, olayda belirli bir ipucu olmaksızın kesin bir yargıya varmadır.

- Seçici soyutlama: Bir bütünün içinden önemsiz sayılabilecek bir ayrıntı üzerinde yoğunlaşmaktır.

- Aşırı genelleme: Bir veya birkaç olaydan genel sonuçlar çıkarma eğilimidir.

- Aşırı büyütme ve küçümseme: Olayla ilgili aşırı büyütme, kendisiyle ilgili başarılarını aşırı değersizleştirerek küçümsemez.

- Kişiselleştirme: Kişinin kendi iradesi dışında gelişen olaylarla kendisi arasında ilişki kurmasıdır. Olumsuz olaylardan kendisini sorumlu tutar.

- İki kutuplu düşünme: Ya hep, ya hiç kanunu geçerlidir.

4- Davranışçı kurama göre; davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar birlikte kullanılmaktadır. Seligma'nın öğrenilmiş çaresizlik kavramı depresyonun açıklanmasında ele alınmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik organizmanın, davranışlarıyla olumsuz olayları kontrol edemediği bir durumdan geçtikten sonra, olumsuz olayları kontrol edebileceği bir durumda da gerekli davranışı gösterememesidir. Depresyon kişinin, olumsuz yaşam olayları yaşaması sonucu, gerçek ya da hayali olarak kontrolü yitirmesi sonucu oluşmaktadır. Böylece kişi yeterli destek alamazsa ya da destekten yararlanamazsa, olaylarla baş edebilme yeteneğinde azalma, ümitsizlik ve izolasyon görülür.

Depresyonun epidemiyolojisi incelendiğinde; kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla depresyon görülür. Bunun nedeni olarak hormonal değişiklikler, menopoz ve hamilelik gibi nedenler etken olarak sayılabilir. Erkeklerin depresyon riskleri daha az olmasına rağmen, kadınlara göre daha asabi ve saldırgan olurlar veya alkol, uyuşturucu gibi maddeler kullanarak maskeleye çalışırlar. İntihar, depresyona giren erkekler için ciddi bir risktir ve intihar vakaları kadınlara nazaran dört kat daha fazladır (29, 36, 38, 57, 62).

4.1.5. Depresyon ve stres

Stres, fiziksel zihinsel ve duygusal yükümlükler sonucu ortaya çıkan zorlanmalar ve gerilimlerdir. Genel olarak korku ve kaygı biçiminde kendini gösterir. Stres bir hastalık değil, herkesin yaşamında ortaya çıkan bir durumdur. Stres tepkileri değişkendir. Stresin ne olduğu ile strese neden olan etkenlerin bilinmesi önemlidir. Çünkü bu kişinin motivasyonunu etkiler. Stresin kişinin kendi beklentilerinden veya dış

çevreden kaynaklı olması stresin sonuçlarını etkiler. Eğer stres dışsal kaynaklı ise, kişinin sorun çözme becerileri stresin etkilerini azaltabilir. Eğer stres kişinin kendisinden, beklentilerinden kaynaklanıyorsa, kişinin daha çok motivasyonu önem kazanır. Stres kısa süreli olursa kişinin gelişimine katkıda bulunabilir. Fakat bunun tersine uzun sürerse ve kişinin yeteneklerini zorlarsa kişinin kaynaklarını tüketirse, stresin olumsuz etkileri görülmeye başlar. Stresli kişide baş ağrısı, ense ve sırtta sertlik, mide şikâyetleri, kalp çarpıntısı gibi fiziksel belirtilerin yanında; kolayca sinirlenme, öfke kontrol kaybı, hayattan zevk almama, uyku bozuklukları görülebilir. Kişi kendi yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybettiğini düşünebilir. Eğer bu durum ele alınıp değerlendirilmezse kişide depresyon görülebilir (5, 10).

Bazı meslekler yapıları sebebiyle diğer mesleklere göre daha streslidir. Bu meslek gruplarından biri de, askeri personeldir. Askeri personelin strese karşı gösterdiği tepkiler değerlendirildiğinde, onların işletmelerdeki idarecilere göre stres karşısında daha fazla fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar yaşadıkları saptanmıştır (5).

Kamali et al yaptığı çalışmada (2001), stresin birçok psikolojik ve fiziksel hastalıkların oluşma sebepleri ve depresyonun gelişmesinde önemli olduğu gösterilmiştir (33).

Stresin neden olduğu birçok hastalıkta, stres yönetim ve stresin etkilerinin en aza indirilmesi ile ilgili teknikler kullanılmaya başlanmıştır. Bunlar farmakolojik yöntemler ve stresin kontrolünü ve dolayısıyla azaltılmasını sağlayan stres kontrol eğitimidir. Stres kavramını birçok araştırmacı tarafından kabul gören stres etkileşim modeli ile açıklayabiliriz. Bu kurama göre stres, kişi ve kişinin çevresiyle bilişsel etkileşiminden doğan karmaşık, çok yönlü ve dinamik bir süreçtir. Bundan dolayı kişinin stresle baş etmesinde yapılacak eğitimde stresli kişinin stres durumlarında ihtiyaçlarını karşılamak üzere planlanmalıdır (5, 34).

Stresin neden olduğu çözümlenen her sorun kişinin kendini rahat hissetmesine neden olur. Kişinin değerlilik ve yeterlilik duygusunun

artmasını sağlar. Çözülen her sorun kişinin stresini azaltır. Fakat stres sürekli yaşanan bir durumdur. Kişinin stresle baş etmesine yardım edilmek isteniyorsa, sorun çözme teknikleri öğretilmelidir. Stresli yaşam olaylarında, sorun çözme tekniklerinin öğretilmesinin hastaların stresin olumsuz etkilerinden daha az etkilendiklerini göstermişlerdir (28, 34, 54).

4.1.6. Depresyon tedavisi

Stressiz bir yaşam düşünülemez. Stres yaşayan kişide temel amaç stresin yok edilmesi veya etkilerinin azaltılması, eğer tablo depresyon, anksiyete gibi hastalık olarak karşımıza çıkmış ise, kişinin kısa sürede iyileşmesinin sağlanmasıdır. Depresyon, tedavi edilebilen bir hastalıktır. Tedavisinde farmakolojik ajanlar ve/veya psikoterapiler kullanılmaktadır. Farmakolojik olarak kullanılan ilaçların genel adı, “antidepresan” dır. Pahalı olması dolayısıyla, getirdiği ekonomik yükün hafifletilmesi ve hastanın kendini daha güçlü olarak algılayabilmesi için farmakolojik tedaviye ek olarak eğitim uygulamaları yapılmaktadır (27, 31, 45, 59).

Ülkemizde, hemşireler daha çok eğitim uygulamaları yapmaktadırlar. Eğitim uygulamaları, psikiyatrik kuramlar dikkate alınarak uygulanmaktadır (34).

Eğitim, davranışsal ve bilişsel müdahaleleri içeren yardım türlerinden birisidir. Eğitimle, bilgi verme, başa çıkma becerileri kazandırma ve sorun çözme becerileri öğretilir (9, 35).

Eğitim uygulamaları genelde, bir grup formatında yürütülen programlar şeklinde yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış olarak yürütülmektedir. Programların grup formatında yürütülmesinin etkileşim, sosyal öğrenme ve sosyal destek anlamında çeşitli yararlarının olduğu belirtilmiştir (9, 20).

Eğitim uygulamaları, bilişsel, davranışçı ve sosyal öğrenme yaklaşımlarına dayanmaktadır. Eğitimle; stresle başa çıkma, aileyi güçlendirme, kişiler arası ilişkiler, hastalığın tedavisine yardım etme, destek sağlama, hastalık belirtilerini tanıma, sorunların üstesinden

gelebilmek için daha iyi başa çıkma becerileri kazanma, sorun çözme becerileri geliştirme gibi konular üzerinde çalışılmaktadır (9, 20, 34).

Depresyonlu hastalarda uygulanan dinamik yönelimli eğitimde hastanın benlik saygısı önemlidir. Benlik saygısını yükselten olaylar ve özellikler ele alınır. Ego tekrar yapılandırılır. Bilinç dışı suçluluk duyguları ele alınır. Hastanın nesne ilişkileri incelenir. Narsizm sorunlarını dile getirmesi sağlanır. Hasta, depresyona karşı uygun ve etkili savunmalar geliştirmesi konusunda cesaretlendirilir. Böylece kişi düş kırıklığı ve tükenme duygusu yaşamaz. Örneğin; stresle karşılaşan kişi güçlü bir ego ile bu durumun geçici olduğunu, yaşam boyunca sıkıntılarla karşılaşabileceğini, fakat sorunları uygun bir şekilde çözmeyi prensip olarak uygulayabilirse ve bunu çevresindeki kişilere anlatabilirse, yaşadığı stresin kişiye olan zararları azalır (37).

Davranışçı tekniklerden yararlanılarak geliştirilen eğitim programında ise depresyon daha çok bilimsel çözme yöntemi ile tedavi edilir. Kişi şimdiki zamana odaklanır. Şu anda çözebileceği sorunlar ele alınır. Örneğin; arkadaşlarıyla sorun yaşayan kişiye ben dilini kullanarak durumdan rahatsız olduğunu ifade etmesi öğretilir (35).

Kognitif tekniklerden yararlanılarak geliştirilen eğitim programında ise, kişinin algıları, duyguları, düşünceleri önem kazanmaktadır. Her bireyin olaylara bakış açısının farklı olması nedeni ile algılama, hatırlama, düşünme, tutumlar, değer yargıları, beklentiler ve sorun çözme yöntemleri ruhsal süreçleri etkilemektedir (30, 35).

4.2. Depresyon ve Sorun Çözme

Kişi, tüm yaşamı boyunca birçok sorunla karşılaşır. Hayatını sürdürebilmesi sorunlara karşı geliştirdiği yeteneklerine bağlıdır. Yetenek, genetik olarak var olan potansiyel olmasına rağmen, geliştirilebilir. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi, kişinin sağlıklı bir kişilik geliştirmesine ve çevresindeki insanlarla olumlu ilişkiler kurmasına, karşılaştığı sorunlarla baş etmesine bağlıdır (22, 54, 72).

Sorun, temelde bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumudur. Sorun en genel anlamıyla bir olumsuzluk ve belirsizlik ifadesi olarak da tanımlanabilir. Sorun, bir bireyin amacına ulaşmasını engelleyen bir durumdur. Sorun hedefe ulaşmayı engeller. Olması istenen durum ile mevcut durum arasında bir farklılık algılandığında sorun çözme süreci başlar (22, 54).

Sorun çözme süreci sistemattir. Daha çok bilişsel ve davranışçı tedavilerdir. Sorunlara sistematik olarak yaklaşırsa sorun çözülebilir. Sorun çözme, yüksek düzeyli düşünme; hatırlama, eldeki bilgiyi değerlendirme karar verme ve sonuçları değerlendirmeyi içeren karmaşık bir zihinsel süreç sonucu ortaya çıkar (22).

Sorun çözme, kişinin kendi yeteneklerini keşfederek gelişmesini ve ihtiyaçlarını karşılamasını kolaylaştırır. Kişi karşılaştığı sorunlarda, bilgi ve becerilerini kullanır. Kendine olan güveni artar. Sorun çözme, hedefe ulaşmak için yapılacak davranışlarda gerekli olan bilgi, beceri, tutum ve araçları seçmeyi, bunları kullanmayı, amaçlara ulaşmak için değişik olaylar arasında ilişki kurmayı, kişinin hedefine ulaşmayı engelleyen durumlarla mücadele etmeyi kapsar. Sorun çözme becerisinin gelişmesi kişinin karşılaştığı sorunlarla etkin olarak mücadele etmesini sağlar. Sorun çözmeyi, zeka, motivasyon, değerler, inançlar ve duruma hazır olma gibi faktörler etkiler (22, 34, 54).

Sorun çözme basamakları şunlardır (11, 17);

- Sorunun belirlenmesi
- Sorunun analizi ve değerlendirilmesi
- Soruna yönelik çözüm geliştirilmesi
- Kararın uygulanması
- Çözümün değerlendirilmesidir.

Depresyonun tedavisinde birçok psikolojik tedavi uygulanmaktadır. Sorun Çözme Eğitimi, depresyonda hastaların semptomlarını azaltmak için, yaşamındaki sorunlarıyla mücadele etmesinde hastaya yardımcı olan

yeteneklerin oluşturulmasında ve geliştirilmesinde psikososyal gelişim gösteren bir yaklaşımdır. Sorun Çözme Eğitimi'nin, birçok çalışma ile etkinliği kanıtlanmıştır (3, 8, 17).

Sorun Çözme Eğitimi'nde hasta sistematik olarak sorununu tanımlar, her sorun için alternatifler üretir. En iyi çözümü seçer, bir plan oluşturur, yürütür ve sorunu çözüp çözmediğini değerlendirir (47).

Depresyonda uygulanan Sorun Çözme Eğitimi uygulamaları yıllar içinde değişiklikler göstermiştir;

- 1980'li yıllarda Sorun Çözme Eğitimi 10-12 seanslık oturumlar şeklinde yapılandırılmıştır. Bu programlarda sadece yeteneklere odaklanılmamış, aynı zamanda yeteneklerin etkinliğini etkileyen sorun çözme yöntemleri, inançlar ve davranışlar ele alınmıştır.

- 1990'lı yıllarda seans sayıları 6 ya düşürülerek uygulanmıştır. Bu biçiminde, sorun çözmenin temelindeki başlıklara odaklanır ve sorunda hedefler, sonuçlar önemlidir. Bu programlar eğitilmiş hemşireler tarafından da uygulanmaya başlamıştır.

- Son yıllarda, Sorun Çözme Eğitimi'nde, kişisel değerlendirme durumları ön plana çıkmıştır. Eğitimi alan kişinin, hayatındaki temel hedefleri belirleyerek, değişmez olarak kabul ettiği sorunları ele alması sağlanmıştır. Daha çok kişisel olarak uygulanmıştır.

Sorun Çözme Eğitimi, olumlu düşüncenin ve eylemin desteklenmesini sağlar. Stresli yaşam olaylarında baş etmeyi kolaylaştırır. Sorun Çözme Eğitimi, streste sorun çözme ve iyi olma hali üzerine odaklanır. Sorun Çözme Eğitimi, yapılandırılmış görüşmelerle yeteneklerin geliştirilmesini sağlar (46).

Sorun Çözme Eğitimi, stresli durumda dengeleyici ve önleyici bir etken olarak görev alır. Etkili sorun çözme, stresin neden olduğu olumsuzlukları azaltmada etkisi vardır. Etkin olmayan sorun çözme ise, stresli yaşam olaylarından kişinin daha çok etkilenmesine neden olur (28, 46).

Kişinin, Sorun Çözme Eğitimi'nden daha çok yarar sağlaması için;

- Sorunu bir meydan okuma, menfaat için fırsat olarak değerlendirmesi,
- Sorunun çözülebilir olduğuna inanması,
- Kişinin sorunları çözmedeki etkinliğine inanması,
- Etkin sorun çözmenin zaman ve emek gerektiğine inanması gerekmektedir (46).

Sorun çözme basamaklarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için, sorunun gerçekliği önemlidir. Bazen depresyondaki hasta uygun şekilde iletişim kuramadığı ve kendini ifade edemediği için sorun olarak karşımıza çıkmaması gereken basit günlük olaylar büyük sorun olarak kendini gösterir. İçeriği ne olursa olsun sorunun ele alınarak çözüm basamaklarının uygulanarak çözümü önem kazanmaktadır.

Sorun Çözme Eğitimi'nin, ergen ve yetişkinlerde, psikolojik, davranışsal sorunu olan kişilerde etkin tedavi sağladığı bulunmuştur. Sorun Çözme Eğitimi uygulanan depresyonlu hastalarla yapılan çalışmalarda, kontrol gruplarına göre, depresyonlu hastaların sorunlarını çözmeye etkili olduğu bulunmuştur (25).

4.3. Depresyonda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Depresyonu olan hastaların kendilerini güçsüz ve çaresiz hissetmeleri hastaların günden güne daha kötüye gitmelerine neden olur. Bundan dolayı hastaların en kısa sürede tedavilerinin sağlanması gerekir. Tedavide genellikle ağır majör depresyon ve psikotik içerikli depresyon tanısı alan hastaların mutlaka yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. Bu dönemde hastaya sağlanacak bakım, danışmanlık ve eğitim önem kazanmaktadır Sağlık ekibi içerisinde önemli bir yeri olan psikiyatri hemşiresinin hastaneye yatarak tedavi gören hastalarla kuracağı terapötik iletişim hastanın hastanede kalış süresini azaltan etkidir (59).

Hemşireler, mesleklerinin gereği olarak kendileri de sürekli olarak sorunlarla karşılaşmaktadır. Hemşireden beklenen en kısa sürede sorunlara

etkili çözüm bulmalarınıdır. Sütçü ve Akbayrak'ın (2004), sağlık çalışanları ile hemşirelerin sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği çalışmada, hemşirelerin kendilerinin sürekli sorunlarla karşılaştıkları ve sorun çözme becerilerinin diğer sağlık çalışanlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur (63).

Depresyonlu hastalara uygulanan farmakolojik ajanların uygulanması, yan etkileri konusunda hastanın bilgilendirilmesi önemlidir. Ağır majör depresyonu olan hastaların kendilerini zayıf, güçsüz, enerjisiz, basit işlerde dahi yorgunlukları, içe kapanması ve öz bakım bozulması ve kendi hayatına son verme düşünce ve davranışı olan bir hastanın gereken tüm sorumluluklarında desteğe ve yardıma gereksinimi vardır. Hastanın yaşadıkları ele alınır. Uygun iletişim teknikleri öğretilir. Hastanın kendini değerli hissedebileceği terapötik ortam oluşturulur. Depresyonun oluş nedenleri arasında yer alan sürekli travmaya maruz kalma durumunda, kişinin karşılaştığı sorunlarda kendini suçlamak yerine, mantıklı, sistematik çözüm basamaklarının uygulanmasının öğretilmesi psikiyatri hemşirelerinin önemli görevleri arasındadır. Kişinin hayatını kesintiye uğratan sorunlar karşısında sorunların çözümüne yönelik girişimde bulunan kişi sorunların çözümünde başarı duygusu yaşar. Kendini değerli hisseden kişinin depresyon düzeyi düşerek, daha sonraki durumlar için motivasyonu artar (46, 53, 55).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Depresyon tanısı konan ve antidepresan tedavi alan erkek hastalara verilen sorun çözme eğitiminin, hastaların sorun çözme becerilerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen deneysel (ön test-son test, kontrol gruplu model) bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır;

1. Uygulanan eğitim programı sonucunda hastaların Sorun Çözme Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında kontrol grubuna göre azalma görülecek,

2. Uygulanan eğitim programı sonucunda hastaların Sorun Çözme Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında kontrol grubuna göre azalma görülecek,

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Van ilindeki Asker Hastanesinin psikiyatri servisinde ayaktan ve yatarak takip ve tedavisi devam eden depresyonu olan hastalar ile 1 Eylül 2009 ile 1 Eylül 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Van Asker Hastanesi Psikiyatri Servisinde 1 Eylül 2009- 1 Eylül 2010 tarihleri arasında ayaktan ve yatarak takip ve tedavisi yapılan depresyon tanısı konan 500 hasta, örneklemini ise; 34'ü deney, 34'ü kontrol grubu olmak üzere 68 hasta oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü; depresyonun toplumda görülme sıklığı % 10 olarak kabul edilerek, 0.05 yanılma düzeyi ve 0.90 güçlülük değeri temel alınarak hesaplanmıştır. Hesaplama sonucunda n=34 olarak bulunmuş ve aynı sayıda kontrol grubu alınmıştır.

Hastalar psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmiş ve bu değerlendirme sonucunda depresyon tanısı konan ve uygun görülen hastalar çalışmaya alınmıştır.

5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı alan,
- En az son bir aydır antidepresan tedavisi alan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Dil sorunu olmayan,
- Kavrama ve anlama yeteneğini azaltacak herhangi bir rahatsızlığı olmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden, hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Mental Retardasyonu olan,
- Psikotik Depresyonu, olan hastalar çalışma dışında tutulmuştur.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Asker Hastanesinde yapılmıştır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık %90'ının erkek bireylerden oluşması nedeniyle, sadece erkek hastalarla ve tek bir hastanede olması, hastaların kısa süreli yatışlarından dolayı eğitimin her bir hastaya iki haftalık bir sürede verilmesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

5.8. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler

Araştırmada veri toplama aracı olarak; Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği kullanılmıştır.

Bilgi Formu (Ek 1): Bu form. araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış ve uzman görüşüne sunulmuştur (Ek-3). Bu

formda araştırmaya katılan hastaların yaş, medeni durum, ekonomik durumları, iş durumları, daha önce depresyon geçirme durumları, sosyal destek kaynaklarının yeterliliği, intihar girişimi gibi sosyo-demografik özelliklerine ve hastalıklarıyla ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Sorun özme leęi (Ek 2): Heppner ve Peterson tarafından geliştirilen ölçek, kişilerin kendi sorun çözme davranışları ve yaklaşımları hakkında ne dūřündüklerini değerlendiren bir araçtır. Ölçeęin kullanımı ve puanlaması kolaydır. Cevaplamada zaman sınırlaması yoktur ve ortalama cevaplama süresi 15 dakikadır. Ölçek 6 puanlı likert tipinde 35 maddeden oluşmakta, “1” tamamen katılmayı “6” ise tamamen katılmamayı göstermektedir. Maddeler sorun çözme ile ilgili olumlu ve olumsuz yargılardan oluşmakta ve gelişigüzel sıralanmaktadır. Puanlamada olumsuz maddeler tersine çevrilmektedir. Dūřük puan, sorun çözmede etkinliği ve başarılı sorun çözme ile ilgili davranış ve tutumları ifade etmektedir. Yüksek puan ise, sorunlar karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Puanlama esnasında 9, 22. ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30. ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçeęin üç alt boyutu vardır. Bunlar; kişinin yeni sorunları çözme yeteneğine olan inancını ifade eden sorun çözme güveni (5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34. ve 35. maddeler), gelecekte başvurmak için ilk sorun çözme çabalarını yeniden gözden geçirmek ve değişik alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade eden yaklaşma-kaçınma biçimi (1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30. ve 31. maddeler) ve sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten kişisel kontrol (3, 14, 25, 26. ve 32. maddeler) boyutudur. Ölçeęin Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik alışması Taylan tarafından yapılmıştır (60).

Bu araştırmada, ölçeğin eğitim öncesi uygulanmasında iç tutarlılık katsayısı 0.88 (Cronbach’s $\alpha=0.88$), eğitim sonrası uygulanmasında 0.90 (Cronbach’s $\alpha=0.90$) ve 1 ay sonra uygulanmasında 0.94 (Cronbach’s $\alpha=0.94$) olarak bulunmuştur.

5.9. Ön Uygulama

SÇE programının uygulanılabilirliğini değerlendirmek üzere, Van Asker Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde, Temmuz-Ağustos 2009 tarihleri arasında çalışma kapsamında yer almayan hastalarla altı kişilik iki grup oluşturularak, haftada üç gün 60 dakika ve iki haftalık bir sürede ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda hastaların eğitim sonunda değerlendirmeleri yapılmış, hastalardan alınan geri bildirimde hastaların bireysel olarak kendilerini daha rahat ifade edebildikleri ve bundan dolayı bireysel eğitimin daha uygun olacağı değerlendirilerek araştırmada bireysel eğitim verilmesine karar verilmiştir.

Veriler, deney grubu için eğitime başlamadan önce, Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği uygulanarak ve eğitim sonrasında ve bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği tekrarlanarak toplanmıştır. Kontrol grubuna ise, ilk önce, Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği uygulanmış ve daha sonra iki hafta ve bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği tekrar uygulanarak veriler toplanmıştır.

5.10. Uygulama

Araştırma, Van Asker Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde takip edilen ve depresyon tedavisi gören, 68 hasta ile (34 deney, 34 kontrol grubu) ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın uygulama izninin alınmasından sonra birim sorumluları ve tedavi ekibi ile araştırmanın amacı, kapsamı ve program hakkında ön görüşme yapılmıştır. Bu ön görüşme araştırmacının, psikiyatri servisinde uygulama yapmasını kolaylaştırmıştır.

Deney grubundaki hastalara uygulanan program, Liverpool Üniversitesi Psikiyatri bölümünden Prof. Dr. Christopher Dowrick tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde de Dr. Meral Kelleci tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (37).

Eğitim programına katılmayı kabul eden 68 hasta basit randomizasyon yöntemi ile seçilmiştir. Sonra bu hastalar, deney ve kontrol

grubuna ayrılmıştır. Deney grubundaki hastaların her birine bireysel olarak iki haftalık bir sürede eğitim verilmiştir. İlk eğitim oturumunda hastalara Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği uygulanmış, iki haftalık eğitim programı uygulandıktan sonra Sorun Çözme Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Deney grubundaki hastalara eğitim bitiminden bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

Bu araştırmada; Sorun Çözme Eğitimi, haftada üç gün 60 dakikadan oluşan altı seanslık bireysel görüşme yöntemi ile verilmiştir. Her bir hastanın eğitimi (Ek-4 Ek-5) iki haftada tamamlanmıştır. Eğitim bittikten sonra ve eğitimin bitiminden bir ay sonra izlem çalışması yapılmıştır.

Kontrol grubundaki hastalara ise; deney grubu ile eş zamanlı olarak Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği deney grubuna verilen eğitim öncesi, sonrası ve bir ay sonrasında uygulanmıştır.

DENEY GRUBU VERİLERİNİN TOPLANMASI

1. Aşama:

Bilgi verme ve onay alma

- Araştırmanın amacı ve neler yapılacağı anlatılarak hastadan yazılı onam alındı.
- Hastanın yaşadığı sorunların çözümünün olduğu hastaya anlatıldı.
- Kişisel Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği uygulandı.

2. Aşama:

Sorunu tanıma

- Hastanın günlük rutinleri, güçlükleri ve destek kaynakları belirlendi.

“Hastanın yaşadığı ve onun duygu durumunu olumsuz etkilediğini düşündüğü sorunu tanımlaması istendi. Hastanın günlük yaşamdaki stresleri belirlendi. Bunları sıralaması istendi. Neler yaşadığı, hangi konularda sıkıntı yaşadığı tartışıldı. Bir sorunla karşılaştığında tepkilerinin neler olduğu soruldu. Güçlükleri ve yardım kaynakları anlaşılmaya çalışıldı. Sorunlarını belirlemesi istendi.”

- Sorunların hastayı nasıl etkilediği tartışıldı.

“Sorunla karşılaştığı zaman hangi tepkileri gösterdiği, ne hissettiği, kendini nasıl algıladığı tartışıldı. Çoğu kez depresyondaki hasta sorunun kendisi olduğunu düşünür. Gerçek sorunun ne olduğu açıklığa kavuşturulmaya çalışıldı.”

- Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı.

“Hasta sorunla karşılaştığında yaşadıklarını ifade etmesi konusunda cesaretlendirildi.”

- Hastanın yaşadığı sorunlardan nasıl etkilendiği ve sorunlarını tanımlaması istendi.

Örnek1- İletişimde sorun yaşayan hasta sorunun ne olduğunu belirlendi. Sorun nedeni,

a-Kişiden kaynaklanıyor

- İfade güçlüğü
- Alınganlık
- Olayları olumsuz yorumlama eğilimi

b-Diğer kişilerden kaynaklanıyor

- Agresyon
- Kendini haklı görme eğilimi
- Empati yetersizliği

3. Aşama:

Çözüm seçenekleri arama

- Yaşanan sorunla ilgili olarak çözüm seçenekleri belirlemesine yardım edildi.
- Alternatif çözüm önerileri tartışıldı.
- Çözümlerin avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesine yardım edildi.
- Duygu ve düşünceleri paylaşıldı.
- Düşünme ve karar verme için zaman verildi.

“Hasta kendisi için sorun olarak belirlediği durumlarda çözümler üretmesi, her çözümün avantaj ve dezavantajlarını belirlemesi yönünde destek sağlandı.”

Örnek1- İletişim sorunu yaşayan kişi için alternatifler

- Kızgınlık
- Kendini ifade etmek
- Ben dilini sıklıkla kullanmak
- Sorunun kaynağını kendisi olarak görmemek
- Gerektiğinde diğer insanlarla iletişimine sınır koymak

4. Aşama:

Eylemi kararlaştırma

- Belirlenen çözümlerden hangisini uygulayacağına karar vermesi istendi.
- Kararı uygulaması istendi.

Örnek1- Hangi kararı uygulayacak hastanın bu yönetime karar vermesi istendi. Bu kararı uygulamasında sonuçları düşünmesi istendi.

5. Aşama:

Kararı uygulama

- Kararı uygulama durumu tartışıldı.
- Uygulamada yaşadığı olumlu ya da olumsuz özellikler belirlendi.
- Hastaya sorun çözme basamakları uygulama rehberi verildi (Ek-6).

Örnek1- Hastanın uygulamaları tartışıldı. Neyi uyguladığı sonuç olarak hangi zorlukları yaşadığı belirlendi.

6. Aşama:

Değerlendirme- 1

- Uygulamaya geçebilme durumu tartışıldı. Sorun çözme eğitiminin hasta üzerindeki etkisi görüşüldü.
- Hastanın duygu ve düşünceleri paylaşıldı.
- Sorun Çözme Ölçeği uygulandı.

Değerlendirme- 2

- Bir ay sonunda Sorun Çözme Ölçeği tekrar uygulandı.

KONTROL GRUBU VERİLERİNİN TOPLANMASI

1. Aşama:

Bilgi verme ve onay alma

- Çalışma konusunda bilgi verildi ve onayları alındı.
- Kişisel Bilgi Formu ve Sorun Çözme Ölçeği uygulandı.
- İki hafta sonrasına randevu verildi.

Genel Değerlendirme- 1

- Sorun Çözme Ölçeği uygulandı.
- Bir ay sonrasına randevu verildi.

Genel Değerlendirme- 2

Genel bir değerlendirme yapılarak Sorun Çözme Ölçeği tekrar uygulandı.

5.11. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, GATA Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek-7) ve TSK Sağlık Hizmetleri Komutanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-8).

Çalışmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmaları konusunda serbest oldukları, araştırma sonucunun hastaların kişisel bilgileri verilmeden, bilimsel olarak paylaşılacağı konusunda güvence verilerek, aydınlatılmış onam imzalatılmıştır (Ek-9).

Araştırma tamamlandıktan sonra, kontrol grubundaki hastalara da sorun çözme eğitimi verilmiştir.

5.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; demografik özelliklerin ve hastalık özelliklerinin değerlendirilmesinde frekans dağılımı, ki-kare (χ^2) testi, eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği puan

ortalamlarının değerlendirilmesinde ise, independent sample t testi, paired sample t testi ve tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (Multivariate) kullanılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Depresyon Tanısı Konan Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan depresyonlu hastaların kişisel özellikleri ile bunlar arasındaki karşılaştırma yer almaktadır.

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Deney Grubu (n=34)		Kontrol Grubu (n=34)		
	N	(%)	n	(%)	
Eğitim					
İlköğretim	22	64.7	19	55.9	$\chi^2=0.720$
Lise	11	32.4	13	38.2	$p=0.698$
Üniversite	1	2.9	2	5.9	
Medeni durum					
Evli	8	23.5	10	29.4	$\chi^2=0.302$
Bekar	26	76.5	24	70.6	$p=0.582$
İş durumu					
Var	20	58.8	19	55.9	$\chi^2=1.168$
Yok	14	41.2	15	44.1	$p=0.558$
Maddi durum					
Kötü	19	55.9	14	41.2	$\chi^2=3.114$
Orta	11	32.4	18	52.9	$p=0.211$
İyi	4	11.8	2	5.9	
Depresyon geçirme durumu					
İlk kez	15	44.1	14	41.2	$\chi^2=1.342$
İkinci kez	8	23.5	5	14.7	$p=0.511$
Birçok kez	11	32.4	15	44.1	
İntihar girişimi					
Var	24	70.6	20	58.8	$\chi^2=1.030$
Yok	10	29.4	14	41.2	$p=0.310$
Sosyal destek durumu					
Yetersiz	25	73.5	21	61.8	$\chi^2=1.075$
Yeterli	9	26.5	13	38.2	$p=0.300$
Yaş					
	X±SD		X±SD		
	22.03±2.303		23.03±2.139		$t=1.855$ $p=0.068$

Ki-kare testi ve Student t testi

Deney grubunda yer alan hastaların % 64.7'sinin eğitiminin ilköğretim iken, kontrol grubu hastaların %55.9'unun eğitiminin ilköğretim olduğu bulunmuş ve eğitim düzeyi açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2=0.720$, $p=0.698$). Tablo 1'de görüldüğü gibi; deney grubundaki hastaların %23.5'i (n=8) evli, %76.5'i (n=26) bekar, kontrol grubundakilerin ise %29.4'ü (n=10) evli, %70.6'sı (n=24) bekadır. Medeni durum yönünden hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.302$ $p=0.582$).

Deney grubundaki hastaların %58.8'i (n=20) işinin olduğunu, %41.2'si (n=14) işinin olmadığını, kontrol grubundaki hastalar ise, %55.9'u (n=19) işinin olduğunu, %44.1'i (n=15) işinin olmadığını belirtmişlerdir. Hastalardan işlerinin olduğunu belirtenler ile herhangi bir işlerinin olmadığını belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2=1.168$ $p=0.558$).

Deney grubunda yer alan hastaların maddi durumları incelendiğinde ise; hastaların %55.9'u (n=19) maddi durumunun kötü, Kontrol grubu hastaların ise, %41.2'si (n=14) maddi durumunun kötü olduğunu belirtmişlerdir. Maddi durum açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($\chi^2=3.114$ $p=0.211$).

Hastaların depresyon geçirme durumları incelendiğinde, deney grubunda yer alan hastaların %44.1'i (n=15) ilk kez, kontrol grubu hastaların ise, %44.1'i (n=15) daha önce birçok kez depresyon durumu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Depresyon yaşama durumları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.342$ $p=0.511$).

İntihar girişimleri yönünden gruplar incelendiğinde, deney grubunda intihar girişimi olanlar 24 (%70.6) kişidir. Kontrol grubunda yer alan hastalardan 20'si (%58.8) intihar girişimlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Sosyal destek faktörleri açısından gruplar incelendiğinde, grupların birbirlerine benzer özellik gösterdikleri, desteğinin olmadığını belirtenlerden her iki grupta da benzer özellikler görülmüş ve aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.075$ $p=0.300$).

Deney grubunda bulunan hastaların yaş ortalamaları 22.03 ± 2.303 ; kontrol grubundaki hastaların 23.03 ± 2.139 bulunmuştur.

Tablo1'de görüldüğü gibi deney grubunda ve kontrol grubunda bulunan erkek hastaların benzer özellikler taşıdığı ve kişisel özellikler açısından homojen oldukları görülmektedir.

6.2. Depresyon Tanısı Alan Hastaların Sorun Çözme Durumları ile ilgili Bulgular

Bu bölümde, depresyonlu hastalara verilen sorun çözme eğitiminin etkileri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Sorun Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sorun Çözme Ölçeği	Deney Grubu (n=34) X±SD	Kontrol Grubu (n=34) X±SD	t	p
Eğitim öncesi	124.29±21.95	120.38±19.22	0.782	0.437
Eğitim sonrası	94.79±22.79	118.71±19.33	-4.860	0.001
Eğitimden bir ay sonra	78.00±23.24	118.24±18.94	-8.740	0.001

Independent Sample t testi

Tablo 2’de araştırmaya katılan hastaların Sorun Çözme Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları 124.29±21.95, kontrol grubundaki hastaların ise 120.38±19.22 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların eğitimden sonra Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları 94.79±22.79, eğitimden bir ay sonra 78.00±23.24’tür. Kontrol grubundaki hastaların Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları ise eğitim sonrası 118.71±19.33 ve eğitimden bir ay sonra 118.24±18.94 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların eğitimden sonra ve kontrol grubundaki hastaların eğitim sonrası Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları ($t=-4.860$ $p=0.001$) ile eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği’ den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-8.740$ $p=0.001$).

Tablo 3. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Sorun Çözme Ölçeği Deney ve Kontrol Grubunun Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sorun Çözme Ölçeği	Deney Grubu (n=34)			Kontrol Grubu (n=34)		
	X±SD	F	p	X±SD	F	p
Eğitim öncesi	124.29±21.95			120.38±19.23		
Eğitim sonrası	94.79±22.80	68.00	0.001	119.29±18.55	6.36	0.061
Eğitimden bir ay sonra	75.71±23.09			119.44±17.84		

Multivariate test

Tablo 3’de araştırmaya katılan hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonrası Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları 124.29±21.95, eğitim sonrası 94.79±22.80, eğitimden bir ay sonra ise 75.71±23.09 olarak bulunmuştur. Deney grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonrası Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=68.00 p=0.001). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (düzeltilmiş Bonferroni t testi) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (t=7.996 p=0.001), eğitim öncesi ile eğitimden bir ay sonrası (t=10.843 p=0.001) ve eğitim sonrası ile eğitimden bir ay sonrası (t=10.987 p=0.001) arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun ise Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesinde 120.38±19.23, eğitim sonrasında 119.29±18.55 ve eğitimden bir ay sonrasında 119.44±17.84 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonrası Sorun Çözme Ölçeği

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F=6.36 p=0.061).

Tablo 4. Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği	Deney Grubu (n=34)	Kontrol Grubu (n=34)	t	p
	X±SD	X±SD		
Eğitim öncesi	40.15±11.03	38.62±7.71	0.716	0.477
Eğitim sonrası	31.79±8.69	38.70±6.55	-3.701	0.001
Eğitimden bir ay sonra	23.79±8.70	38.50±5.89	-8.153	0.001

Independent Sample t testi

Tablo 4’de araştırmaya katılan hastaların Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir.

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamaları 40.15±11.03, eğitimden sonra 31.79±8.69, eğitimden bir ay sonra ise 23.79±8.70 bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastaların ise eğitim öncesi Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamaları 38.62±7.71, eğitimden sonra 38.70±6.55, eğitimden bir ay sonra 38.50±5.89 olarak bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitimden sonra Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (t=-3.701 p=0.001) ile eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeğinden’ den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-8.153 p=0.001).

Tablo 5. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği Deney ve Kontrol Grubunun Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği	Deney Grubu (n=34)			Kontrol Grubu (n=34)		
	X±SD	F	p	X±SD	F	p
Eğitim öncesi	40.15±11.03			38.50±7.64		
Eğitim sonrası	31.79±8.69	62.59	0.001	38.71±6.55	0.14	0.093
Eğitimden bir ay sonra	23.79±8.71			38.85±5.86		

Multivariate test

Tablo 5’ de deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi (40.15±11.03), eğitim sonrası (31.79±8.69) ve eğitimden bir ay sonra (23.79±8.71) Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir (F=62.59 p=0.001). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (düzeltilmiş Bonferroni t testi) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (t=4.446 p=0.001), eğitim öncesi ile eğitimden bir ay sonrası (t=8.005 p=0.001) ve eğitim sonrası ile eğitimden bir ay sonrası (t=11.070 p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların ise Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesinde 38.50±7.64, eğitimden sonra 38.71±6.55 ve eğitimden bir ay sonrasında 38.85±5.86 olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F=0.14 p=0.093).

Tablo 6. Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği	Deney Grubu (n=34)	Kontrol Grubu (n=34)	t	p
	X±SD	X±SD		
Eğitim öncesi	66.18±7.08	65.82±6.32	0.217	0.829
Eğitim sonrası	49.55±10.39	65.52±6.65	-7.545	0.001
Eğitimden bir ay sonra	43.50±12.45	65.67±6.49	-9.204	0.001

Independent Sample t testi

Tablo 6’da araştırmaya katılan depresyonlu hastaların Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları bulunmaktadır.

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları 66.18±7.08, eğitimden sonra 49.55±10.39, eğitimden bir ay sonra 43.50±12.45 bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastaların ise eğitimden önce Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları 65.82±6.32, eğitimden sonra 65.52±6.65, eğitimden bir ay sonra 65.67±6.49 olarak saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken (t=0.247 p=0.829), eğitimden sonrası (t=-7.545 p=0.001) ve eğitimden bir ay sonrası (t=-9.204 p=0.001) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 7. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği Deney ve Kontrol Grubunun Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği	Deney Grubu (n=34)			Kontrol Grubu (n=34)		
	X±SD	F	p	X±SD	F	p
Eğitim öncesi	66.18±7.08			65.82±6.32		
Eğitim sonrası	49.55±10.39	64.19	0.001	65.52±6.65	3.00	0.223
Eğitimden bir ay sonra	43.50±12.45			65.67±6.49		

Multivariate test

Tablo 7’de araştırma kapsamındaki hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonrası Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Deney grubunun eğitim öncesi (66.18±7.08), eğitim sonrası (49.55±10.39) ve eğitimden bir ay sonrası (43.50±12.45) Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir (F=64.19 p=0.001). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (düzeltilmiş Bonferroni t testi) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (t=10.224 p=0.001), eğitim öncesi ile eğitimden bir ay sonrası (t=11.001 p=0.001) ve eğitim sonrası ile eğitimden bir ay sonrası (t=6.086 p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları ise eğitim öncesi 65.82±6.32, eğitim sonrası 65.52±6.65 ve eğitimden bir ay sonra 65.67±6.49 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F=3.00 p=0.223).

Tablo 8. Kişisel Kontrol Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kişisel Kontrol Alt Ölçeği	Deney Grubu (n=34)	Kontrol Grubu (n=34)	t	p
	X±SD	X±SD		
Eğitim öncesi	17.97±5.62	16.55±5.34	1.060	0.293
Eğitim sonrası	13.44±6.23	15.94±5.66	-1.730	0.049
Eğitimden bir ay sonra	8.41±3.61	15.94±5.66	-6.534	0.001

Independent Sample t testi

Tablo 8’de deney ve kontrol grubunun Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Deney grubunun eğitim öncesi Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalaması 17.97±5.62, kontrol grubunun ise 16.55±5.34 olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=1.060 p=0.001).

Deney grubunun eğitim sonrası Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalaması 13.44±6.23, kontrol grubunun ise 15.94±5.66 olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (t=-1.730 p=0.049). Eğitim verilen grubun eğitim sonrası puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Deney grubunun eğitimden bir ay sonra Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalaması (8.41±3.61) ile kontrol grubunun puan ortalaması (15.94±5.66) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-6.534 p=0.001). Deney grubunun eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği Kişisel Kontrol alt ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük olarak saptanmıştır.

Tablo 9. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Kişisel Kontrol Alt Ölçeği Deney ve Kontrol Grubunun Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sorun Çözme Kişisel Kontrol Alt Ölçeği	Deney Grubu (n=34)			Kontrol Grubu (n=34)		
	X±SD	F	p	X±SD	F	p
Eğitim öncesi	17.97±5.62			16.55±5.34		
Eğitim sonrası	13.44±6.24	56.61	0.001	17.02±5.21	6.85	0.062
Eğitimden bir ay sonra	8.41±3.61			16.50±5.22		

Multivariate test

Tablo 9’da araştırmaya katılan hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi (17.97±5.62), eğitim sonrası (13.44±6.24) ve eğitimden bir ay sonra (8.41±3.61) Sorun Çözme Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=56.61 p=0.001). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (düzeltilmiş Bonferroni t testi) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası (t=5.716 p=0.001), eğitim öncesi ile eğitimden bir ay sonrası (t=10.441 p=0.001) ve eğitim sonrası ile eğitimden bir ay sonrası (t=6.400 p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların ise, eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (F=6.85 p=0.062).

Bulgulara göre, “Uygulanan eğitim programı sonucunda hastaların Sorun Çözme Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında

kontrol grubuna göre azalma görülecek” hipotezi ile “Uygulanan eğitim programı sonucunda hastaların Sorun Çözme Ölçeği toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında eğitim öncesine göre azalma görülecek” hipotezi doğrulanmıştır.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, depresyon tanısı konan erkek hastalara verilen sorun çözme eğitiminin hastaların sorun çözme becerilerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen deneysel bir çalışmadır.

Bu bölümde, depresyon tanısı konan erkek hastaların eğitimden önce, eğitimden sonra ve eğitimden bir ay sonra sorun çözme durumlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

7.1. Hastaların Sorun Çözme ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamındaki hastaların eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Deney grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Ölçeği puan ortalamaları anlamlı düzeyde azalırken, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır (Tablo 3). Bu bulgular, eğitim verilen hastaların sorun çözme becerilerinin olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir.

Nezu and Nezu (2001), 27 yaşındaki depresyon tanısı konulan bayan bir hastaya bireysel olarak sorun çözme eğitimi vermiş, her basamakta hastanın yaşadıkları tanımlanmış ve sorun çözme teknikleri ayrıntılı olarak ele almışlardır. Hasta sorun çözme basamaklarına uygun olarak sorununu tanımlamış, formüle etmiş, sorunla ilgili planlar oluşturmuş, alternatifler üretmiş, eyleme geçmiş ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucuna göre, hasta daha az umutsuzluk duygusu yaşamış ve sorunla karşılaştığında sorunu çözebileceğini düşünerek eyleme geçebilmiştir (51). Araştırma bulguları, bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bireysel eğitimin hastanın kendisini açıkça ifade edebilmesine, sağlık personeline güven duyabilmesine, yaşadığı sorunları ve bunlara yönelik çözüm yollarını daha kolay fark edebilmesine olanak sağladığı bilinmektedir (40, 51). Araştırmada, hastalara verilen bireysel eğitimin, kişisel deneyimlerini

daha rahat paylaşımlarını sağlayarak sorun çözmede örnek olarak kullanılması, bireysel eğitimlerin sorun çözme becerilerine olumlu katkılar sağladığı düşünülebilir.

Depresyonlu hastalara uygulanan uzun süreli eğitim programlarının hastaların sorun çözme becerilerine etkisinin incelendiği çok sayıda araştırmada değişik sonuçlar bulgulanmıştır. Tezel ve Gözüm'ün (2006) postpartum dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, altı haftalık bir sürede, bir gruba sorun çözme eğitimi, diğer gruba hemşirelik bakımı verilmiştir. Araştırma sonucuna göre, depresyon üzerine hemşirelik bakımının, sorun çözme eğitimine üstünlüğü bulunmuştur(67). Mynors-Wallis et al (1995) ise, 91 yaşlı hastayla uyguladıkları grup eğitiminin etkilerini karşılaştırmışlar, hastalara 3 ay boyunca 6–8 seans 30–60 dakika olarak sorun çözme eğitimi uygulanmış, 6–12 ay sonra izlem çalışması yapmışlardır. Sonuçta, sorun çözme eğitiminin etkili olduğu bulunmuştur (50). Uzun süreli eğitim programlarının uygulandığı bu çalışmalarda değişik sonuçların aksine, çalışmamızda iki haftalık eğitim programının hastaların sorun çözme becerilerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

Literatürde etkili sorun çözenin stresli yaşam olaylarında kişinin dengesini koruyarak, ruhsal durumun bozulmamasını sağlayan bir etken olduğu belirtilmektedir (3, 4). Depresyonlu hastalarda uygulanan sorun çözme eğitimi sonrasında yapılan izlem çalışmalarında, hastaların depresyon düzeylerinin ve atak sayılarının giderek azaldığı bulunmuştur (44, 52). Teasdale et al (2000) yaptığı çalışmada, sorun çözme eğitiminin, depresyon relapslarını bir yıldan fazla uzattığı bulunmuştur (65). Küçük ve Işıl'ın (2009) diyaliz hastalarıyla yaptıkları araştırmada da, sorun çözme eğitiminin hastaların sorun çözme becerilerini geliştirdiği ve hastaların depresyon düzeylerini azalttığı bulunmuştur (44). Townsend et al (2001) depresyonlu hastalarla yaptığı çalışmada ise, sorun çözme eğitimi verilen hastaların sorun çözme becerileri artmış ve hastaların umutsuzluk, kendine zarar verme ve depresyon düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma bulunmuştur (69). Bu çalışmada hastaların kısa süreli yatışları ve ilaç tedavisi almaları nedeni ile depresyon üzerine etkisi değerlendirilmemiş,

fakat sorun çözüme becerilerinin arttığı ve sorun çözümenin depresyon üzerindeki olumlu etkisi göz önüne alındığında hastalara bu yönden de katkı sağlayabileceği söylenebilir.

Mynors-Wallis et al (2000), yaptıkları çalışmada, depresyon tanısı alan hastalar iki gruba ayrılmış, ortalama 6 seans ve 1 saat, bazen gerekli olduğunda 1.5 saat; bir gruba hemşireler tarafından sadece sorun çözüme eğitimi, diğer gruba ise, pratisyen hekimler tarafından antidepresan tedaviyle birlikte sorun çözüme eğitimi verilmiştir. Sonuçlar 6, 12, 52 hafta sonra değerlendirilmiştir. Çalışmada hemşirelerin ve hekimlerin uygulamadaki başarıları değerlendirilmiş ve uygulama başarısı açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (49). Bu sonuç, sorun çözüme eğitiminin hemşireler tarafından güvenilir bir şekilde uygulanabileceğini ortaya koyması açısından önemlidir. Yapılan çalışmada da, araştırmacının hemşire olması, antidepresan ilaç tedavisi alan hastalara sorun çözüme eğitiminin verilmiş olması bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4). Deney grubunun eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Güveni Alt Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde azalırken, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik belirlenmemiştir (Tablo 5). Bu bulgu, hastalara verilen eğitimin, hastaların yeni sorunları çözüme yeteneklerine olan güvenlerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Kelleci'nin (2003), birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadın hastalarda uyguladığı sorun çözüme eğitiminde de, kadınların sorun çözüme ölçeği toplam puan ve alt grup puanlarının eğitim öncesinde yüksek olduğu, eğitim sonrası ve üç aylık izlemde kontrol grubuna göre, düştüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (37). Nezu and Ronan (1988), depresif bireylerin daha az sorun çözmeyi kullandıklarını ortaya koymuş, hastalara yönelik uygulanan sorun çözüme programının sorun çözüme güvenlerini artırdığını ve depresyon puanlarını önemli ölçüde

düşürdüğünü bulmuşlardır (52). Bu sonuçlar araştırma bulgusu ile uygunluk göstermektedir.

Literatürde sorun çözme becerileri öğrenildiğinde, bireylerin yeni ve güç durumlarla karşılaştıklarında bu sorunlarla etkin bir şekilde baş edebildiklerini ve yeni sorunları çözebileceklerine olan güvenlerinin arttığı belirtilmektedir (4, 26, 52). Temel ve ark. (72) yaptığı çalışmada da, kendine güvenen kişilerin daha az depresyon yaşadıkları, depresyon yaşayanların ise, kendilerine daha az güvendikleri bulunmuştur (66).

Sorun çözmeye başarı, karar verme, planlama, eylemi başlatma gibi yeteneklerle ilişkili olarak değişir. Depresyondaki kişilerin sorunlarla baş etmelerinde kişinin bilinçaltı bilişsel şemaları önemlidir. Depresif kişilerde genellikle sorunla karşılaştığında ilk olarak yaşadığı duygu, sorunu çözemeyeceğine inancı ve başarısızlık yaşayacağı endişesidir (24).

Depresyondaki kişinin olumsuz algılarının, otomatik duygu ve düşüncelerinin olduğu, hayatında iyi bir şey olmadığına inandığı, sorunlarını çok büyük bir tehdit olarak algıladığı, sorunlarının kaynağı olarak kendisini gördüğü, sorunlarını göz ardı ettiği ve sorunlarını çözemeyeceğini düşündüğü bilinmektedir (1, 13, 18). Literatürde depresyondaki hastaların sorunlarını çözemediklerinde yetersizlik, öfke, kızgınlık gibi olumsuz duygular hissettikleri ve bu durumun hastalık belirtilerini arttırdığı da belirtilmektedir (11, 14, 41). Sorunları çözmeye yetersiz kalmanın hastalığın seyrini etkileyebilecek olması, hastanın sorun çözme becerilerinin kısa sürede sağlıklı düzeye getirilmesinin önemini göstermektedir.

Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 6). Deney grubunun eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Yaklaşma-Kaçınma Alt Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde azalırken, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik belirlenmemiştir (Tablo 7). Bu bulgu, uygulanan eğitimin, hastaların gelecekte oluşabilecek sorunlar için

sorun çöme becerilerini yeniden gözden geçirme ve alternatif çözümler geliştirmelerini olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Araştırmalar depresyondaki kişilerin kaçınma eğiliminde olduğunu, genellikle sorunlara karşı duyarsız kaldıklarını, harekete geçmede zorlandıklarını, sorunla karşılaşmaktansa kaçmayı tercih ettiklerini ve sorunlarını başkalarının çömesini beklediklerini göstermektedir (8, 46). Araştırma bulgusu, hastalara verilen sorun çöme eğitiminin hastaların sorunlarından kaçmayarak, yeni sorunlarla karşılaştıklarında sorunu çözmek için girişimde bulunabileceklerini düşündürmektedir.

Townsend et al (2001) yaptığı çalışmada, kendine zarar veren hastalara uygulanan sorun çöme eğitiminin, hastaların sorunlarını çözmek için sağlıklı alternatif çözümler bulmalarına olumlu etki sağladığı bulunmuştur (69). Yapılan çalışmalarda hastaların alternatif çözümler bulma becerilerinin artırılmasının intihar gibi kendine zarar verme düşüncelerini azaltacağı bulunmuştur (23, 33). Araştırmamızda da, hastaların daha önce birçok kez intihar girişimlerinin olması dikkate alınır, uygulanan eğitimle hastaların sorun çöme becerilerinin geliştirilmesinin sonraki intihar girişimlerini önleme açısından etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Watkins and Baracala'nın (2002) yaptığı çalışmada ise, kişiler üç gruba ayrılmış ve hepsine üzerinde sorun olan kartlar dağıtılmıştır. İlk grup hiç depresyonu olmayan hastalar, ikinci grup geçmişte depresyon tanısı almış ve bir kısmı antidepresan tedavi almış, bir kısmı ise, kişisel yardımlar alarak tedavi olmuş kişiler, üçüncü grup ise, araştırmanın yapıldığı zamanda depresyon tanısı alan hastalardan oluşmuştur. Bu gruplara sorunların yer aldığı kartlar dağıtılmış ve bu sorunlara çözüm bulmaları istenmiştir. Geçmişte depresyon yaşayan ve hiç depresyonu olmayan hastalar sorunu saptayıp, planlar yapmışlar, alternatif çözüm yolları geliştirmişler ve sorunlara çözüm bulmada başarılı olmuşlardır. Fakat araştırmanın yapıldığı anda depresyonu olan kişiler sorunlara sapanıp kalmışlar, soruna yönelik eyleme geçememişler ve sonuçta

sorunlarını çözmeye başarısız olmuşlardır (72). Bu sonuçlara göre, araştırmamızda eğitim verilen hastaların %44.1'inin ilk kez depresyon atağı yaşadıkları ve bu süreçte sorun çözme eğitimi verildiği düşünülürse, hastalığın erken döneminde uygulanan eğitimin, hastaların sorun çözme becerilerini geliştirerek depresyon ataklarının sayısını ve şiddetini azaltabileceğini söyleyebiliriz.

Küçük ve Işıl'ın (2009) diyaliz hastalarıyla yaptıkları araştırmada, sorun çözme eğitimiyle, hastaların sorun çözme toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu ve hastaların yeni sorunlar karşısında değişik alternatifler bulabildikleri bulunmuştur (44). Bu sonuçlar araştırmamız bulgusu ile uygunluk göstermektedir.

Deney grubundaki hastaların eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 8). Deney grubunun eğitim sonrası ve eğitimden bir ay sonra Sorun Çözme Kişisel Kontrol Alt Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesine göre sorun çözme becerilerinin arttığı bulunmuş, kontrol grubunda ise sorun çözme becerilerinde bir değişiklik belirlenememiştir (Tablo 9). Bu bulgu, hastalara verilen eğitimin, hastaların “sorun karşısında kontrolü sürdürme” yeteneklerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Araştırmamız bulgusu, eğitim verilen hastaların, sorunları çözmek için; sorunun saptanmasından, çözümüne kadar olan süreci kendilerinin yönettiğini ve alternatif çözüm yollarına başvurduklarını düşündürmektedir. Araştırma bulgusu, Kelleci'nin yaptığı çalışma (37) ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalar, depresyondaki kişilerin kontrollerini devam ettirmekte zorlandıklarını ve sağlıksız çözüm yollarına başvurabildiklerini göstermektedir (11, 64, 65, 72).

Sorun çözme eğitimi, tedavi odaklı, hedefe yönelmiş, eğitim veren ile eğitim verilen arasında işbirliğine dayanan aktif bir süreçtir. Bu süreçte hastanın sorunlarını çözebileceğine olan inancı, iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir (46). Çalışma bulgusu olan kişisel kontrol

becerisinin artması, hastaların sorunlarının çözümünde kişinin sorunlarını çözebileceğine olan inancı, depresyon durumlarına da olumlu yönde etki edebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak; araştırmamızda, eğitim verilen grubun, kontrol grubuna göre eğitimin sorun çözme becerilerini arttırdığı bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Sorunlarla başa çıkmada sorun çözme eğitiminin etkin olduğu göz önüne alınarak, eğitimin yaygınlaştırılması ve bu uygulamaların süreklilik kazandırılması,

-Sürekli hastalarla birlikte olan hemşirelerin, uygulaması kolay ve ekonomik olan bu yöntemi daha iyi öğrenebilecekleri programlara katılmalarının desteklemesi ve uygulamasının sağlanması,

-Benzer çalışmalar yapılarak kısa süreli ve bireysel sorun çözme eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi, önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Ağır M. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. İ. Ü. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. H. Yavuzer).
2. Akalın Sİ, Cimili C, Kuzhan E. (2002). Depresyon, pratisyen hekimler ve depresyon eğitimi. *Sted*, 11(2): 8-62.
3. Akpınar Ş, Kelleci M. (2008). Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 11: 180-190.
4. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kanellopoulos D, Mackin S, Arean PA. (2008). Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23: 782–788.
5. Altuntaş E. (2003). Stres Yönetimi. Alfa Yayınları, İstanbul.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması. 4. baskı, çev: Köroğlu E., Hekimler Yayınbirliği, Ankara.
7. Aşkın R. (1994). Depresyon El Kitabı, Atlas Kitabevi, Konya.
8. Baker ÖE. (2009). Peer victimization, rumination and problem solving as risk contributors to adolescents' depressive symptoms. *The Journal of Psychology*, 143(1): 78-90.
9. Barlas GÜ. (2004). Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Işıl).
10. Batlaş A, Batlaş Z. (1990). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul.

11. Bell AC, D'Zurilla TJ. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29: 348–353.
12. Cannon B, Millar IL. (1999). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *J Affect Disord*,5(1): 45-9.
13. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. (2006) The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs*, Feb;20(1): 3-11.
14. Cuijpers P, Straten AV, Warmerdam L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22: 9-15.
15. Çavuşoğlu S. (2007). Öğrenilmiş Çaresizlik Teorisi Üzerine Bir Araştırma: Türk Kamu Yönetiminde Reform Çabalarının Çalışanlar Üzerinde Davranışsal Etkilerinin İncelenmesi. K. Ü. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, (Danışman: Doç. Dr. H. Ateş).
16. Çevik A, Volkan VD. (1993). Depresyonun Psikodinamik Etyolojisi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 109-122.
17. D'Zurilla T, Edward J, Edgar CC, Nottingham J, Faccini L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 54(8): 1091–1107.
18. Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. (2002). Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 13(4): 290- 299.
19. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. (2001). Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: Literature. *Encephale*,. Mar-Apr; 27(2): 159-168.

20. Dülgerler Ş. (2007). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. O. Çam).
21. Ebert HM, Loosen PT, Nurcombe BC. (2003). Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Eds: Birsöz S, Karaman T, Güneş Kitabevi, Ankara.
22. Eroğlu E. (2001). Ailenin Çocuklarda Problem Çözme Yeteneğinin Gelişmesi Üzerindeki Etkisi. Sak. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Eskicumalı).
23. Eskin E, Akoğlu A, Uygur B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 266-275.
24. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. (2009). Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5: 363-89.
25. Fossati P, Ergis AM, Allilaire JF. (2001). Problem solving abilities in unipolar depressed patients: Comparison of performance on the modified version of the Wisconsin and California Sorting Tests. *Psychiatry Research*, 104: 145-156.
26. Goddard L, Dritschel B, Burton A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105: 609-616.
27. Güleç C. (1993). Psikoterapiler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara
28. Hammen C. (2006). Stress generation in depression: Reflection on origins, research and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62(9): 1065-1082.
29. Heflin CM. (2009). Poverty, material hardship and depression. *Social Science Quarterly*, volume 90, number 5, Dec: 1051-1071.
30. Hegerl U, Hautzinger M, Mergl R, Kohnen R, Schütze M, Scheunemann W, Allgaier AK, Coyne J, Henkel VJ. (2009). Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed

- primary-care patients: A randomized, controlled trial including a patients' choice arm. *Neuropsychopharmacol*, Apr; 3: 1-14.
31. Hylan TR, Buesching DP, Tollefson GD. (1998). Health economic evaluations of antidepressants: A review. *Depression and Anxiety*, 7: 53-64.
 32. Jehel L, Duchet C, Paterniti S, Consoli SM, Guelfi JD. (2001). Prospective study of post-traumatic stress in victims of terrorist attacks. *Encephale*, Sep-Oct; 27(5): 393-400.
 33. Kamali M, Oquendo MA, Mann J. (2001). Understanding the neurobiology of suicidal behaviour. *Depression and Anxiety*, 14: 164-176.
 34. Kamlı SÖ. (2007). Psikoeğitimsel Bir Programla Hemşirelerin Sigara Bırakma Durumları. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. F. Öz).
 35. Karahan TF, Sardoğan ME. (1994). Psikolojik Danışma Kuramları, Birsen Yayınevi, İstanbul.
 36. Karamustafalıoğlu N, Tomruk NB, Alpay N. (2004). İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5: 28-36.
 37. Kelleci M. (2003). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kadınların Sorun Çözme Becerilerini Geliştirmenin Depresif Semptomlara Etkisi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. S. Buzlu).
 38. Kessler RC. (1995). *Sociology and Psychiatry* (Eds) Kaplan, H. I., Sadock, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI*, Sixth Edition, Baltimore, Willian and Wilkins, volume I, 356- 364.
 39. Kırılı S. (2002). Depresyon. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa.
 40. Kibel HD(1991). Group psychotherapy for the chronic mentally ill. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1):3-9.
 41. Korkmaz B. (2001). Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrencilerinin Boyun Eğici Davranış ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi.

- M. Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Tuzcuoğlu).
42. Köknel Ö. (1989). Depresyon. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul
 43. Köroğlu E. (1993). Erişkinlerde Görülen Majör Depresif Bozukluk İçin Uygulama Klavuzu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
 44. Küçük L, Işıl Ö. (2009). Diyaliz olgularına uygulanan sorun çözme eğitiminin depresyon düzeylerine ve sorun çözme becerilerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(6): 1638-49.
 45. Maj M. (2010). Depression vs. “undurstandable sadness” is the difference clear, and is it relevant to treatment decisions?. *Asian Journal of Psychiatry*, 3: 96-98.
 46. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27: 46-57.
 47. Mcquire J. (2001). What is problem solving? A review of theory, research and applications. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11: 210-235.
 48. Mersin S. (2004). Depresyonlu Hastaların Sosyal Desteği Algılamaları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Arslan).
 49. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. (2000). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*, 320: 26-30.
 50. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ*, 310: 441-445.
 51. Nezu AM, Nezu CM. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 11, no: 2: 187-205.

52. Nezu AM, Ronan GF. (1988). Social problem solving as a moderatör of stres related depressive semptoms: A prospective analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 35(2): 134-138.
53. Oflaz F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 55-61.
54. Öğülmüş S. (2006). Kişilerarası Sorun Çözme Becerileri ve Eğitimi. Nobel Basımevi, 3. Baskı, Ankara.
55. Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A. Ş., Ankara.
56. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O. (2002). Ergenlik dönemi ve ergenlerde suicid açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 15(2): 68-76.
57. Özer D, Kocabıyık A, Girgin V, Demiraslan P. (2002). Ergenlerde depresyon: Epidemiyoloji, klinik görünüm, komorbidite, seyir, komplikasyonlar. *Düşünen Adam*, 15(2): 90-97.
58. Özmen M. (1999). Depresyonun Psikoterapisi. İçinde: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller. Ed: Eker E, İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Komisyonu Yayını, İstanbul, No:17, s: 121-131.
59. Öztürk, MO, Uluşahin A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, cilt I, 11. baskı, Tuna Matbaacılık Yayın San. Ve Tic. A.Ş., Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
60. Savaşır I, Şahin NH. (1997). Bilişsel-davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 29-32.
61. Savrun M. (1999). Depresyonun Psikoterapisi. İçinde: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller. Ed: Eker E, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Komisyonu Yayını, İstanbul, No:17, s: 11-17.
62. Sevindik F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. F. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Oğuzöncül).

63. Sütçü H, Akbayrak N.(2004). Hemşireler ile diğer bayan sağlık çalışanlarının problem çözme becerileri arasındaki farkın incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 7(2): 55-59.
64. Tammentie T, Tarkka MT, Kurki PA, Paavilainen E. (2002). Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice*, 8: 240-246.
65. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. (2000). Prevention of relapse-recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 615–623.
66. Temel E, Bahar A, Çuhadar D(2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5):107–118.
67. Tezel A, Gözüm S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Education and Counseling*, 63: 64-73.
68. Thase ME. (1997). Psychotherapy of refractory depressions. *Depression and Anxiety*, 5: 190–201.
69. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P. (2001). The efficacy of problem solving after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomised controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine* 31: 979-988.
70. Triverdi MH, Kleiber B and Greer TL (2005). Remission and recovery in depression treatment. *Drug Development Research*, 65: 335-343.
71. Wang PS, Simon G, Kessler RC.(2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1): 22-33.

72. Watkins E, Baracala S. (2002). Rumination and social problem solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1179-1189

9. EKLER

EK - 1 BİLGİ FORMU

EK -2 SORUN ÇÖZME ÖLÇEĞİ

EK -3 GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR

EK -4 EĞİTİM PROGRAMI VE İÇERİĞİ

EK -5 HASTALARA UYGULANAN EĞİTİM SÜRECİ

EK -6 SORUN ÇÖZME BASAMAKLARI UYGULAMA REHBERİ

EK -7 ETİK KURUL ONAYI

EK -8 KURUM İZİNİ

EK -9 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

EK - 1

BİLGİ FORMU

Açıklama;

Sayın Katılımcı,

Sizlere verilecek sorun çözme eğitim programı için önemli olduğu düşünülen konulara ilişkin aşağıda bazı sorular yer almaktadır. Size uygun seçeneği işaretleyiniz.

Teşekkür ederim.

Sevinç MERSİN

Anket No:

Yaş:

Medeni Durum:

- Evli
- Bekar

Eğitim Durumu:

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite
- Lisans üstü

İş Durumu:

- Var
- Yok

Maddi Durum:

- Kötü
- Orta
- İyi

Daha Önce Depresyon Yaşama Durumu:

- Yok
- Bir kez
- İki kez
- Üç ve daha fazla sayıda

Sosyal Destek Kaynakları:

- Yeterli
- Yetersiz

Sorunla Baş etme Durumu:

- Yeterli
- Yetersiz

İntihar Girişimi:

- Var
- Yok

EK - 2

SORUN ÇÖZME ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların günlük ve kişisel yaşamında karşılaştıkları sorunlarına nasıl tepkide bulduklarına yönelik otuz beş ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuyarak bu ifadeye ne derece katıldığınızı parantezin içinde bulunan sayılan yuvarlak içine alarak belirtiniz. Verdiğiniz yanıtlar, sizin sorunlarınızı çözerken ne yaptığınızı ve sorunların nasıl çözülmesi gerektiği hakkındaki düşüncelerinizi yansıtmaktadır. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

- (1) Tamamen katılıyorum
- (2) Kısmen katılıyorum
- (3) Çok az katılıyorum
- (4) Çok az katılmıyorum
- (5) Kısmen katılmıyorum
- (6) Tamamen katılmıyorum

Bir sorunun çözümünde başarısızlığa uğradığımda, neden böyle sonuçlandığını düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Karmaşık bir sorunla karşılaştığım zaman, sorunun ne olduğunu belirlememe yardımcı olacak bilgileri toplamak için bir strateji geliştirmeye zaman ayırmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunu çözmeye ilk çabalarım başarılı olmazsa, sorunumla başa çıkma yeteneğinden kuşulanmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunu çözdükten sonra neyin doğru, neyin yanlış gittiğini düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Genellikle sorunlarımı çözebilmek için yaratıcı ve etkili seçenekler bulabilirim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Bir sorunu çözmek belli bir yol izledikten sonra, ortaya çıkan sonuç ile beklediğim sonucu karşılaştırırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunum olduğunda, sorunu çözmek için çeşitli seçenekleri artık aklıma başka bir yol gelmeyinceye kadar düşünürüm.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunla karşılaştığımda bu durumla ilgili olarak neler olup bittiğini anlamak için, sürekli olarak duygularımın ne olduğunu anlamaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorun aklımı karıştırdığımda, belirsiz düşünce ve duygularım üzerinde düşünerek bunları somut bir şekilde açıklığa kavuşturmaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Başlangıçta çözümü mümkün gibi görünmese bile pek çok sorunu çözebilme yeteneğim vardır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Karşılaştığım sorunların çoğunun çözümü bana zor gelir.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunla karşılaştığımda sorunu çözmek için, aklıma gelen ilk şeyi yapma eğilimindeyimdir.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunu çözerken kararlar alırım ve sonunda bunlardan mutlu olurum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Küçük ya da büyük olsun sorunlarımı çözmek için zaman ayırmam, her şeyi olurlarına bırakırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir soruna çözüm yollar düşünürken, tek tek her seçeneğin başarılı olma şansım göz önüne alarak değerlendirme yapmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunla karşılaştığım zaman, ondan sonraki adımın ne olacağına karar vermeden önce üzerinde düşünürüm.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Bir karar verdikten sonra, beklediğim sonuç ile gerçekleşen sonuç genellikle aynıdır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir karar verirken, seçenekleri karşılaştırırım ve her birinin diğerine göre sonuçlarını tartarım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunu çözmek için plan yaptığımda, bu planın işe yarayacağından oldukça emin olurum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Küçük ya da büyük olsun, bir sorunu düşünürken aklıma pek fazla seçenek gelmez.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Belli bir davranışın sonucunu tahmin etmeye çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunu çözmeye çalışırken sıklıkla başvurduğum bir yol, geçmişteki benzer sorunları düşünmektir.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Yeterli çaba gösterdiğimde ve zamanım olduğunda karşılaştığım bütün sorunları çözebileceğime inanırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Değişik bir durumla karşılaşsam da ortaya çıkabilecek sorunları halledeceğimden eminim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
Bir sorunu çözmek için uğraşırken, bazen körü körüne dolandığımı asıl konuya bir türlü ulaşamadığımı hissederim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

EK - 3**GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

Yrd. Doç. Dr. Hülya BİLGİN	İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Yrd. Doç. Dr. Meral KELLEÇİ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Doç. Dr. Perihan GÜNER	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Dr. Meral DEMİRALP	GATA Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Yrd. Doç. Dr. Dilek YILDIZ	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı Hemşireliği ABD- Van Asker Hastanesi Başhemşiresi
Uzm. Dr. Düzgün ŞİMŞEK	Van Asker Hastanesi Psikiyatrist
Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL	Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Yrd. Doç. Dr. Fahriye OFLAZ	GATA Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Arş. Gör. Dr. Semra KARACA	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
Arş. Gör. Dr. Nevin ONAN	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD

EK - 4

SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİ GELİŞTİRME PROGRAMI

GİRİŞ

Sorun çözmeye becerilerini geliştirme programı oldukça kısa, uygulaması kolay ve yararlı bir programdır. Bu program psikiyatrist, hemşire ve psikolog tarafından uygulanabilir.

Sorun çözmeye, yaşam sorunları nedeniyle gelişen duygusal bozuklukların önlenmesi ve tedavisinde kullanılan üç basamakta uygulanan kollabratif bir tedavi şeklidir. İlki, hastanın semptomları ile sorunları arasında ilişkinin kurulmasıdır. İkincisi, sorunların tanımlanması ve sınıflandırılmasıdır. Üçüncüsü ise, sorunların çözümünde yapılandırılmış bir yolun kullanılmasıdır.

Eğer bu yöntem kullanılacaksa hastanın üç önemli noktayı anlamaya ihtiyacı vardır. Bunlar:

1. Semptomların sorunlarıyla ilişkili olduğu;
2. Eğer sorunlarla baş edilirse, depresif semptomların önleneyeceği;
3. Sorunlarla ancak planlanmış ve yapılandırılmış bir yolla baş edilebileceği.

Bazı sorunların tamamen çözülmesi mümkün olmayabilir. Burada önemli olan hastanın sorunlarla baş etmeye başlamasıyla yaşamın kontrol edebilmesidir. Daha sonra sorun çözmeye yöntemlerini öğrenen hasta gelecekteki sorunlar ile de baş edebilecek ve böylece depresyonu önleyebilecektir. Tedavi kısa sürmesinden dolayı ekonomiktir, kolay uygulanabilir ve hastanın tedaviyi yürüten kişiye bağımlı olmasını önler.

SORUN ÇÖZME SEANSLARININ ORGANİZASYONU

Sorun çözüme tedavisinde programı uygulayan profesyonelle hasta arasında kurulan ilişki oldukça önemlidir. Tedavinin başlangıcında hastanın desteğe, motivasyona ve sorun çözüme yöntemlerini kullanması için cesarete ihtiyacı vardır. Bu nedenle güven ilişkisi ve empatinin rolü büyüktür.

Tedavi seanslarının sayısı tedavinin başlangıcında belirlenir. Depresif bozukluklar için 6 seans genellikle yeterli olur. Aynı zamanda hastaya tedavinin nasıl yapılacağı ve gerekçeleri ile ilgili bilgiler verilir. Bu seansların süresi bir saatten fazla olabilir. Gerekli durumlarda ilave seanslar uygulanabilir.

SORUN ÇÖZME ASAMALARI

Sorun çözüme 7 aşamadan oluşur. Bu aşamalar daha sonraki bölümlerde detaylı olarak açıklanmıştır.

AŞAMA 1: *Tedavi ve gerekçesinin açıklanması*

1. Duygusal semptomların belirlenmesi
2. Sorunların belirlenmesi
3. Sorun ve semptom arasında ilişkinin kurulması

AŞAMA 2: *Sorunların tanımlanması ve sınıflandırılması*

1. Açık ve anlaşılır bir forma sorunların listelenmesi
2. Büyük sorunları daha küçük ve yönetebilir bölümlere ayırma

AŞAMA 3: *Ulaşılabilir amaçların seçimi*

1. Amaçların belirlenmesi
2. Tedavinin sonunda ulaşılabilecek amaçların belirlenmesi

Amaçların Seçiminde Hastanın:

- Güçleri ve kaynakları
- Destek faktörleri ve ilişkileri
- Güçlükleri belirlenir.

AŞAMA 4: Çözümlerin Üretilmesi

1. Her bir sorunla ilgili olarak çözümler listelenir.
2. Hasta çözüm üretmesi için cesaretlendirilir.

AŞAMA 5: Hazırlanan Çözümlerden Birinin Seçimi

1. Dördüncü aşamada hazırlanan çözümler listesinden uygulanabilecek olan bir çözüm seçilir.
2. Çözümü uygulamak için her bir çözümün avantaj ve dezavantajları listelenir.
3. Kişinin kendisi, ailesi ve yakın çevresi için çözümlerin olası sonuçları tartışılır.

AŞAMA 6: Seçilen Çözümün Uygulanması

Bu aşamada çözümler açık ve net bir şekilde uygulama için hazır olmalıdır.

AŞAMA 7: Değerlendirme

Değerlendirme sorunların çözümünde amaca ulaşma durumunun ölçümüdür. Başarı, kısmen başarı ya da başarısızlık durumları olabilir. Eğer çözüme ulaşmada başarısız olunmuşsa, bunun nedenleri:

1. Yetersiz motivasyon
2. Gerçekçi olmayan amaçlar
3. Çözümlerin seçiminin uygun olmaması
4. Amaçlara ulaşma yolunun uygun olmaması olabilir.

Eğer çözüme ulaşma konusunda başarılı olunmuşsa, başarılı olmada etkili olan faktör belirlenmeli ve sonraki sorunun çözümünde bundan yararlanılmalıdır.

EK - 5

SORUN ÇÖZME EĞİTİMİ

BİRİNCİ BÖLÜM:

Bu eğitim aşamasının hedefleri;

Hastanın sorunlarını saptamak,

Sorun çözme programının prensiplerini ve gerekçelerini açıklamak,

Bir örnek olarak bir sorunu, sorun çözme yönteminin aşamalarına uyarlayarak hastaya göstermektir.

İlk aşamada en önemli bölüm hasta motivasyonunun sağlanmasıdır. Motivasyonun sağlanmasında önemli olan ilk kural hastanın özelliklerinin, güçlü ve zayıf yönlerinin tanımlanması ve sorun çözmeyi basit ve açık bir şekilde anlatarak bunu anlamasının sağlanmasıdır.

Sorun çözme eğitiminin bu aşamasında hastaya programın nasıl uygulanacağı ve ona nasıl yardım edileceği açıklanır. Hastanın ilk aşamada bütün bilgileri öğrenmesi mümkün olmayabilir. Burada önemli olan ana noktalarda anlaşabilmek ve sorun çözmenin nasıl yardım edeceğini hastanın anlamasıdır.

Aşama 1: Tedavinin Gerekçelerini Açıklama

Duygusal Semptomları Tanıma:

Burada hastanın yaşadığı duygusal semptomlar, bunların bireyi etkileme durumu ve derecesi belirlenir. Genel duygusal semptomlar irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, umutsuzluk, keder, yaşamdan zevk alamama, ağlamaklı konuşma ve depresif mood olarak sıralanabilir. Fiziksel semptomlar arasında iştahta değişim, yorgunluk, güçsüzlük, uyku bozukluğu, nonspesifik ağrı şikâyetleri yer alır.

Sorunu Tanımlama:

Hastanın sorunları belirlenir ve listelenir. Olası sorunlar listesinin kullanılması sorunların tanımlanmasına yardım eder.

Eşle ilişkiler

Çocuk, ebeveyn ve diğer aile üyeleri ile ilişkiler

Arkadaşlarla ilişkiler

İş

Para

Barınma

Sağlık

Yasal konular

Alkol ve madde

Boş zaman aktiviteleri

Sorunlar ve Duygusal Semptomlar Arasındaki İlişkiyi Kurmak:

Hastanın semptomları ile sorunları arasında ilişki kurması sağlanmalıdır. Hasta, yaşadığı semptomların nedeninin sorunları olduğunun farkına varmalıdır. Hastaya sorunlar çözümlendiğinde semptomlarında azalacağı ve kaybolacağı açıklanmalıdır. Ancak burada önemli olan gerçekçi beklentilerin belirlenmesi ve desteklenmesidir. Motivasyonu sağlamak için gerçekçi olmayan beklentiler desteklendiğinde sonuçta hasta umutsuzluk yaşar ve bu durum tedaviyi olduğu kadar hastanın yaşantısını da olumsuz etkiler. Bu noktada önemli olan hastanın tedavide aktif rol almasının gerekli olduğunu vurgulamaktır.

Aşama 2: Sorunu Tanımlama ve Sınıflandırma

Açık ve Anlaşılır Şekilde Sorunları Listelemek:

Burada listelenen sorunlardan hasta için önemli olan bir sorun seçilir. Seçilecek olan sorun çözülebilir ve sorun çözme yöntemleri kullanılarak amaca ulaşılabilir olmalıdır. Sorun mümkün olduğu kadar açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Sorunun anlaşılmasına şu sorular yardım eder:

Sorun ne?

Sorun ne zaman meydana geldi?

Sorun nerede meydana geliyor?

Sorun kimleri kapsıyor?

Sorunu Daha Küçük ve Yönetilebilir Bölümlere Ayırma:

Hasta sorunun "iş yaşamı" olduğunu söyleyebilir. Bu durumda, hasta ile görüşme derinleştirilmeli ve iş yaşantısı gibi geniş bir kavram küçük alanlara bölünmelidir. Hasta ile bu sorunlar birlikte incelenmeli ve bir ya da birkaç sorun baş etme yönünde seçilmelidir.

Aşama 3: Ulaşılabilir Amaçların Seçimi

Sorunlar tanımlandıktan ve sınıflandırıldıktan sonra gelecek aşama bir ya da daha fazla ulaşılabilir amacın seçimidir. Bu seçimde hastanın güçleri, kaynakları, destek faktörleri ve engellerinin belirlenmesi ve aralarında ki dengenin kurulması gereklidir.

Hastanın Kaynakları Şunları İçerir:

- Kişisel güçler ve değerler
- Eğitim, sosyoekonomik kaynaklar, hobiler
- Eş, arkadaş, ebeveyn ve yaşamında önemli olan diğer kişilerin desteği
- Kendine yardım grubu gibi destek faktörlerinin varlığı

Burada önemli olan ulaşılabilir amaçların seçilmesidir. Hasta çok çabuk sonuca ulaşma isteği ile uç amaçlar belirlemek isteyebilir. Bu duruma engel olunmalı ve amaçların aşama aşama belirlenmesi sağlanmalıdır.

Aşama 4: Çözümleri Üretmek

Ulaşılabilir ve gerçekçi amaçlar belirlendikten sonra sorunun genel olarak çözümlerinin listelenmesi yapılır. Burada akla gelen bütün çözümler yazılır. Beyin fırtınası gibi yöntemler kullanılabilir.

Aşama 5: Belirlenen Çözümlerden Uygun Olanın Seçimi

Hastadan her bir çözümün avantaj ve dezavantajlarını listelemesi istenir. Hasta her bir olası çözümün:

- Avantaj ve dezavantajlarını zaman, güç, para, duygusal etkilerini düşünerek yazmalıdır.
- Eş, çocuk ve yakın çevreye olan etkilerini yazmalıdır.

Alternatif çözümler içerisinde hasta uygun olan bir çözümü seçmelidir. Çözümün kişisel ve sosyal dezavantajları en az, amaca ulaşmayı en iyi sağlayacak şekilde seçimi yapılmalıdır. Bazı hastalar çözüm seçiminde kararı yalnız vermek istemeyebilir. Bazıları da çözümü seçmek için zamana ihtiyaç duyabilir. Bu gibi durumlar tanınmalı ve uygun yaklaşımlarda bulunulmalıdır.

Aşama 6: Belirlenen Çözümlerin Uygulanması

Bu aşamada acele etmemek gereklidir. Çünkü belirlenen çözümü uygulamak için hasta güven yetersizliği yaşayabilir. Bu nedenle çözüm aşama aşama planlanmalıdır. Çözümün alt aşamaları açık ve net yazılmalıdır. Rol yapılarak uygulanmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM:

Bu Seansın Hedefleri;

Sorun çözme becerilerini geliştirmesi ve kullanması için hastayı destekleme ve cesaretlendirmek,

Hastanın gelişim sürecini izlemek.

Tedavinin erken dönemlerinde içe kapanıklık, umutsuzluk gibi duygusal durumlar hastanın sorun çözme yeteneğine engel olabilir. Bu nedenle hasta çok iyi gözlenmeli, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalıdır. Sıklıkla hastalar çözüm üretme ve sürecin ilerleyen aşamalarına uyum konusunda güçlük yaşayabilirler. Tedaviye uyumun sağlanması ve baş etme konusunda bilgiye ihtiyaç duyarlar.

Aşama 7: Değerlendirme

Bu eğitim aşamasında hastanın gelişimi değerlendirilmelidir. Hastanın başarılı olduğu konular hakkında olumlu geri bildirimde bulunulmalıdır. Hastanın soruları ve güçlükleri tartışılmalıdır. Eğer güçlükleri varsa nedenleri tartışılmalı ve incelenmelidir. İncelemede şu sorular sorulmalıdır:

- Amaç açıkça tanımlanmış mı?
- Amaçlar gerçekçi mi?
- Planların dışında yeni engeller çıktı mı?
- Aşamalardaki güçlükleri aşmak için çalışıldı mı? Değilse neden?

Eğer ilk sorun çok güç bulunursa daha basit bir sorun ele alınabilir. Bu değişiklik orijinal sorunun önemsiz ya da çözülemeyecek olduğunu göstermez. Burada önemli olan hastanın yaşamında kontrol duygusunu kazanabilmesi için yapılabilecek bir sorunun çözülmesidir. Bu şekilde hastanın diğer sorunları algılaması da değişir.

Hasta kendi çözümleri ile kendi amaçlarına ulaşırsa motivasyonu daha da artar. Hasta amaçlarına ulaşma konusunda başarılı olursa kendini ödüllendirme yöntemi kullanılmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

Orijinal sorun incelenmeli ve süreç tartışılmalıdır.

- Herhangi bir kişisel soruna odaklanma konusunda yeterince güçlü mü?
- Herhangi yeni amaçlar belirlenmeli mi?

Burada hastaya tedavi süresi açıklanmalıdır. Süre fazla olursa hastada tedaviye bağlılık gelişebilir. Süre kısa olursa amaca ulaşılmayabilir. Bu nedenle arada bir denge olmalı, ortak noktalarda buluşulmalıdır. Sorun çözme yönteminin yalnızca o anda yaşanan sorunların çözümünde değil gelecekte de kullanılabileceği vurgulanmalıdır. Eğer hasta amaca ulaşırsa kendine olan güveni ve tedaviye olan inancı artar.

EK - 6

SORUN ÇÖZME BASAMAKLARI UYGULAMA REHBERİ

1. Durumu değerlendir, sorun nedir?

.....
.....

2. Sorunun çözüm yolları nelerdir? (I, II, III)

3. Çözüm yollarını avantaj ve dezavantajlarıyla değerlendir. En uygun çözümü seç ve uygulamayı plânla.

(I).....

.....

Avantajlar

Dezavantajlar

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(II).....

.....

Avantajlar

Dezavantajlar

.....
.....

.....
.....

(III).....

.....

Avantajlar

Dezavantajlar

.....
.....

.....
.....

4. Çözüme ulaşmak için hangi kaynaklara ihtiyaç olacak, bunları nasıl sağlanacak?

.....
.....

5. Seçtiğin çözümü uygulamak için bir zaman belirle ve bunu YAP!

.....
.....

EK - 7

ETİK KURUL ONAYI

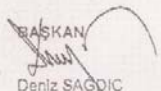
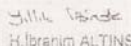
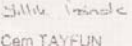
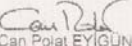
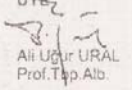
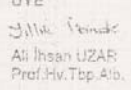
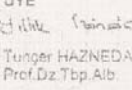
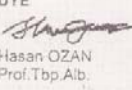
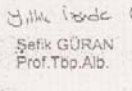
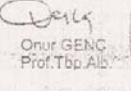

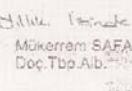
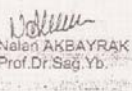
T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 137
OTURUM TARİHİ : 12 Ağustos 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tıp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 12 Ağustos 2009 günü yapılan 137. oturumunda, GATA Komutan Bilimsel Yardımcılığının 31 Temmuz 2009 tarihli EĞT.OĞT.:1410-135-09/Mez.Son(1648) sayılı ve "Araştırma İzni" konulu yazısı

İlgili yazı ile GATA Etik Kuruluna gönderilen ve Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bölümünde doktora eğitimine devam eden, Van Asker Hastanesi'nde görevli Svl. Me. Hemşire Savaş MERSİN'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Depresyon tanısı alan Hastalarda Grup Toplantılarının, Problem Çözme, Benlik Algısı ve İletişim Becerilerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

<p>BAŞKAN  Deniz SAĞDIÇ Prof.Dz.Diş Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  H.İbrahim ALTINSOY Prof.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Cem TAYFUN Prof.Dz.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Can Polat EYİĞÜN Prof.Hv.Tıp.Alb.</p>	
<p>ÜYE  Ali Uğur URAL Prof.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Ali İhsan UZAR Prof.Hv.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Tuncer HAZNEDAROĞLU Prof.Dz.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Hasan OZAN Prof.Tıp.Alb.</p>	
<p>ÜYE  Şafik GÜRAN Prof.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Onur GENÇ Prof.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Adnan ATAÇ Doç.Dr.Ecz.Alb.</p>	<p>ÜYE  Mükerrrem SAFALI Doç.Tıp.Alb.</p>	<p>ÜYE  Nalan AKBAYRAK Prof.Dr.Sağ.Yb.</p>

EK - 8

KURUM İZİNİ

TSK SAĞ. : 1410-64929-06/Personel D.Per.P.ve Eğl.Ş. 26 Eylül 2009

KONU : Araştırma izni

TSK SAĞLIK HİZMETLERİ KOMUTANLIĞINA

İLGİ : (a) TSK Sağ.Hiz.K.lüğünün 07 Temmuz 2009 tarihli, TSK SAĞ.1040-61499-06/E.ken Bşk.lığı Per.Ş. sayılı ve "Tez Çalışma İsteği Hakkında" konulu yazısı.

(b) GATA K.lüğünün 15 Eylül 2009 tarihli, HRK.1410-27098-09/(Mzn.S.Ö.)1611 sayılı ve "Araştırma izni Hk." konulu yazısı.

1. Van Asker Hastanesi Baştaibiğinde görevli Svl.Ms.Sevinc MERSİN (1966-100)ln. Van Asker Hastanesinde tez çalışması yapma talebi TSK Sağ.Hiz.K.lüğince uygun bulunarak İlgİ (a) ile bildirilmiştir.

2. MY.13-3 TSK Akademik Yayın ve Tez-Proje-Araştırma İşleri Yönelgesi gereği GATA K.lüğünde incelenen tez çalışmasının, Van Asker Hastanesinde yapılmasını uygun bulunduğu İlgİ (b) ile bildirilmiştir.

Arz ederim.

TSK SAĞLIK KOMUTANI EMRİYLE

İMZA:

Dur. SUDAŞI
Kumsey Albay
TSK Sağ.K.lığı Kur.Bşk.

EK – 9

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu çalışmaya katılmak için karar vermeden önce sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir. Yine de bu konuya ilişkin sorunuz olduğu takdirde lütfen bu çalışmayı yapan kişiyle görüşmekten çekinmeyiniz.

Bu araştırma, depresyon tanısı konan erkek hastalarda sorun çözme eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla haftada üç gün altmış dakika toplam her bir hasta için iki haftalık bireysel eğitim programı ile uygulanacaktır.

Eğitim programı sırasında size ait bilgilerin sorulduğu “Kişisel Bilgi Formu” ve sorun çözme durumlarınızı değerlendiren “Sorun Çözme Ölçeği” uygulanacaktır. Çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgi almak isterseniz aşağıdaki numarayı arayabilirsiniz:

Uzman Hemşire Sevinç MERSİN Tel:6268

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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 (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri 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 vermeme 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.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel .-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi: Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi: Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SEVİNÇ	Soyadı	MERSİN
Doğum Yeri	MUĞLA	Doğum Tarihi	01.01.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	25069276142
E-mail	sevinc_bilgehan@yahoo.com	Tel	0 432 2220244 /6239

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği AD .	2004
Lisans	Başkent Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2000
Lise	TSK Sağlık Meslek Lisesi	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Klinik Hemşiresi	Van Asker Hastanesi Psikiyatri Servisi	Şubat 2007-.....
2.Klinik Hemşiresi	GATA Haydarpaşa Eğt. Hst. Psikiyatri Servisi	Temmuz 2006-Şubat2007
3.Klinik Hemşiresi	Ankara GATA Psikiyatri Servisi	Temmuz 1996- Eylül 2002
4.Klinik Hemşiresi	Ankara GATA Ortopedi Servisi	Temmuz 1995-1996

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
ingilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	66.250							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	52.637	53.637	54.637
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Excel	Orta
Microsoft PowerPoint	İyi

YAYINLAR

1. MERSİN S, OFLAZ F, SEKMEN K. (2004). Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin klinikte yatan kanser hastalarının depresyon ve anksiyete tanıma durumlarının incelenmesi. *Hastane ve Yaşam Dergisi*, cilt1, sayı 2, s: 64-71.
2. SİPAHİ A, ACI A, BAYRAKTAR B, ŞİŞMAN A. D, MERSİN S. (2005). Hastane ortamının hasta psikolojisi üzerine etkisi, 4. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, Ordu, s: 280.