

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

**(DOKTORA TEZİ)**

**DEPRESYONLA BAŞ ETMEDE MARJORY GORDON'UN  
FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNİN  
ETKİNLİĞİ**

**MÜNİRE TEMEL**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. YASEMIN KUTLU**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2015**

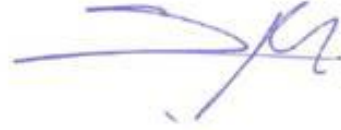
## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Münire Temel tarafından hazırlanan "Depresyonla Baş Etmede Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği" başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

11 / 02 / 2015

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) \_\_\_\_\_ İmzası  
 1.Prof.Dr.Sevim BUZLU İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Doç.Dr.Yasemin Kutlu ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Hülya Bilgin (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Neslihan Keser Özcan (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Makbule Batmaz Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi



**BEYAN**

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

Münire TEMEL



## İTHAF

*Biricik çocuklarım Ata ve Can'a ithaf ediyorum...*

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında benimle bilgi ve deneyimini paylaşan, katkılarıyla bana rehberlik eden Tez Danışmanım Doç. Dr. Yasemin Kutlu'ya,

Tez projesine bilgi, deneyim ve düşünceleri ile yol gösteren Prof. Dr. Çaylan Pektekin, Doç. Dr. Hülya Bilgin, Doç. Dr. Neslihan Keser Özcan'a,

Akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu, Doç. Dr. Leyla Küçük, Yard. Doç. Dr. Sevil Yılmaz ve anabilim dalındaki tüm arkadaşlarıma,

Tez sürecinde akademik bilgi ve becerisiyle bana her zaman katkı sağlayan arkadaşım Fatma Nevin Şişman'a, deneyimlerini paylaşan ve beni motive eden arkadaşım Nur Elçin Boyacıoğlu'na,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim Tekirdağ Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği çalışanlarına, klinikte yatan ve çalışmama katılan tüm hastalara,

Tez sürecimde bana maddi, manevi desteğini sunan aileme, eşime ve sabır gösteren çocuklarıma çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	XI
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. DEPRESYON .....	5
2.1.1. Depresyonun Tanımlanması .....	5
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3. Depresyonun Etyolojisi.....	10
2.1.4. Depresyonda Görülen Belirti ve Bulgular .....	12
2.1.5. Depresyon Tedavisi.....	14
2.1.6. Depresyonda Gidiş ve Sonlanış .....	16
2.1.7. Depresyonda Hemşirelik Bakımı .....	17
2.2. DEPRESYONLA BAŞ ETME .....	20
2.2.1. Baş Etme ve Baş Etme Tutumları .....	20
2.2.2. Baş Etmeyi Etkileyen Etmenler .....	22
2.2.3. Baş Etmenin Ruh Sağlığı ve Depresyon İle İlişkisi .....	23
2.3. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANMA .....	27
2.3.1. Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli.....	28
2.3.1.1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Süreci.....	29
2.3.1.2. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Özellikleri .....	33
2.3.1.3. Modelde Yer Alan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Tanımları.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni .....	37
3.2. Araştırmanın Değişkenleri .....	37
3.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	37
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	38
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	39
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları .....	40
3.7. Araştırma Süreci .....	42
3.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	47
3.9. Verilerin Analizi .....	47
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri .....	48
4. BULGULAR .....	49
4.1. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri .....	49
4.2. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ, BUÖ, DBÖÖ'nin Ön Test, Son Test ve İzlem Puanları İle İlgili Bulgular .....	52
5. TARTIŞMA .....	56
5.1. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması .....	56
5.2. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ, BUÖ, DBÖÖ'nin Ön Test, Son Test ve İzlem Puanları İle İlgili Bulguların Tartışılması .....	60
6. SONUÇLAR .....	73
7. ÖNERİLER .....	76
8. KAYNAKLAR .....	77
9. FORMLAR .....	96
10. ETİK KURUL KARARI .....	140
11. İZİNLER .....	141
12. ÖZGEÇMİŞ .....	144

**TABLolar LİSTESİ**

Tablo 3.1: Deney Grubunun FSÖM'ye Göre Belirlenen Hemşirelik Tanıları (N=34) ..	44
Tablo 3.2: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistikî Analizler .....	48
Tablo 4.1: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri (N=68).....	50
Tablo 4.2: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem Depresif Belirti ve Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlik Düzeyleri (N=68).....	52
Tablo 4.3: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=68).....	53
Tablo 4.4: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=68).....	54
Tablo 4.5: Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem DBÖÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=68).....	55



**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 3.1:Araştırmanın Uygulama Şeması.....	46
---	----

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

- DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü (*World Health Organization-WHO*)
- NANDA-North American Nursing Diagnosis Association (*Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Birliği*)
- ICD- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (*Uluslararası Hastalık Sınıflaması*)
- DALY- Disability Adjusted Life Years (*İşlevsizliğe Adapte Edilmiş Yaşam Yılları*)
- YLD- Years Lost with Disability (*Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları*)
- DSM- Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*)
- BUÖ – Beck Umutsuzluk Ölçeği (*Beck Hopelessness Scale-BHS*)
- BDÖ- Beck Depresyon Ölçeği (*Beck Depression Inventory BDI*)
- DBÖÖ- Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlik Ölçeği (*Depression Coping Self-Efficacy Scale-DCSES*)
- FSÖM- Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli (*Functional Health Pattern Model-FHPM*)
- ECA- Epidemiologic Catchment Area (*Amerikan Epidemiyolojik Alan Çalışması*)
- NCS- National Comorbidity Survey (*Amerikan Ulusal Eştanı Çalışması*)
- ESEMeD- The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (*Avrupa Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Çalışması*)
- SPSS- Statistical Package For Social Science (*Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi*)
- EKT- Elektrokonvulsif Terapi (*Electroconvulsive Theraphy-ECT*)

## ÖZET

Temel, M. (2014). Depresyonla Baş Etmede Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma depresif hastaların depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede özyeterliliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek amacıyla öntest son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü araştırma deseninde gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini bir devlet hastanesi psikiyatri kliniğinde yatmakta olan 18-65 yaş arası çalışmaya katılmayı kabul eden 68 depresif hasta oluşturdu. Çalışmanın verileri Hasta Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlilik Ölçeği kullanılarak toplandı.

Deney ve kontrol grubuna uygulanan ön test sonrasında deney grubuna Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımı uygulandı. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadı. Deney ve kontrol grubuna taburculukta sontest ve taburculuktan 3 ay sonra izlem testi uygulandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı (ortalama, standart sapma, minimum-maksimum, yüzde) ve karşılaştırmalı istatistiksel yöntemler (Mann-Whitney U Testi, Kikare Testi, Bağımsız Gruplarda T Testi, Friedman Testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi) kullanıldı.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımı öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlilik Ölçeği puanları arasında anlamlı fark olmayıp gruplar birbirine benzerdi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test ve izlemde Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Deney ve kontrol grubundaki hastaların son test Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmazken ( $p>0,05$ ), 3 ay izlemde anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ).

Sonuç olarak, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin depresyonla baş etmede etkili olduğu bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda farklı örneklem gruplarıyla yeni araştırmalar yapılmasının ve depresyon hastalarıyla çalışan hemşirelerin hasta bakımında Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelini kullanmasının önemli olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: depresyon, depresyonla baş etme, hemşirelik süreci, psikiyatri hemşireliği, Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli.

## ABSTRACT

Temel M. (2015). The Efficacy of Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model in Coping with Depression. Istanbul University Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Doctoral Dissertation, Istanbul.

This study has been carried out on repetitive measurement research design with pre and post-test control groups in order to determine the effectiveness of the nursing care approach based on Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model in the reduction of depressive symptoms, improvement of self-efficacy in coping with depression and increase of hope in depressive patients.

The study sample group was formed of 68 depressive patients in the 18 to 65 age group who accepted to participate in the study who during their time a an inpatient at the psychiatry clinic of a state hospital. Study data was collected using Patient Information Form, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale and Depression Coping Self-Efficacy Scale.

Following the preliminary test applied on the experiment and control groups, the experiment group was subject to nursing care based on Functional Health Patterns Model. No further intervention was performed on the control group. Both experiment and control groups underwent a post-test at time of discharge and an follow-up test three months after discharge. Complimentary (mean, standard deviation, minimum-maximum, percentage) and comparative statistical methods (Mann-Whitney U Test, Chi-Square Test, Friedman Test, T-Test on independent groups, Wilcoxon Signed Rank Test) were used to analyse data.

The personal characteristics, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale and Depression Coping Self-Efficacy Scale scores of patients in the experiment and control group were similar and not statistically different before implementation of nursing care based on Functional Health Patterns Model. In the post-test and follow-up of patients in the experiment and control group, a significant difference was found from the comparison of Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale total scores ( $p < 0.05$ ). While the difference in post-test Depression Coping Self-Efficacy Scale average scores of patients in the experiment and control group were not statistically different, there was a significant difference in the 3 month follow-up ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, Functional Health Patterns Model was found to be effective in coping with depression. In light of the results obtained from the study, there is a need to conduct new studies with different sample groups and that it is important for nurses working with depression patients to use Functional Health Patterns Model in patient care.

**Key words:** depression, coping with depression, nursing process, psychiatric nursing, Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon ruhsal hastalıklar içinde en sık görülen, uzun süreli atakları olan, kronikleşme ve yineleme oranları yüksek, intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturan, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti yitimine yol açan, sosyal ve ekonomik maliyeti yüksek bir hastalık olarak önemli bir halk sağlığı sorunudur (Özdemir ve Rezaki 2007; Kaya ve Kaya 2007; Moussavi ve ark. 2007; Lazarou ve ark. 2011; WHO 2012; Sato ve Yeh Lieh 2013).

Hastalığın birey ve ailesinin yaşam kalitesinde yol açtığı önemli bozulmalar ve sıklıkla diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklara eşlik etmesi, depresyonda koruyucu etmenlerin ve depresyonla mücadelenin önemini bir kez daha artırmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008; WHO 2012).

Günümüzde dünya genelinde yaklaşık 350 milyon kişi depresyondan etkilenmektedir. Dünya Ruh Sağlığı Çalışması (2004)'nda, ortalama yirmi kişiden birinin geçen bir yıl içinde bir depresyon atağı geçirdiği ifade edilmektedir (WHO 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün, Küresel Hastalık Yüğü araştırmasına göre, işlevsizliğe adapte edilmiş yaşam yılları (Disability Adjusted Life Years - DALY) değerlendirildiğinde 2004 yılında depresyon üçüncü sırada iken, 2020 yılında ikinci sıraya yükseleceği, 2030 yılında ise depresyonun hastalık yükünün en önemli belirleyicisi olacağı öngörülmektedir (WHO 2012).

Bu nedenle, DSÖ, tüm toplumları etkilemesi, giderek yaygınlaşması ve oluşturduğu küresel hastalık yükündeki artış nedeniyle depresyona büyük önem vermekte, depresyonu önleme ve tedavisine yönelik bireysel, toplumsal ve ulusal çaplı çalışmalar yapılmasını vurgulamaktadır. Bu amaçla 2012 yılı dünya ruh sağlığı günü temasını depresyona ayırmış ve küresel bir kriz olarak nitelendirdiği depresyonla mücadelenin önemine dikkat çekmiştir (WHO 2012).

Ülkemizde ruhsal hastalıkların etkilerini görmemizi sağlayan önemli çalışmalardan biri olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında (1998) 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4; distimik bozukluk ve yineleyici kısa depresif bozukluk yaygınlığı % 1,6 olarak bulunmuştur (Erol ve ark. 1998). Yine Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda (2004), Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının (Years Lost with Disability-YLD) nedenleri

arasında unipolar depresif bozukluklar kadınlarda % 10,7 ile birinci sırada, erkeklerde % 6,4 ile ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir (Ünüvar ve ark. 2004).

Depresyon tedavi edilebilen bir hastalık olmakla birlikte, hasta ve yakınları tarafından hastalık olarak algılanmaması, sağlık personelleri tarafından yeterince tanınmaması, psikiyatri dışı alanlarda çare aranması, tedaviye ulaşılamaması ve damgalanma korkusu gibi nedenlerle hastaların büyük çoğunluğu tedavi alamamaktadır (Williams ve Hagerty 2005; Maxwell ve Pratt 2008; Mitchell ve Kakkadasam 2011; Sato ve Yeh Lieh 2013). Zamanında tedavi edilmemesi veya yetersiz tedavi ise hastalığın kronikleşmesi ve yinelemesine neden olmaktadır (Türkçapar 2011; WHO 2012).

Depresyon tedavisi yaygın olarak ilaç tedavisine dayanmakta, bununla birlikte farklı psikoterapi teknikleri de kullanılmaktadır (Yalom ve Glick 2006; Leahy ve Holland 2009). Hastalığın aile ve yakın çevresi üzerindeki etkileri göz önünde tutulduğunda depresyonda tedavi ve bakımın çok yönlü olması gerektiği görülmektedir. Özellikle hastalığın ortaya çıkışında, devamında ve yinelemesinde rolü olan baş etme eksiklikleri önemle ele alınmalı, bireyler tedavi sırasında ve tedaviden sonraki süreçlerde baş etme yetilerini geliştirmeleri açısından desteklenmelidir (Yalom ve Glick 2006; Jones 2007; Stuart 2009; Albal 2009).

Bireylerin yaşamlarında karşılaştığı stres kaynaklarını, olumsuz olay ve koşulları ortadan kaldırması çoğu zaman mümkün olmadığından bu durumlar karşısında baş etme gücünü arttırmak önemlidir (Oktan 2012). Sorunlarla etkin bir şekilde baş edebilme bireylerin hem bedensel, hem de ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etki oluşturur (Aldwin 2007; Sağbaş 2009). Son zamanlarda depresyonla ilgili yapılan çalışmalar depresyon ve baş etme ilişkisine dikkat çekmektedir. Bu çalışmalarda bireyin baş etme süreçleri ve kaynaklarının depresyonun gelişmesi ve devam etmesinde önemli bir rol oynadığı, etkili baş etme tutumları gösteremeyen bireylerde depresif semptomların daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Wang ve Patten 2002; Kraaij ve ark. 2002; Park 2007; Neese ve ark. 2013).

Bireyi bir bütün olarak ele alan hemşirelerin, hastaya rehberlik etmek, destek olmak ve öğretmek yoluyla bireyin yaşadığı sorunlarını doyumlu bir şekilde çözümlenme ve sorunlarıyla baş etme yeteneğinin gelişmesinde önemli rolleri bulunmaktadır (Hofling ve ark. 1982). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Birliği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) bireyin baş etme yetisini hemşirelik açısından önemli bir kavram olarak görmekte ve bireyin ve ailesinin baş etmede gösterdiği

yetersizliği hemşirenin ele alması gereken önemli hemşirelik tanıları olarak kabul etmektedir (Kelleci 2004; Carpenito Moyet 2005).

Geliştirdiği model ile birlikte hemşirelik tanısıl sınıflamasının öncüsü kabul edilen Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli (FSÖM) (1982), hemşirelik sürecini uygulamada veri toplamayı standardize eden ve hemşirelik tanısı belirlemeyi kolaylaştıran bir yapıdadır. Model sağlığı, yaşamın kalitesine ve insanın potansiyel başarısına yardımcı olan birbiriyle ilişkili onbir fonksiyonel sağlık örüntüsüyle tanımlar ve sağlıklı/hasta bireyi bütüncül bakış açısıyla görür (Krozy ve McCarty 1999; Gordon 2003; Birol 2008). Bireyin sağlık durumunu ve yaşam şeklini biyolojik, psikososyal ve spiritüel fonksiyonlarıyla birlikte gözden geçirme imkanı sağlayarak, tüm gereksinimlerine odaklaşmayı kolaylaştırır (Gordon 1998; Pektekin 2013). Birey sadece problemleriyle değil, problemleriyle baş etme becerileri açısından da değerlendirilir (Birol 2008). Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli tüm bu yönleriyle hemşirelikte kritik düşünmeyi ve terapotik karar verme becerisini geliştirmeye olanak sağlar ve hemşirelik bakımına yön verir (Krozy ve McCarty 1999).

Günümüzde FSÖM, Asya, Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika'da çeşitli uzmanlık alanlarında çalışan hemşireler arasında bakım verdikleri bireylerin gereksinimlerini belirlemede yaygın olarak kullanılmaktadır (Gordon 2003). Yine uluslararası literatür incelendiğinde, modelle ilgili birey, aile ve topluma yönelik hemşirelik değerlendirmesini içeren farklı çalışmaların (Gikow ve Kucharski 1987; Decker ve Knight 1990; Nettle ve ark. 1993; Krozy ve McCarty 1999; Fernandez Sola ve ark. 2012; Sheerin ve ark. 2012) olduğu görülmüştür. Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında kuram/model kullanımı yakın zamanda başlamış olup, henüz çok yaygın değildir (Ekim ve ark. 2012; İnan şengün ve ark. 2013). Bunlar içinde Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak fiziksel hastalığı bulunan hastalarda (Kömürcü ve ark. 1999; Dal 1999; Dal ve Yava 1999; Hatipoğlu ve ark. 2003; Yılmaz ve Çiftçi 2010; Gürler ve Yılmaz 2011), yaşlı bireylerde (Güler ve ark. 2012; Gümüş Babacan ve ark. 2012) ve psikiyatri hastalarında yapılan (Sabancıoğulları ve ark. 2011) tanımlayıcı özellikteki çalışmalar modelinin bireylerin sağlık sorunlarını bütüncül olarak değerlendirmede yararlı olduğunu belirtmektedir. Modele dayalı hemşirelik değerlendirmesi ve girişimlerinin uygulandığı kadın sağlığı alanındaki yapılmış iki girişimsel çalışmada ise hastalarda olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Candan 2012; Erbaş

2013). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğine y6nelik tanımlayıcı 7alışmalar olmasına (Sabancıoğulları ve ark. 2011) rağmen deneysel 7alışmalar bulunmamaktadır.

Bu nedenle Fonksiyonel Sağlık 6r6nt6leri Modelinin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğindeki etkinliğini değerlendirmeye dayalı daha fazla 7alışmaya ihtiya7 bulunmaktadırd. Bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal s6re7lerini kapsamlı değerlendirebilen bu modelin, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde bakımı y6nlendirmede kullanılabileceği, 7ok y6nl6 bakıma ihtiya7 duyan depresyon hastalarının sağlık durumunun b6t6nc6l olarak tanımlanması, sorunlarının saptanması, bakım gereksinimlerinin karşılanması ve depresyonla baş etmelerinde yardımcı olacağı d6ř6n6lmektedir.

Bu araştırma, depresif hastaların depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede 6zyeterliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık 6r6nt6leri Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek amacıyla ger7ekleştirildi.



## 2. GENEL BİLGİLER

Depresyon, günümüzde her insanda görülebilecek, bireyin kendisi için önemli bir şeyi yitirmesiyle ortaya çıkan hüznün halini anlatan normal bir duygulanım olarak, hüznün ve mutsuzluğun hakim olduğu duygudurumu anlatan ve bir çok rahatsızlığa eşlik eden bir ruhsal belirti olarak ve belli bir grup belirtiliyle seyreden, bazen döngüsel bir özellik gösteren bir ruhsal hastalık olarak üç farklı durumu anlatmak için kullanılmaktadır (Türkçapar 2009). Bu yönüyle literatürde bazen bir semptom, sendrom, emosyonel durum, reaksiyon veya klinik durum olarak, bazen de hafif, orta ve ciddi seviyelerde seyredilen ve psikotik özellikleri de içerebilen bir ruhsal bozukluk olarak yer almaktadır (Shives 2008; Öztürk ve Uluşahin 2008; Stuart 2009). Depresyon aynı zamanda bireyin baş etme becerilerinin yetersiz kaldığı zaman ortaya çıkan bir bozukluk olarak ta ifade edilmektedir (Jones 2007; Stuart 2009).

### 2.1. DEPRESYON

#### 2.1.1. Depresyonun Tanımlanması

Depresyon eski çağlardan beri bilinen bir hastalıktır (Kaya 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008; Stuart 2009). Ruhsal rahatsızlıklar içinde en eski tanımlananlardan biri olup, tarih öncesi zamanlara ait efsane ve öykülerde depresyon benzeri tablolardan bahsedilmektedir. M.Ö. 400 yıllarında Hipokrat ‘melankoli’ adıyla bugünkü depresyona benzer bir durumu tanımlamış, Antik Yunanda da depresyon bugünkü anlamına yakın şekillerde kullanılmıştır. 19. yüzyılda Delasiavve, bireyin fizyolojik ve ruhsal anlamdaki işlev düşmesini tanımlamak için depresyon terimini ilk kullanan kişilerden biridir. Falret ‘folie circularie’ ifadesi ile depresyon ve maninin birbiriyle ilişkili iki rahatsızlık olduğunu, Kraepelin ‘manik depresif psikoz’ adını verdiği tabloyla depresyon ve maninin tek bir hastalığın farklı aşamaları olduğunu söylemiştir. 20. yüzyılda Leonhard ve arkadaşlarının depresyon görülen durumları monopolar ve bipolar terimleri ile açıklamasının ardından, günümüzde yineleyici depresif atakları tanımlamada unipolar, depresyon ve mani ataklarının görüldüğü durumlar için de bipolar ifadeleri kullanılmaya başlanmıştır (Türkçapar 2009).

Depresyon terim olarak, ruhsal anlamda bilişsel, affektif, vejetatif ve somatik alanlarda görülen bir çökme durumunu tanımlamakta ve dilimizde kelime anlamı olarak

‘çökkünlük’ şeklinde ifade edilmektedir (Doksat 2003). Çökkünlük, derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı bir duygudurmla birlikte, düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve durgunlaşma ile beraber değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir durumdur. Çökkün duygudurumdaki kişinin günlük yaşamında üzüntü, elem ve hüzn duygusu egemendir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin 2013 yılında yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Sürümüne göre (Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Disorders-DSM-V) ruhsal hastalıklar içinde ‘Depresyon Bozuklukları’ adı altında ayrı bir tanı grubu bulunmaktadır. Bu grup içinde ‘Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu, Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi), Aybaşı Öncesi (premenstrüel) Disfori Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu ve Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu’ tanıları yer almaktadır (Amerkan Psikiyatri Birliği 2013).

DSÖ’nün, Uluslararası Hastalık Sınıflamasının onuncu sürümü (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10-ICD 10)’ne göre depresif rahatsızlıklar ‘Duygudurum (Duygulanım) Bozuklukları’ başlığı altında yer almıştır. Bu grupta bulunan Depresif Nöbet tanısı hafif, orta, şiddetli ve ağır olarak sınıflanmış ve bedensel belirti içerip içermemesine ve psikotik belirti olup olmamasına göre de isimlendirilmiştir. Atipik Depresyon, Maskeli Depresyon ve Yineleyici Depresif Bozukluk tanıları da bulunmaktadır. Ayrıca ‘İnatçı Duygudurum Bozuklukları’ sınıfında ‘Distimik Bozukluk’ Başka Duygudurum Bozuklukları’ başlığı altında da ‘Yineleyici Kısa Depresif Bozukluk’ tanıları yer almaktadır (WHO 1993; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Depresyon, ortaya çıkaran nedenlere göre birincil ve ikincil olarak ta sınıflandırılmaktadır. Birincil depresyon; bedensel ya da ruhsal başka bir hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkabilen depresyonu tanımlar. İkincil depresyon; bedensel ya da ruhsal başka bir hastalığa ilave olarak gelişen depresyonu ifade eder (Öztürk ve Uluşahin 2008; Türkçapar 2009).

Günümüzde major depresif bozukluk, yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerinde en fazla bozulma yaratan hastalıklardan biri olarak görülmektedir (Yalom ve Glick 2006;

Sobocki ve ark. 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008; Aydemir ve ark. 2009; Stuart 2009). Benzer şekilde eşikaltı depresyon olarak kabul edilen diğer depresif bozukluklar da major depresif bozukluğa yol açabilmesi, intihar riskini artırması ve işlevsellikte oluşturduğu kayıplar nedeniyle önemle üzerinde durulması ve tedavi edilmesi gereken rahatsızlıklar olarak kabul edilmektedir (Aslan Akın ve ark. 2012).

### **2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi**

Günümüzde depresyon tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği sorunlar nedeniyle hastalığın görülme sıklığı giderek artmaktadır (Kaya 2007; Kaya ve Kaya 2007; Stuart 2009). Gerek toplum taramaları, gerekse birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalar, depresyonun düşünüldüğünden daha yaygın olduğunu, hatta tüm hastalıklar içinde en yaygın görülen hastalıklardan biri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle son yıllarda depresyona yönelik epidemiyolojik çalışmalarda artış olmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2008; Sato ve Yeh Lieh 2013).

Araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişik yaygınlık oranları bildirilmekle birlikte genel depresyon yaygınlığını % 9-20 arasında olduğu kabul edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Major Depresyon için kadınlarda yaşam boyu yaygınlık % 10-25, erkeklerde % 5-12 (Köroğlu ve Güleç 2007; Leahy ve Holland 2009; Türkçapar 2009), nokta yaygınlık kadınlarda % 5-9, erkeklerde % 2-3 olarak bildirilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Myers ve ark. (1984)'nin yaptığı epidemiyolojik alan çalışmasına göre (Epidemiologic Catchment Area-ECA) göre altı aylık major depresif bozukluk yaygınlığı kadınlarda % 4,1- 4,6, erkeklerde % 1,7- 2,2 olarak bulunmuş, Regier ve ark. (1988) tarafından yapılan ECA çalışmasında ise bir aylık yaygınlığın % 1,7- 2,4 olduğu bulunmuştur. Daha sonra 1994 yılında yapılan Ulusal Komorbidite Çalışmasında (National Comorbidity Survey-NCS) major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 17,1 ve 12 aylık yaygınlığı % 10,3 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark. 1994). Bu çalışmanın 2001-2003 yıllarında yapılan tekrarında ise major depresif bozukluğun yetişkinlerde yaşam boyu yaygınlığının % 16,6, 12 aylık yaygınlığının % 6,7 olduğu ve en yaygın görülen ruhsal bozukluk olduğu tespit edilmiştir (Kessler ve ark. 2003).

Birinci basamak hizmetlerde yapılan çalışmalarda her beş kişiden birinde depresif semptomlara rastlanmaktadır (Stuart 2009; Shives 2008; Varcarolis ve Halter 2009). Dünya Sağlık Örgütü ile ortaklaşa yürütülen ve 14 ülkede yapılmış “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasına göre (1995), temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluk % 10,4 ile depresyon olmuştur (Rezaki 1995).

Dünya Bankası ve DSÖ işbirliğinde 18 ülkede yapılan Dünya Ruh Sağlığı Araştırmasına (2002) göre, 12 aylık Major Depresyon yaygınlığı gelişmiş ülkelerde % 5,5 ve gelişmekte olan ülkelerde % 5,9 olarak bulunmuştur (Kessler ve Üstün 2004).

Avrupa’da altı ülkede yapılan The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-ESEMeD projesi (2000) kapsamındaki çalışmada, 18 yaş üstü 21425 kişinin verileri değerlendirilmiş ve major depresyon için yaşam boyu yaygınlık % 12,8 ve 12 aylık yaygınlık % 3,9 olarak tespit edilmiştir. Bu veriler en sık görülen ruhsal bozukluğun major depresyon olduğunu ortaya koymuştur (Alonso ve ark. 2004). Wittchen ve arkadaşlarının (2011) ruhsal hastalıkların yaygınlığını araştırdığı bir diğer çalışmaya göre de Avrupa’da majör depresyon yaygınlığı % 6,9 olup, depresyon hastalık yüküne neden olan hastalıklar içinde % 7,2 ile birinci sırada yer almıştır. Asya’da yaklaşık 6000 kişinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşam boyu major depresif bozukluk yaygınlığı % 5,8, 12 aylık yaygınlık ise % 2,2 olarak bildirilmiştir (Chong ve ark. 2012).

Ülkemizdeki ilk çalışmalardan Güleç’in (1981) çalışması depresyonun genel yaygınlığını % 9,2, yaşam boyu yaygınlığını % 23,6 ve Küey’in (1985) çalışması ise genel yaygınlığı % 13, yaşam boyu yaygınlığı % 19 olarak bildirmiştir (Aktaran, Doğan 2010). Doğan ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında ise bir aylık yaygınlık birincil depresyonda % 18,8, ikincil depresyonda % 8,8 olarak, distimik bozukluk için bir yıllık yaygınlık ise % 5 olarak tespit edilmiştir (Aktaran, Doğan 2010).

DSÖ’nün “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasının ülkemizde yapılan Ankara-Gölbaşı örnekleme verilerine göre birinci basamakta % 11,6 oranında depresyon tanısı konulduğu ve depresyonun tanı konulan tüm hastalıklar arasında ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Rezaki 1995).

Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığını ortaya koyan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında (1998), 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda % 5,4, erkeklerde % 2,3, tüm nüfusta % 4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada distimik

bozukluk ve yineleyici kısa depresif bozukluk yaygınlığı % 1,6 olarak tespit edilmiştir (Erol ve ark. 1998).

Birinci basamağa başvuran hastalarla Sağduyu ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada majör depresif bozukluk yaygınlığı % 23,2, Çorapçioğlu ve Özer'in (2004) çalışmasında ise majör depresif bozukluk yaygınlığı % 13, minör depresif bozukluk yaygınlığı % 7 olarak bulunmuştur.

Yakın bir zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre, toplumda 15 yaş üstü bireylerin % 9'unda major veya minor bir depresif bozukluk bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2013).

Depresyonun sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde; hastalığın kadınlarda erkeklerden iki veya üç kat daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir (Kaya ve Kaya 2007; Nicholson ve ark. 2008; Stuart 2009; Oflaz ve Varol 2010; Chong ve ark. 2012; Sağlık Bakanlığı 2013; WHO 2012; National Institute of Health 2013). Depresyon 18 yaş üstü genç erişkin grupta daha yaygın görülmekte (Kessler ve ark. 2005; Kessler ve ark. 2010; Lazarou ve ark. 2011; Chong ve ark. 2012; National Institute of Health 2013), yaşlı bireylerde depresyon görülme sıklığı artmakla birlikte yaşlı hastaların tedaviye başvurma oranları düşük olmaktadır (Kessler ve ark. 2010; Ay 2011; Arslantaş ve Ergin 2011; Haugan ve ark. 2013). Yapılan çalışmalar eğitim düzeyi düşük (Sağduyu ve ark. 2000; Okanlı ve ark. 2006; Oflaz ve Varol 2010; Ay 2011), boşanmış, dul ve ayrı yaşayan bireylerde (Sağduyu ve ark. 2000; Kaya ve Kaya 2007; Nicholson ve ark. 2008; Chong ve ark. 2012; WHO 2012) depresyon riskinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Depresyon pek çok kronik bedensel hastalığa eşlik eden ruhsal bir bozukluktur (Önen Sertöz ve Elbi Mete 2004; Moussavi ve ark. 2007; Scott ve ark. 2007; Kelleci 2007; Sato ve Yeh Lieh 2013). Kronik hastalıklarla depresyon arasındaki bu ilişkide kimi zaman depresyon kronik hastalığın gidişini kötüleştirmekte, kimi zaman da kronik hastalık depresyona neden olmaktadır (Mete 2008; Maxwell ve Pratt 2008). Ortalama % 9,3- % 23 oranında bir veya daha fazla kronik hastalık depresyona eşlik etmekte olup (Moussavi ve ark. 2007), bu hastalıklar depresyonun tanı ve tedavisini zorlaştırmaktadır (Sato ve Yeh Lieh 2013). Ülkemizde hastanelerin genel kliniklerinde yatan hastalarla yapılan çalışmalar bu hastaların yarısında depresyon belirtileri olduğunu göstermiştir (Okanlı ve ark. 2006; Oflaz ve Varol 2010). Depresyonla birlikte görülen kronik

hastalıklar arasında sıklıkla diyabet, kanser, inme, epilepsi, multipl skleroz, parkinson, koroner arter hastalıkları ve kronik ağrı başta gelmektedir (Önen Sertöz ve Elbi Mete 2004; Köroğlu ve Güleç 2007; Shives 2008; Mete 2008; Stuart 2009; Chong ve ark. 2012).

Depresyonla diğer ruhsal bozuklukların birlikteliğine de sık rastlanmaktadır. Depresyonla komorbid ilişki gösteren bu bozukluklar depresyonun başlangıcı, seyri ve tedavisi üzerinde etkili olup, hastalığın alevlenmesine, yinelenmesine, süregenleşmesine, kalıntı belirtilerin ve intihar riskinin artmasına neden olmaktadır. Sıklıkla alkol ve madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve somatoform bozukluklar depresyona eşlik etmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007; Shives 2008; Stuart 2009; Kessler ve ark. 2010; Annagür ve Savaş 2011; Alkın ve Mantar 2011).

### **2.1.3. Depresyonun Etyolojisi**

Depresyon pek çok doğal, kültürel, çevresel etkenlerin etkisiyle özellikle de olumsuz yaşam olayları ile tetiklenen, bazen bunlardan birinin diğerinin önüne geçtiği, biyolojik yatkınlığın önemli rol oynadığı bir hastalıktır (Doksat 2003). Günümüzde yaşam olayları, kişilik yapısı ve bunlara eşlik eden veya depresyona yakalanmayı kolaylaştıran beyin biyokimyasındaki değişimler depresyona neden olan üç ana etken olarak kabul edilmektedir (Türkçapar 2009).

Monoamin nörotransmitterlerin etkinlik düzeyindeki bozulmalar depresyona yol açtığı savunulan biyokimyasal faktörlerin başında gelmektedir. Çalışmalar depresyon hastalarında norepinefrin, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin genel olarak azaldığını göstermekle birlikte, nörotransmitterlerin birbirleriyle etkileşimi ve reseptör yoğunluğu ve duyarlılığı üzerinde de durulmaktadır. Nöroendokrin dizge ile nörotransmitter ilişkisi de araştırılan bir konudur. Glukokordikoidlerin nörotransmitterler ve reseptörleri etkilediği anlaşılmış, kortikotropin salıverici hormon ve kortizol salınımındaki düzensizlikler ile depresyon arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Doksat ve Savrun 2002; Yüksel 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008). Depreyonda ortaya çıkan uyku düzensizlikleri ve mevsimsel değişiklikler biyolojik ritim değişimlerinin depresyonla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bazı serobrovasküler olayların da depresyon gelişmesine yatkınlık yarattığı kabul edilmektedir (Yüksel 2006; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Kalıtımın hastalığa yatkınlığı arttırdığı, hastalığın ortaya çıkışında düşük etkili çok sayıda genin rolü olduğu düşünülmektedir. Depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında hastalığa yakalanma riski genel nüfusa göre iki, üç kat yüksektir (Yüksel 2006; Öztürk ve Uluşahin 2008; Leahy ve Holland 2009).

Yine bazı kişilik tipleri depresyona daha yatkındır. Bireyde var olan kişilik bozukluğu, olumsuz yaşam olaylarıyla beraber depresyonun ortaya çıkmasına yol açabilir ya da bireyin yaşadığı kişilerarası sorunlar depresyonun sürmesine neden olabilir (Ünal 2000). Bağımlı ve obsesif kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma biçimi, engellenme eşiği düşüklüğü, düşük benlik saygısı, kişilerarası duyarlılık depresyonun gelişmesi ve olumsuz seyretmesi ile ilişkilidir (Ünal ve Özcan 2000; Yüksel 2006).

Depresyonu ortaya çıkaran veya kolaylaştıran bazı ruhsal ve toplumsal etkenler de bulunmaktadır. İşsizlik, yoksulluk, kent yaşamı, göç, sosyal eşitsizlikler, mesleki ve ekonomik stresörler, olumsuz erken yaşantılar, kayıp yaşantıları, rol değişimleri, aile yapısında bozulma, toplumsal iletişim ve dayanışmada azalma depresyonun artışı, ortaya çıkışı, tipi ve seyri üzerinde etkili olduğu düşünülen faktörlerdir (Ünal ve Özcan 2000; Kaya 2007; Nicholson ve ark. 2008; Stuart 2009).

Dinamik yaklaşım depresyonu, hayali veya gerçek olarak kaybedilen nesneye karşı öfke ve saldırganlığın benliğe yönelmesi olarak açıklar. Buna göre erken çocukluk yıllarındaki önemli kayıpların depresyona duyarlılığı arttırdığı kabul edilmektedir (Hofling ve ark 1982; Yüksel 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Beck ve arkadaşlarının öne sürdüğü depresyonun bilişsel modeline (1979) göre ise depresyonlu bireylerde kendisi, dünya ve gelecek hakkında negatif düşünceleri içeren bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan kurallar, değerler ve ilkelerden oluşan negatif şemalar bulunur. Bilişsel çarpıtmalar, olayların olumsuz yorumlanmasına, negatif şemalar ise bireyin kendisi ve çevresindekiler hakkında gerçekçi olmayan beklentiler ve anlamlar yükleyen bir dünya görüşüne sahip olmasına neden olur (Yalom ve Glick 2006; Yüksel 2006; Türkçapar 2009; Stuart 2009; Leahy ve Holland 2009). Diğer bir bilişsel model olan Seligman'ın 'öğrenilmiş çaresizlik' modeline (1978) göre de belli bir süre kaçınılamayacak zorlanmalara maruz kalan bireylerde bir süre sonra 'ne yaparsa yapsın hiçbir şeyin değişmediği' şeklindeki değerlendirme depresyona zemin hazırlamaktadır (Türkçapar 2009).

Davranışçı modeller depresyonu ödül kaybı, ödül azalması, ödül yokluğu ve ödül elde edememe ile açıklar ve birçok çeşitli davranışsal eksiklik, fazlalık veya öncülerin depresyona yol açtığını kabul eder. Sosyal beceri, girişkenlik, kendini kontrol ve yönlendirme yetilerinde eksiklik, kendini eleştirme, başkalarına karşı olumsuz ve cezalandırıcı tutum, ilişki çatışmaları, ebeveyn desteğinin olmaması gibi hazırlayıcıların depresyon gelişmesine neden olduğu varsayılır (Leahy ve Holland 2009). Davranışçı yaklaşıma göre stresli yaşam olayları veya birey için olumsuz sonuçlanan durumlar ile bireyin bunlarla baş etme kaynaklarındaki yetersizlikler, buna bağlı gelişen yıkıcı baş etme tepkileri depresyona neden olan diğer etkenlerdir (Ünal 2000; Boyd 2008; Maxwell ve Pratt 2008; Stuart 2009).

#### **2.1.4. Depresyonda Görülen Belirti ve Bulgular**

Depresyonda uyku, iştah, düşünme biçimi, çalışma yeteneği, gelecek umudu, eğlenme, cinsellik, aile ve arkadaş ilişkileri, enerji düzeyi ve yaşama isteği ile ilgili bedensel, bilişsel, davranışsal, duygusal ve sosyal tüm alanları içeren çeşitli belirti ve bulgular ortaya çıkabilir (Yüksel 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008; Varcarolis ve Halter 2009). Depresyonda sık görülen belirti ve bulgular; üzüntü ve elem hissi, anksiyete, genel isteksizlik, enerji azlığı ve çabuk yorulma, psikomotor yavaşlama, eskiden zevk alınan şeylerden zevk almama, ilgi ve eylemlerde azalma, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma, ağlama, dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, iş ve sosyal yetilerde gerileme, geleceğe karamsar ve umutsuz bakış, yetersizlik, değersizlik, suçluluk hisleri, intihar düşünceleri, cinsel isteksizlik, uykusuzluk, kişisel bakımda eksiklik, kabızlık, iştahta azalma ve kilo kaybıdır. Bununla birlikte atipik hastalarda aşırı uyuma ve iştah artışı da görülebilir. Bazı hastalarda bedensel yakınmalar, geçmeyen ağrılar ve bunlarla ilgili uğraşlar da olabilirken, psikotik olgularda suçlayıcı veya aşağılayıcı şekilde işitme varsanıları olabilir. Hastaların genel görünümünde belirgin yüz çizgileri, çökük omuzlar, genel durgunluk göze çarpar. Ancak anksiyeteli hastalarda sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm ile yerinde duramama hali de görülebilir (Göğüş 2000; Yüksel 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Ançel 2007; Boyd 2008; Varcarolis ve Halter 2009; Stuart 2009). Toplum taramalarında en sık karşılaşılan beş depresyon belirtisi; eskiden beri yapılan etkinlikleri yapmakta artık zorlanma, geleceğe ilişkin umutsuzluk duyma, karar vermekte zorluk çekme, kendini değersiz ve ihtiyaç



duyulmayan biri olarak hissetme ile geçmişte zevk aldığı etkinliklerden zevk almamadır (Köroğlu ve Güleç 2007).

Depresyondaki bireyler günlük sıkıntılara bağlı stresi daha fazla, buna karşılık neşe verici olayları daha az algırlar (Ravindran ve ark. 2002). Bireyin kendine güven ve enerji düzeyindeki düşüklük hedef güdümlü davranışlarda azalmaya yol açar. Buna bağlı olarak işlerin bitirilememesi bireyin stres seviyesini daha da artırıp, baş edilemez seviyeye ulaşmasına neden olur (Yalom ve Glick 2006). Hastalarda problem çözme yeteneği ve açık düşünmede ortaya çıkan olumsuz etkiler nedeniyle yargılama ve karar verme gücü de azalmaktadır (Varcarolis ve Halter 2009).

Depresyonda görülen işlevsellik kaybı ruhsal, sosyal, fiziksel pek çok alanı kapsadığı ve duygusal açıdan rol güçlükleri oluşturduğu için hastalar sağlıklarını her alanda bozulmuş olarak algılamaktadır. Hastalığın şiddeti ve yinelemesi arttıkça yaşam kalitesi ve işlevsellik de daha fazla düşmektedir (Ravindran ve ark. 2002; Sobocki ve ark. 2007; Aydemir ve ark. 2009).

Depresyonun ifade ediliş biçimi kültürel olarak farklılık gösterebilir. Doğu toplumlarında depresyonun bedensel belirtileri duygudurum belirtilerine göre daha yaygın görülür ve depresyon ile somatizasyon birlikteliği göze çarpar (Özen ve ark. 2010; Sayar ve Köse 2012; Novick ve ark. 2013). Bu hastalarda çoğunlukla depresyonun ilk belirtileri bedensel yakınmalar olup, bu durum hastaların yaşadığı sıkıntı ve huzursuzluğu artırdığı gibi tanı koymayı güçleştirerek, iyileşme ve prognozu da olumsuz etkilemektedir (Kesebir 2004; Pazvantoğlu ve ark. 2004; Özen ve ark. 2010; Novick ve ark. 2013). Ülkemizde depresyon belirtilerinin yaygın olarak bedensel yakınmalar şeklinde ortaya konduğu görülmektedir. Sıklıkla ağrı, halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal yakınmalar, karıncalanma hissi ve parestezi şeklinde bedensel yakınmaların görüldüğü bu hastalar, tedavi arayışında çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaktadır (Pazvantoğlu ve ark. 2004; Özen ve ark. 2010).

İntihar depresif hastalarda önemli bir risk olup, hastaların % 15-20'si intihar girişiminde bulunmakta, tüm intihar girişimlerinin yarısını depresyon hastaları oluşturmaktadır (Köroğlu ve Güleç 2007; Stuart 2009; Lazarou ve ark. 2011; Altındağ ve Kılıç 2012). Daha önceki intihar deneyimi, anksiyete, madde kullanım ve kişilik bozuklukları gibi komorbid bozuklukların eşlik ettiği depresyonda (Bolton ve ark. 2010)

ve kronik ve ölümcül hastalığı olan depresif hastalarda intihar eğilimi daha fazladır (Ançel 2007).

### **2.1.5. Depresyon Tedavisi**

Depresyon tedavisinde amaç, akut dönemde semptomların kontrol edilmesi ve düzelmenin sağlanması, ilerleyen dönemlerde ise yinelemelerin önlenmesidir. Erken başlanan tedavi, iş gücü kaybı, gereksiz ilaç kullanımı, sosyal ve ekonomik kayıp riskini azaltmaktadır (Boyd 2008; Stuart 2009; Özcan 2013).

Akut dönem tedavisinde hastanın genel fizik durumu, depresyonun derecesi, intihar riskinin varlığı, aile işbirliği değerlendirilerek yatarak veya ayaktan tedaviye karar verilir (Yalom ve Glick 2006; Ançel 2007). Hastanın depresyon derecesi ağırsa, intihar girişimi veya düşünceleri varsa, hastanın fiziksel bakım ihtiyacı fazlaysa ve aile ile işbirliği yapılamıyorsa hastaneye yatırılarak tedavi gerekir. Ciddi beslenme eksikliği olan hastalarda nazogastrik veya venöz yolla beslenme sürdürülmeli, bedensel bir hastalık veya madde kullanımına bağlı depresyonlarda altta yatan problemin tedavisi de öncelikle ele alınmalıdır (Shives 2008; Öztürk ve Uluşahin 2008; Varcarolis ve Halter 2009).

Günümüzde depresyonda büyük ölçüde ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Yaklaşık elli yıldan beri kullanılan ve depresyonda etkisi kanıtlanmış ilaçlar antidepresan grubudur. Tirisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, monoaminooksadaz inhibitörleri, dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri, serotonin modülatörleri gibi etki mekanizmaları, yan etkileri ve ilaç etkileşimleri açısından birbirinden farklı özellikte antidepresan ilaçlar mevcut olup, ilaç etkinliği iki veya üç hafta düzenli kullanım sonrası başlamaktadır (Gersner ve ark. 2012; Özcan 2013). Ciddi anksiyete ve uykusuzluk durumlarında benzodiyazepinler, psikotik belirtileri olan hastalarda antipsikotikler bir süre tedaviye eklenebilir. İlaç kullanamayan, ilaç tedavisine yanıt vermeyen, malnutrisyon, katatoni, suisid girişiminin olduğu ciddi vakalarda ilk seçenek olarak Elektrokonvulsif Terapi (EKT) tercih edilmektedir (Yüksel 2006; Öztürk ve Uluşahin 2008; Boyd 2008). Uyku yoksunluğu, parlak ışık tedavisi, transkraniyal manyetik stimülasyon, vagus sinir stimülasyonu gibi tedavi yöntemleri de denenmektedir (Gersner ve ark. 2012).

Ağır depresyon durumlarda başlangıçta ilaç tedavisinin yeri çok önemlidir. İlaç tedavisi ile hastanın uyku, iştah, enerji gibi somatik semptomlarında hızlı bir iyileşme

sağlanarak hastanın hoşnutsuzluk seviyesi azaltılır. Ancak amaç sadece semptomların ortadan kalkması değil, bireyin eski yeterli durumuna geri dönmesi, mümkün olduğunca mesleki ve psikososyal fonksiyonlarının geliştirilmesi, hastalığın şiddetinin ve yinelemenin azalmasıdır (Yalom ve Glick 2006; Boyd 2008; Stuart 2009; Sato ve Yeh Lieh 2013). Bu nedenle hasta düzeldikçe depresyonu süregenleştiren ve tetikleyen kişilik ve çevre etkileşimleri ele alınmalıdır (Yalom ve Glick 2006; Stuart 2009). Antidepresan ilaç tedavisiyle ulaşılan % 65 tedavi başarı oranı, tedaviye psikoterapotik girişimler eklenerek % 85'e çıkarılmaktadır (Williams and Hagerty 2005; Yalom ve Glick 2006; Stuart 2009).

Psikoterapi bireyin sorunlarıyla başa çıkmasında bilişsel süreçleri daha fazla kullanmasını, olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirmesini sağlayarak yaşamının yönetimini eline almasına yardımcı olur (Ünal ve Özcan 2000). Psikoterapotik girişimlere başvurmadan sürdürülen ilaç tedavisi doğal başa çıkma yollarının gelişimini önleyerek, ilaçlara bağlı duygusal duyarsızlaşmanın da etkisiyle sorunlara çözüm aramaktan vazgeçerek görmezden gelme eğilimini arttırabilir (Aslan Akın ve ark. 2012).

Günümüzde depresyon tedavisinde kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış Beck'in Bilişsel Terapisi, Klerman Weisman'ın Kişilerarası Terapisi ve Lewinsohn ve Bellack tarafından geliştirilen Davranışçı Depresyon Terapisi olarak üç psikoterapi yöntemi bulunmaktadır (Türkçapar 2009). Bilişsel-Davranışçı teknikler depresyonun temelinde yer alan olumsuz bilişsel yapı ve süreçleri değiştirmeye, semptomlarla ve istenmeyen davranışlarla baş etmeye yardımcı olur. Kişilerarası psikoterapiler hastanın sosyal becerilerini geliştirmesini, kişilerarası problemleriyle başa çıkmasını ve toplumsal işlevlerini düzenlemesini kolaylaştırır (Yalom ve Glick 2006; Türkçapar 2009).

Hastanın sıkıntılarını ciddiye alan ve psikolojik durumlarını anlayan empatik kişilerle düzenli görüşmesinin sağlanması, tıbbi, kişilerarası, iş ve ev ortamıyla ilgili sorunlarında yardımcı olunması, başarı duygusunu artıracak ve dış dünya ile ilişki sağlayacak girişimlere cesaretlendirilmesi, hedef belirlemesi için yönlendirilmesi ve kısa ve uzun vadeli olumlu bakış açıları kazanmasının sağlanması tedavide önemli unsurlardır (Yalom ve Glick 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Leahy ve Holland 2009).

Hastaya tanısının depresyon olduğu söylenmelidir. Gerekirse yazılı dökümanlar ve kitaplar ile daha açıklayıcı bilgiler verilerek, tedavi planı ve tedavide gösterdiği gelişim geri bildirim ile paylaşılmalıdır (Yalom ve Glick 2006; Leahy ve Holland 2009). Tedaviye eklenen psikoeğitim yaklaşımları ile bireyin özgüven ve değerlilik

duygusunda yükselme, aktivite ve girişimlerinde artma ve kişilerarası ilişkilerinde ve depresyonla baş etme yeteneğinde gelişme sağlanmaktadır (Yalom ve Glick 2006; Boyd 2008). Depresyonda aile desteğinin ve tedaviye ailenin de katılmasının büyük önemi vardır. Bunun için hasta yakınlarına depresyonla ilgili gerçek bilgiler verilmeli ve hastaya destek olmaları için yönlendirilmelidir (Yalom ve Glick 2006).

Günümüzde depresyonun önlenmesi ve tedavisine yönelik bilişsel davranışçı yaklaşımları içeren yapılandırılmış grup psikoeğitim programları da geliştirilmiştir. Lewinsohn ve arkadaşları tarafından geliştirilen Depresyon ile Baş Etme Kursu (The Coping with Depression Course-CWD) (1989), unipolar depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta ve olumlu sonuçlar bildirilmektedir (Swan ve ark. 2004; Dalgard ve ark. 2006; Allart Van Dam ve ark. 2007; Cuijpers ve ark. 2009).

Son yıllarda gerek depresyon tedavisinde gerekse önlenmesinde birinci basamak hizmetler ve bu hizmetlerde hastayı merkeze alan sağlık ekibi ile hastanın birlikteliğini öne çıkaran işbirlikçi yaklaşımlar da uygulanmaya başlanmıştır (Gilbody ve ark. 2006; Bruce ve ark. 2011; Lee ve ark. 2012; Beekman ve ark. 2013; Houle ve ark. 2013). Düşük maliyetli, bireylerin mesleki fonksiyonlarını devam ettirmelerine olanak sağlayan ve hastaya kendi tedavisinde sorumluluk veren bu yaklaşımlar hastalar tarafından da kabul görmektedir (Beekman ve ark. 2013). Bu programlarda bireyin sağlık durumundaki değişimi tanıması, yardım alabileceği kaynaklara ulaşabilmesi, tedaviye uyum göstermesi, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanması, sağlık profesyonelleri ve destek sistemleriyle etkili iletişim kurabilmesi ve bu şekilde relaps ve yeni epizodların önlenmesi amaçlanmaktadır (Bruce ve ark. 2011; Houle ve ark. 2013).

### **2.1.6. Depresyonda Gidiş ve Sonlanış**

Depresyon tedavisi sonrasında tam düzelme görülebilirken, hastanın kısmi düzeldiği ve hiç düzelmediği durumlara da sıkça rastlanmaktadır (Özyüksel ve Uluğ 2007; Akkaya ve ark. 2013). Birinci basamakta yapılan bir çalışmada depresyon tanısı almış hastaların % 35,2'sinde hastalığın bir yıl sonrasında da devam ettiği bulunmuştur (Rezaki Gürsoy ve Rezaki 1996). Genel olarak depresyon hastalarının yaklaşık % 50'si iyileşirken, % 30'unda kısmi iyileşme, % 20'sinde ise dirençli depresyon gelişmektedir (Yüksel 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Sato ve Yeh Lieh 2013; Akkaya ve ark. 2013). Hastaların düzelmesinde başlangıçtaki depresyon, anksiyete ve sosyal uyum düzeyi etkili olmaktadır (Akkaya ve ark. 2013).

Yineleyici depresyonu olan kişilerde ortalama yaşam boyu dört veya beş depresif epizod geçirilmekte, depresif epizodun süresi ve sıklığı arttıkça düzelmeye olasılığı da azalmaktadır (Köroğlu ve Güleç 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008; Türkçapar 2009). Sık yinelemeler, uzun süreli ve çözümü güç psikososyal stresler, düzensiz ve yetersiz tedavi, ağır kişilik sorunları, alkol veya madde kötüye kullanımı hastalığın süregelen riskini artırmaktadır (Köroğlu ve Güleç 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008). Yinelemeler sonrası gelişen ve nörobilişsel alanda görülen kalıntı belirtiler bireyin yönetici işlevlerini, psikososyal fonksiyonlarını, dolayısıyla çalışma verimi ve işlevselliğini de azaltmaktadır (Kırlı 2003; Özyüksel ve Uluğ 2007; Karabekiroğlu ve ark. 2010; Türkçapar 2011; Yılmaz ve ark. 2013).

### **2.1.7. Depresyonda Hemşirelik Bakımı**

Depresyonun tıbbi tedavisi etyolojiye ve hastalığın semptomlarını gidermeye odaklıdır. Tıbbi yaklaşım hastanın hastalığına gösterdiği tepkilerle daha az ilgili olup, hastanın çevre etkileşimiyle veya hastalığı yönetebilmesiyle ilgili problemlerine yeterince eğilmez (Williams ve Hagerty 2005). Bu nedenle hastayla uzun süreli vakit geçiren ve yakın ilişkide olan sağlık personeli olarak hemşireler depresyondaki bir hastanın bakımında önemli sorumluluklar üstlenirler (Williams ve Hagerty 2005; Ançel 2007; Mitchell ve Kakkadasam 2011; Lazarou ve ark. 2011; Delaney ve Barrare 2012; Ertekin Pınar ve Tel 2012; Young 2013; Haugan ve ark. 2013).

Depresyon tanısı almış bir hastanın hemşirelik bakımındaki amaç; hastanın güvenliğinin sağlanması, mümkün olduğunca bağımsızlığının desteklenmesi, hastalık öncesi dengeyi yeniden kurabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesidir (Boyd 2008; Varcarolis ve Halter 2009; Stuart 2009).

Depresyonun hasta ve ailesinin yaşamında meydana getirdiği çok yönlü bozulmalar nedeniyle hastalığın bakımının da çok yönlü olması gerekir (Ançel 2007; Ertekin Pınar ve Tel 2012; Delaney ve Barrare 2012; Haugan ve ark. 2013). Hemşire depresyon yaşayan hastayı biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bütüncül olarak değerlendirmeli ve bakımı planlamalıdır. Hastanın biyolojik alanında; iştah ve kilo değişiklikleri, boşaltım alışkanlığı, uyku örüntüsü, enerji ve hareket durumu, cinsel işlevi, ilaç kullanım özellikleri mutlaka sorgulanmalıdır. Psikolojik alana yönelik; duygulanımı, düşünce süreci ve içeriği, konuşma, algılama, yönelim, hafıza ve dikkat yetileri, intihar riski değerlendirilmelidir. Mesleki işlevselliği, kişilerarası ilişkileri,

destek sistemleri, eğitim ve iş öyküsü, aile üyeleri ve arkadaşları, ailede hastalık hikayesini de içeren sosyal alana ilişkin bilgiler alınmalıdır (Boyd 2008; Shives 2008; Varcarolis ve Halter 2009; Ertekin Pınar ve Tel 2012). Hemşire bireyin biyolojik alandaki gereksinimlerine yönelik; order edilen ilaçların uygulaması, ilaç etki ve yan etkilerin takibi, EKT uygulanan hastanın fiziksel bakımı, hidrasyon durumunun izlemi ve yeterli beslenmesinin sağlanması, kendine zarar verici girişimlerin önlenmesi, düzenli uyku örüntüsü oluşturmaya yardım, fiziksel hareketi artırma, gevşeme ve dinlenme ortamları sağlama, hastanın bireysel bakımını yönetmeye yardım gibi pek çok girişimi uygular. Psikolojik alandaki gereksinimleri için; psikoterapiye yardım etme, kriz zamanında ulaşılabilir olma, destekleyici ilişki kurma, süreçle ilgili cesaret ve geribildirim verme, gerçekçi amaçlar belirlemesine yardım etme, benlik saygısını artırma, baş etmesini güçlendirme, problem çözme becerileri kazandırma, sosyal ilişkilerini geliştirme gibi uygulamalarda bulunur. Diğerleriyle etkileşim için cesaretlendirme, aile, arkadaş ve diğer destekleri kullanmasına yardım etme, gerekli toplum kuruluşlarına yönlendirme, katılabileceği sosyal ortamlar hazırlama, iş ve uğraşa teşvik etme, aileyi eğitime gibi yaklaşımlarla sosyal alandaki sorunlara yönelik hemşirelik aktiviteleri gerçekleştirir (Boyd 2008; Shives 2008; Varcarolis ve Halter 2009; Stuart 2009)

Hemşirenin hastaya gösterdiği tutum ve davranışların, hastayla kurduğu terapotik ilişkinin iyileşme sürecinde güçlü bir etkisi vardır (Hofling ve ark. 1982; Beeber ve Charlie 1998; Ançel 2007; Boyd 2008; Ertekin Pınar ve Tel 2012; Haugan ve ark. 2013; Engin ve Ergün 2014). Hemşire hastaya karşı; sıcak, kabullenici, empatik, dürüst ve sakin bir tavır takınmalı, nezaket ve sabır göstermelidir. Hemşirenin agresif veya neşeli bir tutumda olması anlaşılmadığını düşündürdüğü için hastayı hemşireden uzaklaştırabilir (Shives 2008; Stuart 2009; Engin ve Ergün 2014).

Hemşire hastayla iletişimde hastaya zaman tanımalı, basit ve net sözcüklerle konuşmalıdır. Hastayla vakit geçirerek ona değer verdiğini göstermeli, iyileşeceğine yönelik umudunu ifade etmelidir (Stuart 2009; Varcarolis ve Halter 2009). Hastanın kendini suçlama, olumlu durumları görmezden gelme gibi negatif düşünce ve bilişsel çarpıtmaları fark ederek değiştirmesine, yeni problem çözme ve baş etme becerileri kazanmasına, kişilerarası stres ve çatışmaları çözümlemesine, girişken davranış geliştirmesine yardım etmeli, gösterdiği tüm ilerlemeleri olumlu geri bildirimler ile pekiştirmelidir (Varcarolis ve Halter 2009). Hasta kendini başka türlü görmeye

başlayana kadar durumuna tahammül gösterebilmesine yardımcı olunmalı, hareket ve sözlerle hastanın duygularının ve geriliminin anlaşıldığı, yargılamadan belirtilmelidir. Hemşire kendi endişelerini yansıtan ve hastanın depresif duygularını daha da artıran boş tesellilerden, basmakalıp sözlerden uzak durmalıdır (Hofling ve ark. 1982; Varcarolis ve Halter 2009)

Hastaların geri çekilme, izolasyon, isteksizlik, az konuşma, reddetme, bağımlılık, yardıma gerek duymama ve kendini zaman ayırmaya değmeyecek derecede değersiz hissetme gibi özelliklerinden dolayı hemşire hasta ile iletişimde zorlanabilir. Bu nedenle hemşireler depresyondaki hastalarla çalışırken kızgınlık, korku, yardım edememe, umutsuzluk tepkileri gösterebilirler (Hofling ve ark 1982; Stuart 2009; Varcarolis ve Halter 2009; Ertekin Pınar ve Tel 2012). Hemşire böyle bir durumda kendi duygularını tanımalı, gerçek dışı beklentilerini fark etmeli ve hastaya yansıtmamalıdır (Ertekin Pınar ve Tel 2012).

Hastanın bulunduğu ortamın yapılandırılması da iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunur. Hastanın kaldığı oda yaşam heyecanını artırıcı renkler, tablolar, posterlerle donatılmalı, hastaya neşeli film, müzik ve programları izleme veya dinleme fırsatı sunulmalıdır (Stuart 2009; Engin ve Ergün 2014). Hasta yalnızlık, umutsuzluk, yardımsızlık ve yabancılaşma gibi duygularının azalmasını sağlayacak grup ilişkilerine ve enerjisini boşaltabileceği yürüyüş, koşma gibi egzersizlere yönlendirilmeli, benlik saygısını artıracak aktiviteler için cesaretlendirilmeli ve hastanın akran ve destek gruplarına katılımı, manevi ve dini açıdan destek olabilecek kaynaklarla bağlantı kurması sağlanmalıdır (Varcarolis ve Halter 2009; Stuart 2009).

Hemşire intihar eğilimi olan hastayı fark edebilmeli ve gerekli önlemleri alabilmelidir. Riskli olabilecek cam eşya, makas, aseton, ayna, jilet, plastik torba, kemer, cımbız ve benzeri araç gereç odada bulundurulmamalı, ziyaretçilerin getirdiği eşyalar kontrol edilmeli, hastanın oral ilaçları içtiğinden emin olunmalı ve hasta uzun süre yalnız bırakılmamalıdır (Engin ve Ergün 2014). Ancak hemşirenin hastanın odasını tamamen boş bırakıp, intihar aracı olabilecek her şeyi yok etmesi olanaksızdır. Bu nedenle önemli olan hemşirenin ihtiyatlı ve uyanık olması, hastaya yakın olması ve tehlike potansiyelinin farkında olmasıdır (Hofling ve ark. 1982).

Hasta ve ailesinin hastalığı anlama ve tedaviyi kabullenmesi için depresyon hakkında doğru bilgilendirilmeleri gerekir. Hasta ve ailesi depresyonun bir karakter veya zayıflık sorunu değil, tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu, iyileşmenin mümkün

olduğunu ve tedavinin amacının şimdi iyi olmakla birlikte iyi kalabilmek de olduğunu öğrenmelidir. Hasta ve ailesine yönelik; hastalığı oluşturan etkenler, semptomlar ve tedavi şekli, ilaçların etkileri ve kullanım özellikleri, tedavi programı ve tedaviye uyum, tedavi sonrası izlem, yinelemeye neden olan risk faktörlerini, işaretlerini tanıma ve yinelemeleri önleme, beslenme, uyku düzeni, kendine bakım yönetimi, amaç belirleme ve problem çözme, sosyal etkileşim becerileri, toplumsal destek sistemleri gibi konuları kapsayan psikoeğitim programları uygulanmalıdır (Boyd 2008; Varcarolis ve Halter 2009; Stuart 2009; Ertekin Pınar ve Tel 2012).

Pek çok hastada iyileşme sonrası yinelemeler görüldüğünden hastanın taburculuk sonrası takibi önemlidir. Hasta ve ailesine sağlık kurumu veya evinde gerekli destek, danışmanlık ve izlem hizmetlerinin sağlanmasında hemşire aktif rol almalıdır (Ertekin Pınar ve Tel 2012).

## **2.2. DEPRESYONLA BAŞ ETME**

### **2.2.1. Baş Etme ve Baş Etme Tutumları**

Her birey yaşamı boyunca pek çok stres etkeni ve zorlanmayla karşılaşılır. Endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği aşırı rekabet, yüksek tempoda çalışma zorunluluğu, duygusal bağ ve ilişkilerin zayıflaması, daha fazla şeye sahip olma gerekliliği gibi faktörler stresli bir yaşamı beraberinde getirmiş ve yaşam koşullarıyla mücadele güçleşmiştir. Bununla birlikte bireyin olayları değerlendirme ve hayata bakış açısının sonucu olarak ortaya çıkan kusursuz olmak, herkes tarafından sevmek ve onaylanmak, acıları hiç yaşamamak, sorunları çözmek yerine onlardan kaçmak gibi makul olmayan inançlardan kaynaklanan içsel stresörler de ortaya çıkmıştır (Baltaş ve Baltaş 2008). Stresiz bir hayat sürmek mümkün değildir. Sorunları görmezden gelmek veya sorunu çözmeyecek yöntemlere bel bağlamak fayda vermediği gibi, bu yaklaşımlar bireyin yaşadığı durumu daha da zorlaştırabilir. Yaşanılan stresi azaltmak, ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir hayat yaşayabilmek için önemli olan stres oluşturan bu etkenlerle nasıl baş edileceği olup, problem çözme ve baş etme yolları öğrenilebilir ve geliştirilebilir (Güner 2000; Baltaş ve Baltaş 2008).

Baş etme, bireyin stres doğurucu olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkileri ile mücadele etmek için kullandığı bireye özgü çabalarıdır (Oktan 2012). Baş etme konusunda önemli çalışmalar yapan Folkman ve Lazarus (1984)'a göre baş etme;



bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve dayanması için gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümüdür (Folkman 1984).

Stresörle karşılaşıldığında herhangi bir baş etme yaklaşımını kullanmak evrensel bir tutum olup, her birey kendine uygun baş etme yöntemlerini keşfederek etkili sonuçlar alabilir (Güner 2000; Kelleci 2004; Ünal Keskin ve Orgun 2006; Baltaş ve Baltaş 2008; Werneburg ve ark. 2011). Günümüzde stresle baş etmede önerilen bedensel, zihinsel ve davranışsal pek çok yöntem vardır. Solunum egzersizleri, kas gevşetme egzersizleri, fizik egzersiz, sağlıklı beslenme, sigaradan uzak durma gibi bazı yöntemler stresle başa çıkmada önerilen tekniklerden birkaçıdır. Bununla birlikte hayatı ve olayları değerlendirme ve yorumlama biçimini değiştirmek için olumlu düşünme, düşünceyi durdurma gibi zihinsel düzenleme teknikleri ile davranış biçiminin değiştirilmesi, atılgan davranış gösterme gibi tekniklerle stresle baş edilmeye çalışılmaktadır (Kum 1996; Baltaş ve Baltaş 2008).

Genel olarak baş etme tutumları; sorunun ana kaynağına yönelen ‘sorun çözme odaklı baş etme tutumları’ ve ana sorun kaynağının yol açtığı duygusal etkiyle baş etmeye ilişkin ‘duygu odaklı baş etme tutumları’ şeklinde sınıflandırılmaktadır (Aysan 2003; Ağargün ve ark. 2005; Folkman 2010). Baş etme tutumlarını tanımlamada stresörün değiştirilmesi ya da ortadan kaldırılması için gösterilen davranışsal ya da psikolojik yanıtları içeren ‘aktif baş etme tutumları’ ya da stresörlerden uzaklaştırıcı davranışları içeren ‘pasif baş etme tutumları’ gibi adlandırmalara da rastlanmaktadır (Ağargün ve ark. 2005). Bireyin baş etme kaynaklarında bir yetersizlik veya o anda yaşadığı ilave sorunlar baş etmeyi güçleştirebilir ve baş etmede kullanılan yöntemler her zaman başarıya ulaşmayı sağlamayabilir (Kelleci 2004). Bireyin stresörle ilk karşılaştığında kullandığı baş etme tutumları bazen stresin olağan seyrini etkileyerek sorunun çözümünü daha da karmaşık hale getirebilir. Bireyin uyumunu bozan bu tutumlar problemin çözümünü daha da zor ve karmaşık hale getirerek yapılan çabalarının işe yaramamasına ve durumun daha da kötüleşip yeni sorunlar gelişmesine yol açabilir (Baltaş ve Baltaş 2008). Alkol ve madde kullanımı, güvensiz cinsel ilişki, eyleme vurma, kumar oynama gibi kendine zarar verici baş etmeler yeni sorunları beraberinde getirerek durumu içinden çıkılmaz bir hale getirmektedir (Aldwin 2007). Bu açıdan baş etme tutumları ‘uyuma yönelik baş etme tutumları’ ve ‘uyuma yönelik olmayan baş etme tutumları’ şeklinde de tanımlanmaktadır (Ağargün ve ark. 2005).

Baş etme tutumlarını değerlendiren epidemiyolojik çalışmalar bireylerin ruhsal sağlığına yönelik önemli bilgiler vermektedir (Nagase ve ark. 2009). Bu nedenle bireyin daha önceki ve/vaya şimdiki baş etme tutumlarını bilmek, tedavi hedeflerini belirlemede, tedavinin etkinliğini değerlendirmede ve baş etme gücünü artırmaya dayalı yaklaşımlarda yol göstericidir (Ağargün ve ark. 2005).

### **2.2.2. Baş Etmeyi Etkileyen Etmenler**

Bireyin yaşadığı olayları algılaması, yorumlaması ve göstereceği baş etme tutumları üzerinde çeşitli faktörlerin etkileri vardır. Stres yaratan bir durum her birey tarafından öznel olarak değerlendirilir ve bu değerlendirmede cinsiyet, kültür, kişilik özellikleri, erken yaştaki yaşantılar gibi öğeler önemli rol oynar (Ünal ve Özcan 2000; Aysan 2003; Neese ve ark. 2013; Baltaş ve Baltaş 2008; Frydenberg 2004).

Baş etme üzerinde etkili olduğu belirtilen önemli bir etken cinsiyettir (Ceylan 2005; Kaya ve ark. 2007). Yapılan çalışmalarda genel olarak erkeklerin kadınlara göre aktif baş etme tutumlarını daha fazla kullandığı, kadınların da pasif başa çıkma tutumlarına daha fazla başvurduğu anlaşılmaktadır (Kaya ve ark. 2007; Neese ve ark. 2013).

Stresle baş etme alanında yapılan çalışmalar evli olma, çocuk sahibi olma ve ekonomik durumda iyiliğin baş etme gücünü artırdığını söylemektedir (Sağbaş 2009). Bununla birlikte baş etmeye güdülenme, kendine olan inanç, yeni koşulları kabullenebilme, değişim koşullarını görebilme ve esneklik yeteneği baş etmeyi etkilemektedir (Baltaş ve Baltaş 2008; Frydenberg 2004).

Bazı kişilik özellikleri bireyin baş etmesinde zorluk oluşturarak kaygı ve depresyonun artmasına yol açabilir. Düşmanlık duyguları baskın, kendini suçlayan, aşırı duyarlı ve duygusal tepkileri önde olan, hep ya da hiç kuralı ile hayata bakan, çevreleri ile etkileşimlerinde pasif kalan ve olgunlaşmamış kişilik özellikleri bulunan bireyler baş etmede başarısız olmaktadır (Baltaş ve Baltaş 2008).

Bireyler sorun yaşadıkları dönemlerde kişisel deneyimleri, ahlaki, manevi ve kültürel değerleri aracılığıyla kendisine, dünyaya ve geleceğe ilişkin yeni anlamlar geliştirir ve sorgulamalar yaparlar. Bireyin sahip olduğu manevi güçler yaşamında sınırlarını zorlayan deneyimlerle baş etmesine büyük oranda yardım eder (Hiçdurmaz ve Öz 2013). Manevi güçlerden biri olan dini inanışlar bilişsel bir şema olarak stresli

durumların çözümünde baş etme sürecinin bir parçası, sürece yardımcı veya sürecinin bir ürünü olarak baş etmeyi güçlendirir (Muz 2009).

### **2.2.3. Baş Etmenin Ruh Sağlığı ve Depresyon İle İlişkisi**

Stres ve baş etme ruh sağlığını belirleyen iki önemli faktördür. Baş etme, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki vardır. Sorunlarla sağlıklı bir şekilde baş etmenin bireyin iyilik hali üzerinde çeşitli açılardan olumlu etkisi bulunmaktadır (Kraaij ve ark. 2002; Werneburg ve ark. 2011; Nagase ve ark. 2013). Stresin sağlık üzerindeki etkilerine yönelik koruyucu bir araç olarak etkili baş etme davranışları gösterebilmek, bireyin var olan sağlık problemleri üzerinde olumlu değişimler meydana getirmekte ve tıbbi tedavisine uyumunu kolaylaştırmaktadır (Aldwin 2007). Sorunlarını çözmede uygun şekilde çaba gösteren bireylerin daha aktif bir yaşam sürdüğü de görülmektedir. Yaşamlarında karşılaştıkları sorunları çözebilmek için çaba gösteren, etkin baş etme yöntemlerine başvuran ve duyguları üzerinde denetim sağlayan bireylerin ruhsal açıdan daha sağlıklı oldukları, daha aktif bir yaşam sürdüğü ve bu nedenle yaşam kalitesi, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının daha iyi olduğu anlaşılmaktadır (Güner 2000; Ünal ve Özcan 2000; Kayahan ve Sertbaş 2007; Sağbaş 2009).

Sorunlarla etkin bir şekilde baş edememe ya da baş etmede görülen yetersizlikler stresle ilişkilendirilen bazı fiziksel ve ruhsal hastalıkların artmasına neden olmaktadır (Aldwin 2007; Baltaş ve Baltaş 2008; Sağbaş 2009). Psikiyatrik bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada, yapıcı olmayan problem çözme yaklaşımlarını daha fazla kullanmanın, psikopatoloji belirtilerinin önemli yordayıcıları olabileceği sonucuna varılmıştır (Vatan ve Dağ 2009).

Sık yaşanan olumsuz yaşam olayları ve bireyin bunlara yönelik gösterdiği tutum bireyde gelişebilecek psikolojik tepkilerin ve depresyonun önemli belirleyicisidir. Yaşanılan bu olumsuz durumlarla uyumlu ve etkin şekilde baş edilebilirse olayın ortaya çıkarabileceği kötü sonuçlardan en az zararla kurtulmak da mümkündür (Sigmon ve ark. 2006). Pek çok psikoterapi tekniğinde bireylere problem çözme ve duyguları düzenlemeye yönelik yeni ve daha etkili baş etme teknikleri öğretilmekte ve olumlu sonuçlar alınmaktadır (Aldwin 2007; Hiçdurmaz 2010).

Yapılan bir çalışmada fiziksel hastalığı bulunan ancak stresle etkin şekilde başa çıkabilen bireylerde depresyon ve anksiyetenin daha az görüldüğü belirlenmiştir

(Kayahan ve Sertbaş 2007). Buna karşılık yaşamsal stresörleriyle baş etmede sıklıkla çaresiz kalan bireylerde bu durumun intiharı tetiklediği anlaşılmıştır (Tel ve Uzun 2003).

İleriye yönelik yapılan bir çalışma, sorunlarıyla mücadelede kaçınma tarzı baş etme tutumları gösteren bireylerin, gelecek yaşantılarında alkol kötüye kullanım problemi ve intihar düşüncelerinin daha fazla olduğunu, olumsuz yaşam olaylarını daha fazla deneyimlediklerini göstermiştir (Woodhead ve ark. 2013).

Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada baş etmede yetersizlikleri olan hastaların hastaneye yatış sıklıklarının etkin baş etme davranışı gösteren hastalardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Sağbaş 2009).

Problem çözme becerisi yaşam olaylarının oluşturduğu stresörlerle mücadelede ve iyilik halinin devamında önemli bir etkiye sahiptir. Bireyin sorun çözme becerileri ve baş etme şekli ile depresif semptomlar arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki karşılıklı olup, sorun çözme becerileri zayıfladıkça depresif semptomlar artmakta, depresyonda ortaya çıkan belirtiler de bireyin sorun çözme becerilerini zayıflatmaktadır (Kelleci 2004; Stuart 2009; Bell ve D'Zurilla 2009). Son yıllarda stresle baş etme süreç ve kaynakları ile depresif semptomlar arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalarda artış görülmüştür. Araştırmalardan çıkan sonuçlar; stresle mücadelede etkili baş etme tutumları kullanan bireylerin daha az depresif semptom yaşadıkları, depresyonun bireylerin uygun olmayan baş etme davranışları göstermelerine yol açtığı ve eğer bireylerin stresle etkili baş etmesi sağlanabilirse depresyon gelişmesinin önlenebileceği yönündedir (Kraaij ve ark. 2002; Bates ve Lavery 2003; Park 2007; Jones 2007; Neese ve ark. 2013).

Depresyondaki bireyler yaşadığı sorunlarla mücadelede duygu odaklı baş etme tutumlarını daha fazla kullanmakta, buna karşılık problem çözmeye dayalı baş etme tutumlarını yeterince kullanamamaktadır (Ünal 2000; Ravindran ve ark. 2002; Stuart 2009). Geniş bir örneklem grubuyla (24551 yetişkin birey) yapılmış bir çalışmada depresyon ve baş etme arasındaki ilişki incelenmiş ve depresyon ile kaçınma tarzı baş etme tutumları arasında pozitif yönde, depresyon ile problem çözmeye dayalı baş etme tutumları arasında ise negatif yönde bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Negase ve ark. 2009). Benzer şekilde Sigmon ve ark. (2006) depresyon hastalarının kaçınma tarzı gibi uyumlu olmayan baş etmeleri daha fazla kullandıklarını tespit etmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da depresif semptomları yüksek olan öğrencilerin

yaşadığı sıkıntılarla mücadelede pasif baş etme yaklaşımlarına daha fazla başvurduğu belirtilmiştir (Kaya ve ark 2007). Yaşlı bireylerde yapılan çalışmalar da aynı konuya dikkat çekmektedir. Yaşlı bireylerde pasif bilişsel baş etme tutumu ile depresif semptomlar arasında ilişki olduğu (Choi ve ark. 2012), baş etmede problem çözümüne başvuran yaşlı bireylerin, uyuma yönelik olmayan baş etmeleri kullanan yaşlı bireylere göre depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Aysan ve Özben 2004).

Olumlu baş etme tutumların desteklenmesi ve olumsuz olanların değiştirilmesine yönelik yaklaşımlar ile depresyon tedavisinde daha etkili sonuçlar alınabilir (Özarlan ve ark. 2013). Bu nedenle depresyona karşı koruyuculuk sağlamada, duygusal temelli başa etmelerin yerine problem temelli baş etmelerin geliştirilmesi önerilmektedir (Jones 2007). Büyük çoğunluğu depresyon tanılı psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada problem çözme becerileri düşük olan hastaların fazla sayıda travmatik yaşam olaylarıyla karşılaşması durumunda intihara başvurma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Eskin ve ark. 2006). Problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik verilen eğitimin etkinliğini inceleyen çalışmalarda bireylerin stresle başa çıkmada daha etkili yöntemler kullanmaya başladıkları, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı ve bu durumun eğitim sonrası dönemde de devam ettiği görülmüştür (Kelleci 2003; Küçük ve Işıl 2009).

Ülkemizde depresif bozukluk hastalarının baş etmesini değerlendirmeye yönelik yeterli çalışma olmayıp, baş etme daha fazla bedensel hastalıklarda değerlendirilmiştir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada depresif bozukluk ve sağlam kontrol grubunun kullandığı baş etme yöntemleri karşılaştırılmış ve depresif bozukluk hastalarının sağlıklı gruba göre fonksiyonel olmayan baş etme tutumlarını daha fazla, problem çözmeye dayalı baş etme tutumlarını daha az kullandığı bulunmuştur (Özarlan ve ark. 2013).

Depresyon bireyin motivasyonunu düşürerek, plan yapma, harekete geçme, çözüm arama yetilerinde azalmaya neden olduğu için hastaların tedavi bağlılıkları da azalmaktadır (Özarlan ve ark. 2013). Çoğu depresyon hastası iyileşme dönemlerinde de bazı klinik semptomlar göstermeye ve baş etme sorunları yaşamaya devam etmektedir. Bir çalışmada remisyonadaki unipolar depresif bozukluk hastalarının pozitif yeniden yorumlama, sosyal destek arama, planlama, aktif baş etme gibi uyumlu baş etme tutumlarını yeterince göstermediği, hastaların anksiyete ve olumsuz değerlendirilme korkusu yaşadıkları, benlik saygılarının düşük ve dışa vuran davranışlarında azalma olduğu tespit edilmiştir (Coulston ve ark. 2013). Bu nedenle depresyonda sürdürüm

tedavisi ve izlemlerle birlikte, bireye depresyonla baş etme bilgi ve becerisi kazandırılmaya çalışılması önerilmiştir (Houle ve ark. 2013; Coulston ve ark. 2013).

Aile içi ilişkiler bireyin baş etme yetisini büyük oranda etkilediği için depresyonda aile ilişkilerinin önemi büyüktür. Yapılan bir çalışmada genel aile işlevselliklerinde bozulma, aile içi iletişimde ve problem çözmede sorun yaşayan gençlerin uyumlu baş etme tutumlarının daha az olduğu ve bu durumun depresif semptom ve intihar riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fidan ve ark. 2011).

Fiziksel aktivite depresyonla ilgili olabilecek tıbbi problemlerin ve büyük yaşam stresörlerinin oluşturduğu etkinin azalmasına yardım etmektedir. Fiziksel aktivitesi yüksek olan ve baş etme aracı olarak egzersizi kullanan bireylerde eş zamanlı depresyonun daha az görüldüğü ve var olan depresif semptomların azaldığı görülmüştür (Harris ve ark. 2006).

Kişilerarası ilişkilerdeki başarı ve sosyal destek gibi baş etmeyi etkileyen etmenler de depresyona karşı koruyucu bir rol üstlenmektedir (Ünal ve Özcan 2000; Aksüllü ve Doğan 2004). Sosyal destek ve baş etme arasındaki ilişkiye değinen bir çalışmada gençlerde sosyal destek ağı ve bununla ilgili memnuniyet arttıkça uyumsuz baş etme davranışlarının, algılanan stres düzeyinin ve depresif belirtilerin azaldığı tespit edilmiştir (Thorsteinsson ve ark. 2013).

Başarıya ulaşmak için gerekli olan eylemi gerçekleştirmeye ve organize etmeye yönelik kişinin kapasitesi ile ilgili inançlarını ifade eden özyeterlik, bireyin problem çözme ve baş etme yetisinde önemli bir etkidir (Perraud 2000; Ünal Keskin ve Orgun 2006; Telef ve Karaca 2011). Özyeterlik sağlıklı ilişkili davranış değişikliği sağlamada ve sağlıklı davranışlar geliştirilmesinde de rol oynamakta, bu açıdan baş etme davranışlarının geliştirilmesi veya değişiminde de etkili olmaktadır (Hoes 2005). Kendilerini çaresiz hisseden insanların, yeni davranışları gerçekleştirmeleri ve yetenekleri hakkında kendilerini başarılı görme ihtimalleri daha azdır (Perraud ve ark. 2006). Bu nedenle düşük öz-yeterlik duygusu etkili baş etmeye engel teşkil etmektedir (Telef ve Karaca 2011). Yapılan bir çalışmada, öz yeterlik düzeyi arttıkça baş etme kapasitesinin de arttığı ve problem çözümüne dayalı baş etmelerin daha fazla kullanıldığı görülmüştür (Ünal Keskin ve Orgun 2006). Özyeterlik, duygusal durumları düzenlemede sahip olduğu role bağlı olarak, depresyon üzerinde de belirleyici olmaktadır (Perraud ve ark. 2006; Telef ve Karaca 2011). Depresyonla baş etmede özyeterlik; depresyon semptomlarını yönetmede bireyin kendi yeteneklerine yönelik

algısına ve buna yönelik görevleri uygulayabilme yeteneğine olan güvenine dayanmaktadır (Perraud 2000; Tucker ve ark. 2004). Özyeterliğin artırılması bireylerin depresif semptomları yönetme gücünü artırarak depresif semptomlarda azalma ve bireyin fonksiyonlarında gelişme oluşturur (Perraud 2000; Tucker ve ark. 2002). Bu açıdan özyeterlik, hastaların mevcut depresyonla baş etmesine, tedavi sonrası psikososyal uyumlarının artmasına ve yinelemeleri önlemeye yardımcı olmaktadır (Perraud 2000; Tucker ve ark. 2002; Cutler 2005).

Umut, bireylerin olumlu bir gelecek inancı içinde olmasına, amaç belirlemesi ve bunlara ulaşmasına, karşılaştıkları engelleri aşma ve değişen şartlara uyum sağlamasına olanak tanır. Umut duygusuna sahip olmak, olumsuzluklar karşısında koruyucu bir faktör olarak, psikolojik sağlamlığı artırır (Ünal Keskin ve Orgun 2006; Oktan 2012). Ciddi ve uzun süreli psikolojik stresörlerle ve hastalıklarla mücadelede umut duygusu çok gereklidir. Umut ve baş etme arasında karşılıklı ve dinamik ilişkide, birinin varlığı diğerini desteklemektedir. Umutsuzluk baş etme gücünü azaltarak depresyon gelişmesini kolaylaştırmakta ve bireyin hastalıkla mücadelesinde yetersizliğe sebep olmaktadır (Folkman 2010). Umutsuzluk depresyonda önemli bir risk olan intihar düşünce ve davranışlarını etkileyen önemli bir değişken olup, umutsuzluk arttıkça intihar olasılığı da artmaktadır (Dilbaz ve Seber 1993; Durak ve Palabıyıkoglu 1994; Batıgün Durak 2008).

### **2.3. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANMA**

Profesyonel bir mesleğin amacı, uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini oluşturmak olup, mesleğin gelişimi de bu bilgilerin birikimine bağlıdır. Bir mesleğin bilimsel bilgi içeriğini oluşturmak ve bu bilgileri uygulamaya aktarmak için ise o meslekle ilgili kavram ve kuramlara ihtiyaç duyulmaktadır (Velioğlu 1999; Pektekin 2013; Ocakçı 2013).

Hemşirelik mesleği, uygulamalarını destekleyecek kavram ve kuramlar oluşturarak mesleği geliştirme amacındadır (Velioğlu 1999; Pektekin 2013). Hemşirelik kuram ve modelleri ile hemşirelik mesleği tanımlanmaya ve uygulamalarına ilişkin açıklamalar getirilerek, eğitim, araştırma ve uygulamaya yönelik standart bir yapı ve çerçeve oluşturulmaya çalışılmaktadır (Alligood 2006). Bu şekilde hemşireliğin önemli kavramları arasındaki ilişkiler tanımlanmakta ve hemşirenin bakım verdiği bireye ilişkin toplanan verilere bir bakış açısı getirilerek, bu bakış açısına uygun girişimler

uygulanabilmektedir (Velioğlu 1999). Kuram ve model kullanımı hemşireliğe ilişkin bir düşünme biçimini getirmekte ve hemşireliğin özüne ve hemşirelik uygulamasına rehberlik etmektedir (Pearson ve ark. 2005).

Hemşirelikte kuram ve modellerinin anlaşılması hemşirelik uygulamalarının bilimsel temellere yansımalarının da ön koşuludur. Araştırmalar sonucu elde edilen kuramların uygulamaya yansıtılması hemşirelikte profesyonelleşmenin temelini de oluşturmaktadır (Ocakçı 2013).

Hemşire kuramcılar verilen bakım hizmetinin etkin sonuçlarını görebilmek ve profesyonel hemşirelik bakımı ile uygulama arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için bazı kuramlar ortaya atmışlardır. Bu sayede bir taraftan hastalara daha bilimsel ve profesyonel bir yaklaşım sağlanırken, diğer taraftan topluma daha sağlıklı bir hizmet sunulması düşünülmüştür (Pektekin 2013). Geliştirilen kuram ve modeller ile hemşireliğin eğitim ve yayın yaşamına son elli yılda büyük bir hız kazandırılmıştır (Ocakçı 2013).

Ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında kuram, model kullanımı oldukça düşük bir oranda olmasına rağmen son yıllarda konuya önem verildiği ve kurama dayalı araştırmaların arttığı görülmektedir (Ekim ve ark. 2012; İnan ve ark. 2013). Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli günümüzde hemşirelik bakımını sistematize etmede kullanılmaya başlanan hemşirelik modellerinden birisidir (Hatipoğlu ve ark. 2003; Gordon 2003; Jones ve ark. 2010).

### **2.3.1. Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli**

Gordon, 1973 yılında hemşirelik kavramları ile ilgili fenomenleri isimlendirmek ve tanımlamak, müfredat programları, klinik araştırmalar, standart hemşirelik uygulamaları ve uluslararası profesyonel hemşirelik uygulama alanı oluşturmak için çalışmalar yapmaya başlamıştır (Jones ve ark. 2010). Hemşirelik uygulama alanlarında gördüğü hasta değerlendirme formlarının çeşitliliği nedeniyle yaşanan sorunları fark etmesi ve hemşirelik sınıflama sistemlerinin gerekliliğine olan inancı ile 1982 yılında hemşirelik veri toplama sürecinde kullanılacak Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ni geliştirmiştir (Gordon 2003; Hatipoğlu ve ark. 2003). Geliştirdiği model ile birlikte hemşirelik tanısal sınıflamasının da öncüsü olarak kabul edilen Gordon'un başkanlığında başlayan NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) çalışmaları diğer ülkelere de yayılmış, hemen hemen her ülke ortak bir dilin



geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla hemşirelik tanıları, girişimleri sonuçları kavramlarını tanımlamış ve çalışmaya başlamıştır (Jones ve ark. 2010; Pektekin 2013). Bugün NANDA'nın belirlediği ve tüm dünyada kullanılan hemşirelik tanıları FSÖM temel alınarak oluşturulmuştur (Carpenito Moyet 2005; Birol 2008; NANDA International 2012; Pektekin 2013).

### **2.3.1.1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Süreci**

Gordon, hemşirelik bakımının sistematik ve standardize olması gerektiğini düşünmüş ve hemşirelik sürecini tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamakları içinde incelemiştir.

#### **A) Tanılama**

Gordon, geliştirdiği modelde özellikle hemşirelik sorunları üzerinde durmuş ve hemşirelik tanısını 'hemşirelik sorunlarının' kısaltılmış şekli olarak görmüştür (Pektekin 2013). Gordon'a göre hemşirelik tanısı 'hemşirenin bilgi ve deneyimleri ile çözümlenmeye yetkili olduğu gerçek ve potansiyel sağlık sorunları' olarak tanımlanır. Hemşirelik tanısı, tıbbi tanı ile bağlantılı olup, hemşirelik aktivitelerine yön vermektedir (Birol 2008). Hemşirelik tanıları ise hemşirelik değerlendirmelerine temellenir. Ön değerlendirmede hastada var olan anormal semptomlar ele alınır, veriler toplanır, tanılama yapılır, bilgiler yorumlanır, gruplandırılır ve isimlendirilir. Veri toplama ve tanı koyma birlikte tanılama sürecini oluşturur (Birol 2008; Pektekin 2013). Her hemşirelik tanısında o tanının özelliklerini açıklayan bir liste yer alıp, bunlar dikkate alınarak hasta bakımı planlanır (Pektekin 2013).

Hemşirelik tanısını belirleme sistematik düşünmeyi gerektirir. Bu süreçte hemşire belleğindeki bilgi ve deneyimlerden yararlanarak topladığı verilere olası açıklamalar getirir. Bunun için veriler analiz edilmeli ve yorumlanmalı, bilgiler gruplanmalı ve gruplar isimlendirilmelidir. Yorumlama, belirti ve bulguların (ipuçlarının) ne anlama geldiğini belirlemek ya da önemli olana karar vermektir. Verilerin analizinden sonra iki olası sonuca karara verilir:

- 1- Hemşirelik girişimini gerektirecek bir problem yok
- 2- Hastanın probleminin çözümü için yardıma gereksinimi var

Hastanın hemşirenin yardımına ihtiyacı olduğu düşünülüyorsa verilerin hangi kategoriye ait oldukları belirlenmeli, yani veriler gruplandırılmalıdır (Birol 2008). Bu aşamada fonksiyonel sağlık örüntülerinden yararlanılarak, bireyin örüntüleri

değerlendirilir, sentez edilir ve gruplanan verilerden bir hemşirelik tanısı oluşturulur (Biol 2008; Jones ve ark. 2012).

Tanısal muhakemenin üç ana bileşeni vardır:

- Bilgi toplama,
- Bilgiyi analiz etme ve bir araya toplama,
- Durumu adlandırma.

Bilginin analizi ve bir araya toplanması hipotez oluşturma ve hipotezi test etme olarak tanımlanır. Yani olasılıklar çıkarmak ve bunları daha fazla bilgi toplayarak kontrol etmektir. Tanısal süreç için asıl olan kritik düşünmedir (Gordon 2003).

Hemşirelik tanıları öğrenilirken bazı düşünme becerileri vardır. Bunlar;

- Analitik ya da analitik olmayan muhakeme kullanarak problemin ya da risk durumunun belirlenmesi,
- Nedensel muhakeme kullanılarak problemler arasındaki ilişkinin belirlenmesi,
- Durumsal muhakeme kullanılarak girişimlerin ve sonuçların belirlenmesi.

Sezgi, muhakeme süreci kullanmadan yapılan hızlı bir tanılama olup, durumun bütüncül olarak kavranmasına olanak tanır. Sezgiyi kullanmak uzmanlaşma gerektirir. Hemşirelik tanılarını gösteren model vakalar ile eleştirel düşünce cesaretlendirilerek klinik bilgi ve deneyimle sezginin gelişmesi sağlanabilir (Gordon 2003).

Gordon, hemşirelik tanılarını üç grup altında toplar:

- 1- Kavramsal (conceptual); hemşirelik tanısının anlamı
- 2- Yapısal (structural); hemşirelik tanısının bileşenleri
- 3- Bağlamsal (contextual); hemşirelik tanılarının diğer fikir ve kavramlarla (örneğin hemşirelik süreci kavramı) olan ilişkisi (Biol 2008; Pektekin 2013).

### ***1- Kavramsal Tanım:***

Profesyonel hemşireler tarafından belirlenen hemşirelik tanıları kendi eğitim, bilgi, ve deneyimleri ile çözümlenmeye yetkili oldukları mevcut ya da potansiyel sağlık sorunlarıdır. Gordon, burada hemşirelik tanısının iki özelliği üzerinde durur:

- a) hemşirelik tanısını profesyonel hemşire koyar

b) hemşirelik tanıları mevcut ya da potansiyel olabilir (Gordon 1998; Birol 2008).

Her bir örüntüdeki bilgilerin değerlendirilmesi sonucu üç ayrı karara varılabilir. Birincisi örüntülerin fonksiyonel yani yüksek seviyede ve güçlü iyilik halini işaret ettiği, ikincisi disfonksiyonel yani örüntülerde belli sınırlamaların veya gerçek bir problemin olduğu, üçüncüsü de olası problem alanlarının veya bazı risk faktörlerinin varlığına işaret eden olası disfonksiyonel durumdur. (Krozy and McCarty 1999).

- **Mevcut (varolan) problem:** Beraberinde olası ya da potansiyel sıfatı ile beraber olmayan, klinik olarak tanımlayıcı özellikleri ile doğrulanmış tanılardır (Gordon 1998; Birol 2008).

*Örnek: Sosyal İzolasyon*

- **Potansiyel (risk) problem:** Belirli hemşirelik girişimleri planlanmadan ve uygulanmadan, değişebilecek durumları tanımlayan hemşirelik tanılarıdır. Risk problemler, bireyi, aileyi, hatta toplumu tehdit eden risk faktörleridir. Tanımlayıcı özellikleri risk faktörü olarak mevcuttur (Gordon 1998; Birol 2008).

*Örnek: Beden imajında bozulma riski*

## 2- Yapısal Tanım:

Hemşirelik tanısının üç bileşeni vardır. Bunlar; Problem-Etyoloji-Semptom (Problem-Etiology-Symptom/PES) formatında tanımlanır.

**(P) Sağlık Problemi (tanı ismi):** Bireyin mevcut /risk olan sağlık durumunu tanımlar. Beraberinde değişiklik, bozukluk, yetersizlik gibi terimlerle sağlık durumundaki değişiklikleri tanımlar. Ancak değişikliklerin derecesini belirtmez.

**(E) Etyolojik faktörler:** Problemin gelişmesine neden olan fizyopatolojik, tedavi ile ilgili, gelişimsel ya da durumsal faktörler olabilir. Gordon'a göre hemşirelik tanısının yazımında etyolojinin belirtilmesi uygun hemşirelik girişiminin seçilmesini kolaylaştırmaktadır.

**(S) Tanımlayıcı özelliği, semptom ve bulguları:** Bireyde problem ile beraber gözlenen belirti ve semptomlar grubudur. Tanımlayıcı özellikler, tanılama kararında kriter olarak kullanılır. Tanı isimlendirilirken sorun ile ilgili tüm tanımlayıcı özelliklerin bulunması gerekmez (Birol 2008).

*Örnek : (E)Kişilerarası destek sistemlerinin yetersizliğine bağlı, (P)bireysel baş etmede yetersizlik. (S) Uykusuzluk, aşırı sigara tüketimi, öfke ve sorunlarını inkar etme*

**3- Bağlamsal Tanım:** Hemşirelik tanısı sadece izole biçimde bir tanı değil, çözümünde diğer sağlık personelinin işbirliğini gerektiren bir kavramdır. Çünkü hemşirelik uygulamaları sağlık ekibinin diğer üyeleri ile çalışmayı öngörmektedir. Hemşirenin tek başına çözümleyemeyeceği bu problemlere ortak problemler (collaborative problems) denir (Biol 2008).

*Örnek: Lityum dozunu fazla almaya bağlı elektrolit dengesizliği*

Gordon, hemşirelik sürecinin bütün bileşenleri içinde veri toplama ve değerlendirme sürecine büyük önem verir. Çünkü hasta-hemşire etkileşiminde, bakım süreçlerinde zaman içinde süregelen temel unsur budur. Bu süreç hasta ile ilk temasla başlar, taburculuk ile veya hastanın başka bir hemşirenin bakımına devredilmesi ile sona erer. Değerlendirme sırasında toplanan bilgi, tanımlamak, gözlemlemek ve karar vermek için kullanılır. Değerlendirmede kullanılan izlemler, ölçümler ve muhakeme becerileri yüksek kalitede hemşirelik uygulamasında çok önemlidir. Çünkü bilgi toplanmamış veya doğru değilse bu bilgiye dayalı kararlar da doğru olmayacaktır (Gordon 2003).

#### **B) Planlama**

Gordon, hemşirelik sürecinin bir diğer aşaması olan planlama aşamasına da değinmiş ve planlamada bakımın amaçlarının/beklenen hasta sonuçlarının belirlenmesini istenmiştir. Bu aşamada öncelikler belirlenir, bakımın kısa ve uzun vadeli amaçları yazılır, hemşirelik girişimine karar verilir ve bakım planı yazılır. Beklenen hasta sonuçları ölçülebilir, anlaşılır, ulaşılabilir, kısa, soruna yönelik ve gerçekçi olmalıdır. Seçilen hemşirelik girişimleri de etyolojiyi veya risk faktörlerini azaltacak şekilde belirlenmelidir (Gordon 1998; Biol 2008).

#### **C) Uygulama**

Uygulama aşamasında var olan problem için etyolojik faktörü ortadan kaldırılmaya veya azaltılmaya, problemin yeniden oluşmasını engellemeye ve durumu izlemeye yönelik uygulamalar yapılır. Eğer problem potansiyel ise risk faktörünü ortadan kaldırmaya, azaltmaya, problemin oluşmasını engellemeye ve problemin ön belirtilerini izlemeye yönelik uygulamalar yapılır (Gordon 1998; Biol 2008).

#### **D) Değerlendirme**

Değerlendirme aşaması ise hem bir son hem bir başlangıçtır. Değerlendirme, belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılamadığı, sorunun giderilip giderilemediğini anlamayı sağlar. Değerlendirme sonuçları açık, kısa, anlaşılır ifadelerle yazılmalıdır (Gordon

1998; Birol 2008). Hemşirelik süreci uygulamasında yapılan tüm işlemler bilgisayar formatında yazılmalı, hastanın değerlendirme verileri, hemşirelik tanısı ve bakım planı hasta kayıtlarına kaydedilmelidir (Gordon 1998).

### **2.3.1.2. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Özellikleri**

Gordon, Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini hemşirelik tanısını daha etkin hale getirmek için tanımlamış ve açıklamıştır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, sağlığa, yaşamın kalitesine, insanın potansiyel başarısına yardımcı olan 11 fonksiyonel örüntüden oluşmaktadır. Bu örüntüler bireylerin fiziksel, heyecansal ve ruhsal ihtiyaçlarına odaklanmayı sağlamaktadır (Pektetin 2013). Örüntülerin her biri birbiri ile ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Bir örüntüdeki problem diğer örüntüdeki bir problemin nedeni olabilir. Bu açıdan her örüntü diğer örüntülerin bağlamında değerlendirilmelidir (Krozy and McCarty 1999; Gordon 2003; Hatipoğlu ve ark. 2003).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, hemşirelik değerlendirmesi için bir yapı ve çerçeve sağlar. Bu yönüyle sağlıklı /hasta bireyden veri toplamayı standardize eder ve hemşirelik tanısı belirlemeyi kolaylaştırır. Örüntüler, insanın fonksiyonel özelliklerini temsil ettiği/içerdiği için geniş bir kapsamda uygulanabilir, genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek, her alanda, her sağlık düzeyinde akut ya da kronik durumlarda, her tür tıbbi tanıda insanı ve insanın tepkilerini değerlendirebilir (Johnson 2000; Gordon 2003; Fernandez Sola ve ark. 2012).

Örüntülerde yer alan değerlendirme kategorileri biyomedikal kategorilerden ve insan fonksiyonunun sadece bir parçasına odaklanan günlük yaşam aktivitelerinden farklıdır (Gordon 2003). Bireyin bütünüyle sağlık durumunu ve yaşam şeklini gözden geçirmeyi ve insan deneyimlerine bütüncül yaklaşmayı sağlar (Krozy and McCarty 1999; Gordon 2003; Birol 2008; Jones ve ark. 2012; Pektetin 2013). Bu yönüyle FSÖM ile yapılan değerlendirme, problemi tanımlamakla kalmaz, problemin etyolojisini ve problem çözümünde güçlü yönleri de ortaya koyar (Gikow ve Kucharski 1987; Hooper 1996).

FSÖM, bireyi ve onunla birlikte aile veya toplumu değerlendirmek ve hemşirelik tanısı oluşturmak amacıyla kullanılabilir (Gikow ve Kucharski 1987; Decker and Knight 1990; Nettle ve ark 1993; Hooper 1996). Örüntüler kapsamında değerlendirilen sağlık; birey, aile ve toplumun optimal seviyede biyopsikososyal, spiritüel

fonksiyonlarını gösterir ve bu yönüyle birey, aile ve toplumun işlevlerini bütünleştirir (Gordon 1998; Krozy and McCarty 1999; Jones ve ark 2012).

FSÖM, hasta verilerini standardize ederek hemşirelikte kritik düşünme, kapsamlı öykü alma ve terapötik karar verme becerisi geliştirmeye olanak sağlar. Bu yönüyle hemşirenin sağlık ekibi içinde karar verici rolü açısından güçlü bir pozisyona gelmesine yardımcı olur (Krozy and McCarty 1999). Model insanların tepkilerinin tanımlanması, sağlıkla ilgili davranışlarının gözlemlenerek yorumlanması, insan ilişkilerini içeren ve kanıta dayalı doğru kararlar verilebilmesini sağlar (Pektekin 2013).

FSÖM, anlaşılabilir, uygulanabilir, ulaşılabilir ve öğretilbilir özelliktedir. Çalışanlar kadar öğrenci hemşirelerin de yaşam deneyimleri ile uyumlu olduğundan öğrenciye hasta ile iletişim kurma ve hemşirelik sürecini öğrenmede kolaylık sunar (Hatipoğlu ve ark. 2003).

### **2.3.1.3. Modelde Yer Alan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Tanımları**

*1-Sağlığın algılanması-sağlığın yönetim biçimi:* Bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar.

*2-Beslenme şekli ve metabolik durumu:* Metabolik gereksinimlerine göre yeme-içme tüketimini tanımlar.

*3-Boşaltım şekli:* Barsaklar, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlar.

*4-Aktivite-egzersiz şekli:* Bireyin aktivitelerini, yaptığı egzersiz, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar.

*5-Uyku-istirahat şekli:* Uyku, istirahat ve relaksasyon (gevşeme, dinlenme) biçimini tanımlar.

*6-Bilişsel–algılama şekli:* Bireyin duyuşsal algılama ve biliş durumunu tanımlar.

*7-Kendini algılama-kavrama şekli:* Bireyin kendini algılama ve kavrama şeklini kendini rahatlatma, beden bilinci ve duygusal durumunu tanımlar.

*8- Rol-ilişki şekli:* Üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar.

*9-Cinsellik ve üreme:* Cinsel yaşamdaki doyum/doyumuzluk ve üreme şeklini tanımlar.

*10-Baş etme, stresi tolere etme şekli:* Genelde stres ile baş etme ve stresi tolere etmede etkinliğini tanımlar.

*11-İnanç ve değerleri:* İnançları (ruhsal durumu) ya da karar ve seçeneklerine yön veren amaçları tanımlar (Gordon 1998; Gordon 2003; Lewis ve ark. 2004; Birol 2008; Jones ve ark. 2012).

Örüntüler; biyolojik ve fizyolojik, psikososyal, fizyolojik ve psikosoyal olarak 3 ayrı biçimde kategorize edilebilir. Biyolojik ve fizyolojik kategorisi içinde; beslenme şekli ve metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz şekli, uyku-istirahat şekli örüntüleri vardır. Psikososyal kategorisi içinde; kendini algılama, kavrama şekli, rol-ilişki şekli, inanç ve değerleri, baş etme, stresi tolere etme şekli örüntüleri yer alır. Fizyolojik ve psikosoyal kategorisi içinde; sağlığın algılaması, sağlığın yönetim biçimi, cinsellik ve üreme, bilişsel–algılama şekli örüntüleri bulunur (Krozy and McCarty 1999).

Örüntülerin içinde dört odak alan vardır. Bunlar; tekrarlanan bir dizi halinde biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik davranışları kapsayan davranışsal odak, bireyin gelişimsel görevlerini de içeren büyüme gelişme odağı, çevresel etkileri göz önünde tutan çevresel odak ve yaşam şeklini yansıtan fonksiyonel odaktır (Krozy and McCarty 1999).

Her örüntü biyolojik, gelişimsel, kültürel, spiritüel ve sosyal faktörlerden etkilenir. Değerlendirme verilerine ya da özel alanları belirlemeye karar verilirken kültür, yaş, gelişim düzeyi, tıbbi tanı ve cinsiyet dikkate alınmalıdır (Gordon 2003).

Modele göre örüntülerde belirlenen fonksiyonel olmayan durum ya da disfonksiyonel sağlık örüntüleri aynı zamanda birer hemşirelik tanısıdır. Bu disfonksiyonel örüntüler hastalığa bağlı olarak meydana gelebilir ve hastalığa yol açabilirler. Bir örüntünün fonksiyonel veya disfonksiyonel olduğunun kararı, değerlendirme verilerinin bir veya daha fazlasının standartlar ile (örneğin; yaş gruplarının standartları, sosyal, kültürel ve diğer standartlar) karşılaştırılmasıyla verilir (Gordon 1998).

Sonuç olarak, depresyon hasta ve ailesinin yaşamını çok yönlü etkileyen ve değiştiren bir hastalıktır. Psikiyatri hemşireliğinin doğası gereği hasta birey sadece ruhsal yönüyle değil, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel tüm yönleriyle ve aynı zamanda aile ve çevresiyle bütün olarak ele alınmalıdır (Stuart 2009).

Hemşirelik sürecini uygulamada hemşireye faydalı bir rehber olan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, bireyi, aile ve toplumu çok yönlü ve bütüncül

olarak değerlendiren bir yapıdadır (Krozy and McCarty 1999; Gordon 2003; Jones ve ark. 2012; Pektekin 2013). FSÖM'nin en önemli özelliklerinden biri de birey aile veya toplumun sadece problemlerini veya sınırlılıklarını değil, aynı zamanda daha önceki problemlerinde kullandığı baş etme becerileri ve olumlu sağlık uygulamalarını da belirleyen bir formatta olmasıdır (Kömürcü ve ark. 1999; Birol 2008).

Depresyon tanılı hastalarla çalışan psikiyatri hemşireleri, hastanın depresyona yol açan veya ilişkili olan baş etme tutumlarını değerlendirmeli, hastanın baş etme gücünü artırmalı, baş etmeyi etkileyen faktörlerden olan öz yeterlik ve umudu geliştirmelidir (Tucker ve ark. 2002). Hemşire hastanın uyumsuz baş etmelerini azaltıp, uyumlu ve etkili baş etme tutumları kazanmasına yardım ederek, bireyin mesleki ve psikososyal fonksiyonlarında yenilenme, yaşam kalitesinde artma, tüm bunların sonucunda da depresyonda relapsı ve yinelemeleri önlemede etkili olabilir (Stuart 2009).

Depresyon tanılı hastalarla çalışırken FSÖM'ni kullanmak, hastayı bütüncül, depresyonla ilişkili baş etme yetilerini de içerecek şekilde değerlendirmeyi ve bunlara yönelik girişimleri belirlemeyi kolaylaştıracak, bu durum hem hemşire hem de bakım alan hasta açısından büyük avantaj sağlayacaktır.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Bu araştırma, depresif hastaların depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede özyeterliliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü yarı deneysel araştırma deseninde gerçekleştirildi.

#### 3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni; FSÖM'ne temellenen hemşirelik bakımudur. Bağımlı değişkenler; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlik Ölçeği (DBÖÖ) puanlarıdır. Araştırmada kontrol değişkeni olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, meslek, beraber yaşanılan kişiler, çocuk sayısı, tanısı, kronik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, hastaneye yatış sayısı, hastanede yatılan gün sayısı, yatıştan sonra geçen gün sayısı, madde kullanımı, olumsuz yaşam olayı, kendine zarar verme öyküsü ve şiddet öyküsü alındı.

#### 3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı, kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 2. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 3. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlik Ölçeği puan ortalaması, kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

Hipotez 4. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası üç ay izlem Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı, kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 5. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası üç ay izlem Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 6. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası üç ay izlem Depresyonla Başa Çıkma Özyeterlik Ölçeği puan ortalaması, kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

Hipotez 7. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası son test ve üç ay izlem Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı, ön test toplam puanına göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 8. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası son test ve üç ay izlem Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı, ön test toplam puanına göre daha düşük olacaktır.

Hipotez 9. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik bakımı verilen depresif hastaların girişim sonrası son test ve üç ay izlem Depresyonla Başa Çıkma Özyeterlik Ölçeği puan ortalaması, ön test puan ortalamasına göre daha yüksek olacaktır.

### **3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütüldü. Verilerin toplanması 1 Nisan 2013-20 Ağustos 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Psikiyatri Kliniği iki veya üç kişilik odaları ve bir tecrit odası olan 24 yataklı ve kapalı bir kiniktir. Üç psikiyatri uzman hekimi, altı hemşire, üç hizmetli personel ve bir tıbbi sekreterin görev yaptığı klinikte farklı psikiyatrik tanı almış hastalar (depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları) bir arada bulunmaktadır. Aynı odalarda olmakla birlikte kadın ve erkek hastalar aynı klinikte kalmaktadır. Odalar hastaların yemek yediği ve vakit geçirdikleri televizyon bulunan bir koridora açılmakta olup, bu alan terapotik ortam aktiviteleri için yeterli değildir. Klinikte bir hemşire odası ve bir ofis ile hastaların aileleri ile görüşmesi için kliniğin dışında yer alan küçük bir oda bulunmaktadır. Hastaların tedavisi ilaç tedavisi olarak sürdürülmektedir. EKT, diğer somatik tedaviler veya psikoterapi uygulanmamaktadır. Klinikte rutin olarak hafta içi her sabah hekim ve hemşirelerce

hasta viziti ve hemşireler tarafından yarım saat süreli günaydın toplantısı yapılmaktadır. Hekimin izin verdiği hastalar gün içinde yarım saat hemşire veya personel eşliğinde hastane bahçesine çıkabilmektedir. Durumu uygun ve kendi isteğiyle yatmış hastalara tek başına çıkma izni de verilmektedir. Bunun dışında hastalara yönelik herhangi bir meşguliyet veya iş-uğraş etkinlikleri bulunmamaktadır.

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapılacağı tarihlerde psikiyatri servisinde yatan depresif bozukluk tanısı alan hastalar oluşturdu (N=114). Örneklem büyüklüğünü belirlemek için power analiz kullanıldı. Depresyonu değerlendirmede kullanılan ölçekler hastalığın seyrini ve iyileşmeyi işlevsel ve kullanışlı biçimde değerlendirmeye imkan vermektedir. Bu doğrultuda iyileşme göstergesi için başlangıç puanına göre ölçek puanında % 50 azalma sağlanması, belirtilerinin tamamına yakın oranda ortadan kalkması ve düzelme ölçütü olarak kullanılan ölçeklerde belirlenen kesme puanının altına düşmesi beklenmektedir (Aydemir 2011). Depresyonla ilgili yapılan deneysel çalışmalarda hastaların başlangıç depresyon puanlarının Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ne göre ortalama 31-35 olduğu görülmüştür (Ak ve ark. 2006; Blumenthal ve ark. 2007; Franck ve ark. 2007). Bu açıdan çalışmaya alınan hastaların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon puanlarının başlangıç puanına göre en az % 50 azalması, 17±1 puanın altına düşmesi hedeflenerek, araştırmanın örnekleme PS version 3.0 paket programında, 0.05 alfa ("tip I" hata olasılığı) ve 0.20 beta ("tip II" hata olasılığı) kabulü ile anlamlılığının ispatlanması için araştırmaya dahil edilecek birey sayısı en az 66 olarak hesaplandı (Deney=33 ve Kontrol=33).

Araştırmanın örneklemini oluşturacak hastaların seçiminde aşağıdaki kriterler göz önünde bulunduruldu:

- 18-65 yaş arasında,
- ICD 10'a göre depresif nöbet tanısı alan,
- Mental retardasyonu olmayan-kişilik bozukluğu olmayan,
- İşitme, anlama ve görme sorunları olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar.

### 3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

**Hasta Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Perraud ve ark. 2006; Ak ve ark. 2006; Blumenthal ve ark. 2007; Franck ve ark. 2007; Kaya ve Kaya 2007; Boyd 2008; Shives 2008; Stuart 2009; Varcarolis ve Halter 2009; Albal 2009; Bolton ve ark. 2010; Lazarous ve ark. 2011) ve uzman görüşü alınarak geliştirilen anket formu kullanıldı. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, ekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikler ve hastanın tanısı, kliniğe yatış sayısı, yatış süresi, kronik hastalık varlığı gibi hastalığa ilişkin bilgileri içeren sorular yer almaktaydı (Ek-1).

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Ölçekte bireylerin bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını ifade eden seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. Ölçek maddeleri 0-3 arasında puan almakta ve toplam puan madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Toplam puan depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddetini belirlemektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan; minimal, 10-16 puan; hafif, 17-29 puan; orta, 30-63; puan şiddetli olarak yorumlanmaktadır (Beck ve ark. 1961). Ülkemizde Beck Depresyon Ölçeğinin ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması Teğin (1980) tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı 0,65 olarak bulunmuştur. Daha sonra Hisli (1989) tarafından yapılan çalışmada güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak belirlenmiştir. Ölçek, erişkin ve adölesan gruplarda kullanılabilir. Sağlıklı bireylerde depresif belirtileri belirlemek için kullanılabilirdiği gibi, psikiyatrik hasta gruplarında hastalığı tanımlayabilme, şiddetini ölçme, tedavinin etkilerini değerlendirebilme amacıyla da kullanılabilir (Yalom ve Glick 2006; Kılınç ve Torun 2011). Basit bir dile sahip olması, hasta tarafından da doldurulabilmesi, puanlamanın kolay olması ve uygulayıcının özel bir eğitim almasına gerek olmaması nedeniyle kolay uygulanabilir bir yapıdadır (Aydemir ve Köroğlu 2006; Kılınç ve Torun 2011). Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,78 olarak belirlendi (Ek-2).

**Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):** Beck ve arkadaşları (1971) tarafından bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçek 'gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler', 'motivasyon kaybı' ve 'umut' olmak üzere üç faktör ve 20 maddeden oluşmuştur

(Beck ve ark. 1971). Ölçekteki maddelerin 11 doğru ve 9 yanlış anahtar yanıtı olup, maddeler evet veya hayır olarak yanıtlanmakta, 0-1 olarak puanlanmaktadır. Anahtara uyumlu her yanıt için 1 puan, uyumsuz her yanıt için 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-20 arasında değişmektedir. Elde edilen aritmetik toplam umutsuzluk puanını vermektedir ve alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılmaktadır (Seber ve ark. 1993; Durak ve Palabıyıkoglu 1994). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Seber ve arkadaşları (1993) tarafından major depresyon, distimik bozukluk ve intihar girişiminde bulunan hastalar ve kontrol grubu üzerinde yapılmış ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,86 bulunmuştur. Ölçeğin daha sonra Durak ve Palabıyıkoglu (1994) tarafından psikiyatrik ve fiziksel hasta grubu ile sağlam bireyleri içeren daha geniş bir örneklem grubu kullanılarak geçerlik çalışması yapılmış, depresyon hastaları için geçerlik katsayısı 0,71 olarak belirlenmiş ve ölçeğin normal grup, kronik-fiziksel hastalar ve psikiyatrik hastalarda umutsuzluğu belirlemede geçerli olarak kullanılabilceği belirtilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,70 olarak belirlendi (Ek-3).

**Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik Ölçeği (DBÖÖ):** Depresyon semptomları ile başa çıkabilmek için gerekli olan davranışları uygulayabilme yeteneği üzerinde etkisi olan öz yeterlik inançlarını ölçmek amacı ile Perraud (2000) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, depresyondaki bireylerin evde depresif semptomlarını yönetmek için kendi yeteneklerini yargılayarak gerekli olan bakımını sağlaması amaçlanmış bir kendini değerlendirme ölçeğidir. DBÖÖ hem hemşirelere ve hem de hastalara öz bakım rehberliği sağlamada yardım etmekte, depresyondaki bireylere motivasyon ve beceri sağlamak için düzenlenen tedavi girişimleri sonrasında hasta bakım sonuçlarını ölçmek için kullanılabilir. Aynı zamanda, önerilen tedavi programının izlenmesinde, hastaların yeterli olup olmadıklarını göstermesi açısından da nüksleri tahmin etmede kullanılabilir önerilmektedir. Ölçeğin hastanın gereksinimlerini belirleme, girişimlerinin seçilmesinde, hedef belirleme ve uygulanan girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde, hasta sonuçlarının ölçülmesinde ve geliştirilmesinde daha doğru ve anlaşılır bir yaklaşımla hemşireye rehberlik sağlayacağı belirtilmiştir. Ayrıca depresyondaki bireylerin evde, depresif semptomlarını yönetmek için kendi yeteneklerini sorgulayarak gerekli olan bakımını sağlamasına yardımcı olmada rehberlik sağlayacak ve hastaların kendilerinde eksik olan yönlerin farkına varmalarına yardımcı

olacağı da belirtilmiştir. Ölçek, 24 maddeden oluşan toplamı oranlı bir ölçektir. Ölçeğin cevaplandırılmasında her bir maddeden sonra verilen başlangıç noktası “emin değilim”, orta noktası “orta derecede eminim”, bitiş noktası ise “eminim” ifadelerine karşılık gelen, % 0 ve % 100 arasında 10 eşit aralığa bölünmüş oranlı bir puanlandırma doğrusu kullanılmaktadır. Ölçek puanı, ölçek maddelerine verilen puanların toplamı madde sayısına bölünmesiyle yüzde cinsinden hesaplanmaktadır. Hesaplanan puan % 50'nin altındaysa düşük derecede öz yeterliği, % 50 ile % 75 arasında ise orta derecede öz yeterliği ve % 75'in üzerinde ise yüksek derecede öz yeterliği göstermektedir. Orijinal ölçek, depresyon tanısı alan ve almayan bireylerde test edilmiş olup, cronbach alpha değeri depresyon tanılı grupta 0,93, sağlıklı grupta 0,84 olarak bulunmuştur (Perraud 2000). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Albal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Albal 2009; Albal ve ark. 2010). Mevcut çalışmada ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,72 olarak belirlendi (Ek-4).

### 3.7. Araştırma Süreci

Araştırmacı, araştırmanın yapıldığı zaman aralığı boyunca kliniğe giderek araştırma kriterlerini karşılayan hastaları yatış sırasına göre bir deney ve bir kontrol olmak üzere araştırma gruplarına dahil etti. Uygulama öncesi ölçeklerin doldurulması için yapılan görüşmeler yaklaşık olarak 30-45 dakika sürdü. Araştırmacı, hasta görüşmelerini ve deney grubuna yönelik uygulamalarını hastanın ve ortamın durumuna göre hasta odasında, koridorda, aile görüşme odasında veya hastane bahçesinde yürüttü.

Deney grubuna araştırmanın değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler uygulandıktan sonra, FSÖM'ye göre bakım verildi. Gordon tarafından geliştirilen FSÖM, onbir fonksiyonel sağlık örüntüsünü içeren bir rehberdir. Sağlığa, yaşamın kalitesine, insanın potansiyel başarısına yardımcı olan bu fonksiyonel örüntülerin her biri birbiri ile ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Modelde yer alan örüntüler; sağlığın algılaması ve sağlığın yönetim biçimi, beslenme şekli ve metabolik durumu, boşaltım şekli, aktivite-egzersiz şekli, uyku istirahat şekli, bilişsel–algılama şekli, kendini algılama, kavrama şekli, rol-ilişki şekli, cinsellik ve üreme şekli, baş etme, stresi tolere etme şekli, inanç ve değerleri olarak isimlendirilmiştir (Gordon 1998; Gordon 2003; Lewis ve ark. 2004; Birol 2008; Jones ve ark. 2012). Her bir örüntüde değerlendirilmeyi sağlayacak soru ve özellikler yer almaktadır (Birol 2008) (Ek-5).

Deney grubundaki hastalar öncelikle, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Veri Toplama ve Verileri Gruplandırma Rehberi ile değerlendirilerek, sorun alanları saptandı ve örüntülere uygun NANDA hemşirelik tanıları belirlendi (Tablo 1). Araştırmacı hastaların hastanede yattıkları süre içerisinde her gün kliniğe giderek belirlediği hemşirelik tanılarına uygun hemşirelik girişimlerini uyguladı. Hemşirelik girişimleri tanının ve girişimlerin özelliğine göre bireysel olarak veya klinikteki diğer hastaları da dahil ederek gruba yönelik uygulandı. Hemşirelik girişimleri araştırmacının literatür doğrultusunda hazırladığı (Kum 1996; Sertbaş ve Bahar 2004; Carpenito Moyet 2005; Çam ve ark. 2006; Mills ve Nettina 2006; Ançel 2007; Kelleci 2007; Boyd 2008; Shives 2008; Varcarolis ve Halter 2009; Ertekin Pınar ve Tel 2012; Engin ve Ergün 2014) ‘Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Depresif Bozukluklu Olan Bireylerin Depresyonla Başetmelerini Geliştirmeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri Planı (Ek-6) temel alınarak planlandı.

**Tablo 3.1:** Deney Grubunun FSÖM'ye Göre Belirlenen Hemşirelik Tanıları (N=34)

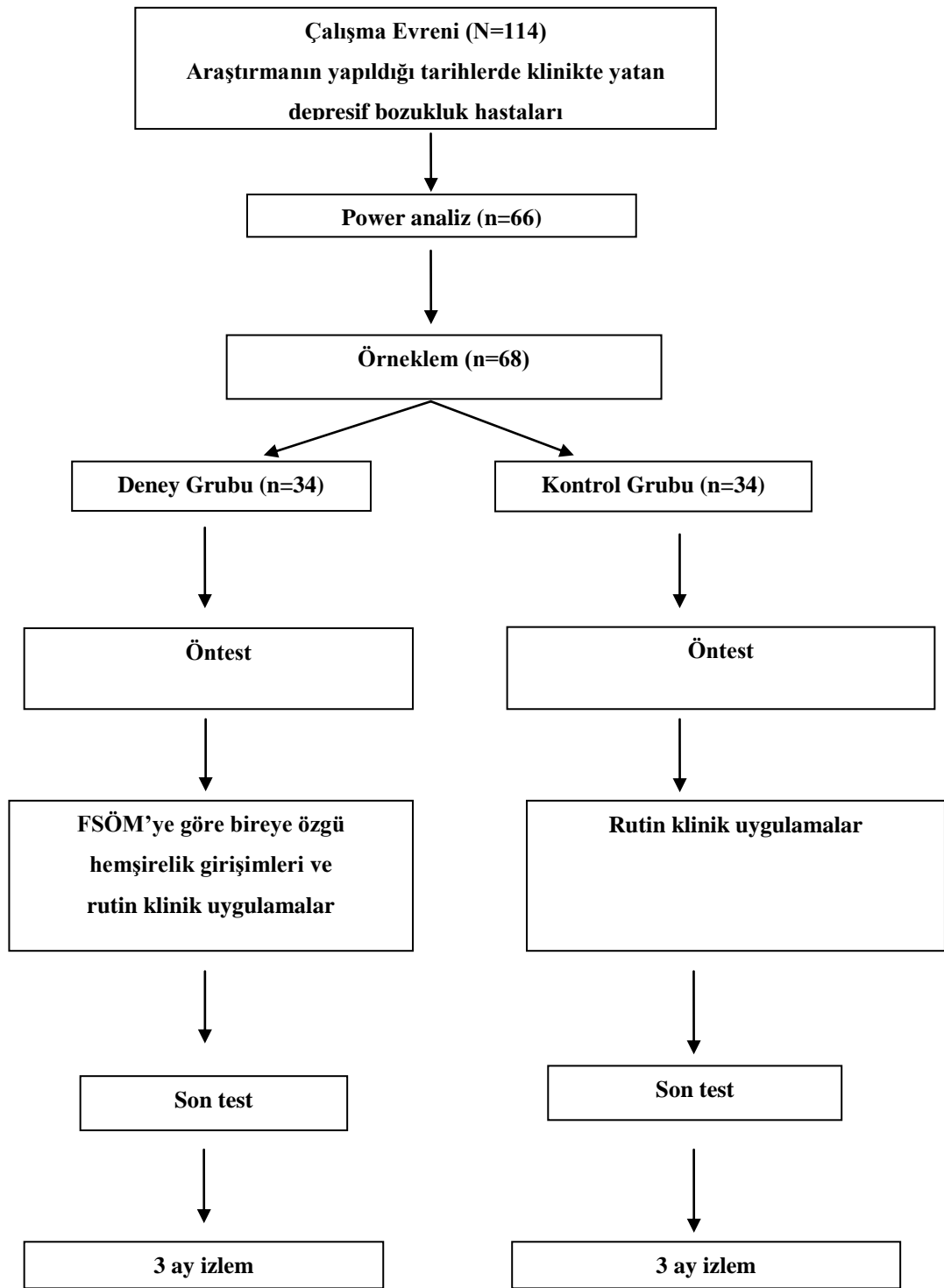
FSÖ	Hemşirelik Tanısı	Yatışta		Taburculukta	
		Sayı	%	Sayı	%
Sağlığın algılaması- sağlığın yönetim biçimi	Terapotik rejimi etkisiz yönetme	9	26,5	-	-
Beslenme şekli ve metabolik durumu	Beden gereksiniminden az beslenme	18	52,9	8	23,5
Boşaltım şekli	Konstipasyon	11	32,4	1	2,9
Aktivite-egzersiz şekli	Bireysel bakımda eksiklik	15	44,1	2	5,9
	Yorgunluk	22	64,7	12	35,3
	Eğlence aktivitesinde eksiklik	29	85,3	15	44,1
Uyku- istirahat şekli	Uyku örüntüsünde rahatsızlık	29	85,3	4	11,8
Bilişsel algılama şekli	Düşünce süreçlerinde bozulma	24	70,6	13	38,2
	Karar vermede çatışma	8	23,5	1	2,9
	Anksiyete	12	35,3	-	-
Kendini algılama, kavrama şekli	Benlik saygısında rahatsızlık	24	70,6	10	29,4
	Kendine zarar verme riski	18	52,9	2	5,9
	Umutsuzluk	30	88,2	13	38,2
	Disfonksiyonel acı çekme	4	11,8	2	5,9
Rol – ilişki şekli	Rol performansında etkisizlik	20	58,8	12	35,3
	Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	18	52,9	12	35,3
	Sözel iletişimde bozulma	14	41,2	-	-
	Sosyal etkileşimde bozulma	30	88,2	6	17,6
	Cinsellik ve üreme şekli	Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	10	29,4	Değerlendirilemedi
Baş etme, stresi tolere etme şekli	Etkisiz bireysel başetme	34	100	18	52,9
İnanç ve değerleri	Manevi sıkıntı	2	5,9	1	2,9



Deney grubu hastaların FSÖM'ye göre değerlendirilmesi sonucunda hastaların % 26,5'inde terapötik rejimi etkisiz yönetme, % 52,9'unda beden gereksiniminden az beslenme, % 32,4'ünde konstipasyon, % 44,1'inde bireysel bakımda eksiklik, % 64,7'sinde yorgunluk, % 85,3'ünde eğlence aktivitesinde eksiklik ve uyku örüntüsünde rahatsızlık, % 70,6'sında düşünce süreçlerinde bozulma ve benlik saygısında rahatsızlık, % 23,5'ünde karar vermede çatışma, % 35,3'ünde anksiyete, % 52,9'unda kendine zarar verme riski ve aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma, % 88,2'sinde umutsuzluk ve sosyal etkileşimde bozulma, % 11,8'inde disfonksiyonel acı çekme, % 58,8'inde rol performansında etkisizlik, % 41,2'sinde sözel iletişimde bozulma, % 29,4'ünde cinsellik örüntülerinde etkisizlik, % 100'ünde etkisiz bireysel başatma, % 5,9'unda manevi sıkıntı tanıları saptandı (Tablo-3.1).

Belirlenen hemşirelik tanıları ve planlanan hemşirelik girişimleri her hasta için aynı olmayıp, hastanın tercihleri de göz önünde tutularak, gereksinimleri doğrultusunda ve bireye özgü olarak belirlendi ve uygulandı (Örnek Bakım Planı-Ek-7). Bakım verilen süre boyunca kliniğin rutin tedavi programı ve aktivitelerine devam eden hastalara taburcu oldukları gün veya bir gün öncesinde ölçekler yeniden uygulandı. Hastaların klinikte yatış süreleri 5-30 gün (ort=18,70±9,72) arasında değişmekteydi. Taburculuktan üç ay sonra ölçekler tekrar uygulanarak izlem yapıldı.

Kontrol grubuna ise araştırmanın değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler uygulandıktan sonra herhangi bir tanılama veya girişim uygulanmadı. Sadece hastalarla selamlaşma, hatırlarını sorma gibi etkileşimlerde bulunuldu. Ayrıca, klinikte yattıkları süre içersinde kliniğin rutin tedavi programı ve aktivitelerine devam eden hastalara taburcu oldukları gün veya bir gün öncesinde ölçekler yeniden uygulandı. Kontrol grubu hastaların klinikte yatış süreleri 5-30 gün (ort=14,97±8,96) arasında değişmekteydi. Taburculuktan üç ay sonra ölçekler tekrar uygulanarak izlem yapıldı.



Şekil 3.1:Araştırmanın Uygulama Şeması

### **3.8.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik onayı Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından verildi (Ek-8). Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Tekirdağ Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden resmi izin alındı (Ek-9).

Veri toplanmaya başlamadan önce bireylere çalışma hakkında bilgi verildi, yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek-10). Araştırmaya katılan bireylere bilgilerin araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı konusunda güvence verilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

### **3.9. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS 16,0 (Statistical Package For Social Science) paket programında analiz edildi. Verilerin analizinde, ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlık incelemesinde Cronbach Alfa Analizi kullanıldı. Deney ve kontrol grubunun bireysel özelliklerini değerlendirmede tanımlayıcı (yüzde, oran, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maximum) testler ve karşılaştırmalı istatistik yöntemleri (Mann-Whitney U Testi, Kikare Testi, Bağımsız Gruplarda T Testi) kullanıldı. Girişimin etkinliğini belirlemede ise non-parametrik karşılaştırmalı istatistik yöntemleri (Mann-Whitney U Testi, Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ve Friedman Testi) kullanıldı. Araştırmada tüm bulgular  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde sınandı (Tablo-3.2).

**Tablo 3.2:** Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Deney ve kontrol grubunun benzerliğini değerlendirmede	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maximum, oran, yüzde)</li> <li>➤ Kikare Testi</li> <li>➤ Mann Whitney U Testi</li> <li>➤ Bağımsız Gruplarda T Testi</li> </ul>
Deney ile kontrol grubunun öntest, sontest ve izlem test BDÖ, BUÖ, DBÖÖ puanlarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mann Whitney U Testi</li> </ul>
Deney grubunun öntest, sontest ve izlem test BDÖ, BUÖ, DBÖÖ puanlarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Friedman testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi</li> </ul>
Kontrol grubunun öntest, sontest ve izlem test BDÖ, BUÖ, DBÖÖ puanlarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Friedman testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi</li> </ul>
BDÖ, BUÖ ve DBÖÖ iç tutarlılık incelemesinde	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cronbach Alfa Katsayısı</li> </ul>

### 3.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Deney ve kontrol grubunun homojen olması araştırmanın güçlü yönüdür.

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Araştırmanın sadece bir psikiyatri kliniğinde yapılması,
- Deney ve kontrol grubu hastaların aynı anda klinikte buldukları için birbirlerinden etkilenmeleri,
- Hastaların aynı zamanda tıbbi tedavi alıyor olmaları ve uygulanan ilaçların farklı gruptan farklı etki ve yan etkilere sahip ilaçlar olması,
- Araştırmaya dahil edilen hastaların yatış sürelerinin birebir aynı olmaması nedeni ile aldıkları tedavi dozu, ön test ve son testlerin uygulama süreleri ve deney grubu hastalara uygulanan girişimlerin süreleri bakımından hastalar arasında farklılıklar olmasıdır.

## 4. BULGULAR

Depresif hastaların depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede özyeterliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunuldu;

**Birinci bölümde;** Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulgular (Tablo-4.1),

**İkinci bölümde;** Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların BDÖ, BUÖ, DBÖÖ'nin ön test, son test ve izlem puanları ile ilgili bulgular (Tablo-4.2, Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5).

### 4.1. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özellikleri Tablo-4.1'de gösterildi.

**Tablo 4.1:** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri (N=68)

Değişkenler		Deney (n= 34)		Kontrol (n= 34)		$\chi^2$	p		
		n	%	n	%				
Cinsiyet	Kadın	19	55,9	19	55,9	0,000	1,000		
	Erkek	15	44,1	15	44,1				
Eğitim durumu	Eğitimsiz	5	14,7	7	20,6	2,687	0,442		
	İlkokul mezunu	16	47,1	17	50,0				
	Ortaokul mezunu	4	11,8	6	17,6				
	Lise /Üniversite mezunu	9	26,5	4	11,8				
Medeni durum	Bekar	5	14,7	5	14,7	1,690	0,639		
	Evli	22	64,7	21	61,8				
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	3	8,8	6	17,6				
	Eşi ölmüş	4	11,8	2	5,9				
Beraber yaşadığı kişiler	Yalnız	6	17,6	4	11,8	0,568	0,967		
	Anne babayla	6	17,6	7	20,6				
	Eşiyle	5	14,7	6	17,6				
	Eş ve çocuklar	13	38,2	13	38,2				
Meslek	Eş çocuk ve torunlar	4	11,8	4	11,8	2,830	0,419		
	Çalışmıyor	21	61,8	19	55,9				
	Memur/işçi	4	11,8	5	14,7				
	Emekli	5	14,7	2	5,9				
Gelir durumu	Serbest/çiftçi	4	11,8	8	23,5	3,778	0,151		
	İyi	3	8,8	5	14,7				
	Orta	22	64,7	14	41,2				
	Kötü	9	26,5	15	44,1				
Kronik hastalık	Var	13	38,2	11	32,4	0,258	0,612		
	Yok	21	61,8	23	67,6				
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	14	41,2	7	20,6	3,376	0,066		
	Yok	20	58,8	27	79,4				
Tanı	Orta depresif nöbet	10	29,4	12	35,3	1,857	0,395		
	Psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet	21	61,8	16	47,1				
	Psikotik belirtili ağır depresif nöbet	3	8,8	6	17,6				
Madde kullanımı	Kullanmıyor	16	47,1	7	20,6	7,588	0,055		
	Sigara	11	32,4	22	64,7				
	Sigara ve alkol	6	17,6	4	11,8				
	Sigara, alkol ve madde	1	2,9	1	2,9				
Kendine zarar verme öyküsü	Yok	6	17,6	6	17,6	0,072	0,965		
	Düşünce var	13	38,2	12	35,3				
	Düşünce ve girişim var	15	44,1	16	47,1				
Şiddet öyküsü	Var	13	38,2	14	41,2	0,061	0,804		
	Yok	21	61,8	20	58,8				
Yakında olumsuz yaşam olayı	Var	17	50,0	20	58,8	0,534	0,465		
	Yok	17	50,0	14	41,2				
		<b>Deney</b>		<b>Kontrol</b>					
		<b>Mean±sd</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mean±sd</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>test</b>	<b>p</b>
Yaş		47,32±14,52	20	65	42,50±14,23	18	65	1,383**	0,171
Çocuk sayısı		1,82±1,16	0	3	1,67±0,97	0	3	-0,779*	0,436
Yatış sayısı		1,58±0,95	1	4	1,38±0,60	1	3	-0,522*	0,602
Yatıştan sonra geçen süre		2,35±1,20	1	4	1,97±1,60	0	4	-1,163*	0,245
Yatış gün sayısı		18,70±9,72	5	30	14,97±8,96	5	30	-1,646*	0,100

$\chi^2$ =Kikare testi, \*Z=Mann-Whitney U Testi, \*\*t: Bağımsız Gruplarda T Testi

Deney grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; hastaların % 55,9'unun kadın, % 64,7'sinin evli, % 38,2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, % 47,1'inin ilkokul mezunu olduğu, % 61,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, % 26,5'inin gelir durumunu kötü olarak algıladığı belirlendi. Yine hastaların % 61,8'inin tanısının psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet olduğu, % 38,2'sinin kronik bir hastalığının bulunduğu, % 41,2'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, % 17,6'sının sigara ve alkol kullandığı, % 44,1'inin daha önce kendine zarar verme girişiminde bulunduğu, % 38,2'sinin daha önce şiddete maruz kaldığı ve % 50'sinin yakın zamanda olumsuz bir yaşam olayı geçirdiği bulundu (Tablo-4.1). Hastaların yaş ortalaması  $47,32 \pm 14,52$ , çocuk sayısı ortalaması  $1,82 \pm 1,16$ , kliniğe yatış sayısı ortalaması  $1,58 \pm 0,95$ , klinikte yattığı gün sayısı ortalaması  $18,70 \pm 9,72$  ve yatıştan sonra çalışmaya katılana kadar geçen gün sayısı ortalaması  $2,35 \pm 1,20$ 'dir (Tablo-4.1).

Kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde % 55,9'unun kadın, % 61,8'inin evli, % 38,2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, % 50'sinin ilkokul mezunu olduğu, % 55,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, % 44,1'inin gelir durumunu kötü olarak algıladığı belirlendi. Yine hastaların % 47,1'inin tanısının psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet olduğu, % 32,4'ünün kronik bir hastalığının bulunduğu, % 20,6'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, % 11,8'inin sigara ve alkol kullandığı, % 47,1'inin daha önce kendine zarar verme girişiminde bulunduğu, % 41,2'sinin daha önce şiddete maruz kaldığı, % 58,8'inin yakın zamanda olumsuz bir yaşam olayı geçirdiği bulundu (Tablo-4.1). Hastaların yaş ortalaması  $42,50 \pm 14,23$ , çocuk sayısı ortalaması  $1,67 \pm 0,97$ , kliniğe yatış sayısı ortalaması  $1,38 \pm 0,60$ , klinikte yattığı gün sayısı ortalaması  $14,97 \pm 8,96$  ve yatıştan sonra çalışmaya katılana kadar geçen gün sayısı ortalaması  $1,97 \pm 1,60$ 'dir (Tablo-4.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo-4.1).

#### 4.2. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ, BUÖ, DBÖÖ'nin Ön Test, Son Test ve İzlem Puanları İle İlgili Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test, son test ve izlemde depresif belirti ve depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyleri Tablo-4.2'de gösterildi.

**Tablo 4.2:** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem Depresif Belirti ve Depresyonla Başa Çıkmada Özyeterlik Düzeyleri (N=68)

Ölçekler	Deney (34)						Kontrol (34)						
	Öntest		Sontest		İzlem testi		Öntest		Sontest		İzlem testi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>BDÖ</b>	<b>Minimal</b>	-	-	18	52,9	25	73,5	-	-	5	14,7	3	8,8
	<b>Hafif</b>	-	-	15	44,1	5	14,7	-	-	12	35,3	13	38,2
	<b>Orta</b>	8	23,5	1	2,9	2	5,9	19	55,9	15	44,1	13	38,2
	<b>Şiddetli</b>	26	76,5	-	-	2	5,9	15	44,1	2	5,9	5	14,7
<b>DBÖÖ</b>	<b>Düşük</b>	28	82,4	6	17,6	5	14,7	20	58,8	15	44,1	20	58,8
	<b>Orta</b>	6	17,6	27	79,4	25	73,5	14	41,2	17	50,0	14	41,2
	<b>Yüksek</b>	-	-	1	2,9	4	11,8	-	-	2	5,9	-	-

Deney grubu hastaların uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemdeki depresif belirti düzeyleri incelendiğinde, uygulama öncesinde hastaların % 76,5'inin depresif belirti düzeyinin şiddetli, % 23,5'inin orta düzeyde olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 52,9'unun depresif belirti düzeyinin minimal, % 44,1'inin hafif, % 2,9'unun orta düzeyde olduğu; 3 ay izlemde hastaların % 73,5'inin depresif belirti düzeylerinin minimal, % 14,7'sinin hafif, % 5,9'unun orta düzeyde olduğu belirlendi. Deney grubunun uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemde depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyleri incelendiğinde, uygulama öncesinde hastaların % 82,4'ünün depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, % 17,6'sının orta olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 17,6'sının depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, % 79,4'ünün orta ve % 2,9'unun yüksek olduğu; 3 ay izlemde % 14,7'sinin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, hastaların % 73,5'inin orta ve % 11,8'inin yüksek olduğu belirlendi (Tablo-4.2).



Kontrol grubu hastaların uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemdeki depresif belirti düzeyleri incelendiğinde, uygulama öncesinde hastaların % 44,1'inin depresif belirti düzeyinin şiddetli, % 55,9'unun orta olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 14,7'sinin depresif belirti düzeylerinin minimal, % 35,3'ünün hafif, % 44,1'inin orta, % 5,9'unun şiddetli olduğu; 3 ay izlemde hastaların % 8,8'inin depresif belirti düzeylerinin minimal ve % 38,2'sinin hafif, % 38,8'inin orta, % 14,7'sinin şiddetli olduğu belirlendi. Kontrol grubunun uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemde depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyleri incelendiğinde, uygulama öncesinde hastaların % 58,8'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, % 41,2'sinin orta olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 44,1'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, % 50,0'sinin orta ve % 5,9'unun yüksek olduğu; 3 ay izlemde hastaların % 58,8'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, % 41,2'sinin orta olduğu belirlendi (Tablo-4.2).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların BDÖ'nin ön test, son test ve izlem puanları Tablo-4.3'te gösterildi.

**Tablo 4.3:** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem BDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=68)

Ölçekler	Deney (34)			Kontrol (34)			Z	p	
	Mean±sd	Min	Max	Mean±sd	Min	Max			
BDÖ	1-Öntest	33,85±6,13	18	45	31,14±10,67	19	54	-1,799	0,072
	2-Sontest	9,23±4,32	2	17	18,05±8,86	6	43	-4,772	<b>0,000</b>
	3-İzlem testi	9,26±7,37	2	32	18,88±9,87	8	42	-4,875	<b>0,000</b>
		$\chi^2=54,72$ p = <b>0,000</b>			$\chi^2=40,29$ p = <b>0,000</b>				
		<b>*1&gt;2 ve 3</b>			<b>*1&gt;2 ve 3</b>				

$\chi^2$ =Friedman testi; Z=Mann-Whitney U Testi; \*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemde BDÖ puan karşılaştırmaları Tablo-4.3'te gösterildi. Deney grubu ile kontrol grubunun öntest BDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), gruplar birbirine benzerdi. Deney ve kontrol grubunun sontest BDÖ puanları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,772$ ,  $p<0,05$ ). Deney ve kontrol grubunun 3

ay izlem BDÖ puanları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,875$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo-4.3).

Deney grubunun BDÖ öntest, sontest ve izlem puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=54,72$ ,  $p<0,05$ ). Kontrol grubunun BDÖ öntest, sontest ve izlem puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=40,29$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo-4.3).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların BUÖ'nin ön test, son test ve izlem puanları Tablo-4.4'te gösterildi.

**Tablo 4.4:** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem BUÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=68)

Ölçekler	Deney (34)			Kontrol (34)			Z	p	
	Mean±sd	Min	Max	Mean±sd	Min	Max			
BUÖ	1-Öntest	11,94±2,20	7	16	11,41±4,54	3	20	-1,140	0,254
	2-Sontest	5,00±2,42	2	11	8,94±3,82	4	16	-4,429	<b>0,000</b>
	3-İzlem testi	4,91±2,70	0	11	9,67±3,79	4	17	-5,016	<b>0,000</b>
		$\chi^2=46,60$ p = <b>0,000</b>			$\chi^2=11,54$ p = <b>0,003</b>				
		<b>*1&gt;2 ve 3</b>			<b>*1&gt;2 ve 3</b>				

$\chi^2$ =Friedman testi; Z=Mann-Whitney U Testi; \*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemde BUÖ puan karşılaştırmaları Tablo-4.4'te gösterildi. Deney grubu ile kontrol grubunun öntest BUÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), gruplar birbirine benzerdi. Deney ve kontrol grubunun sontest BUÖ puanları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,429$ ,  $p<0,05$ ). Deney ve kontrol grubunun 3 ay izlem BUÖ puanları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-5,016$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo-4.4).

Deney grubunun BUÖ öntest, sontest ve izlem puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark bulundu ( $\chi^2= 46,60$ ,  $p<0,05$ ). Kontrol grubunun BUÖ öntest, sontest ve izlem puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=11,54$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo-4.4).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların DBÖÖ'nin ön test, son test ve izlem puanları Tablo-4.5'te gösterildi.

**Tablo 4.5:** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Öntest, Sontest ve İzlem DBÖÖ Puanlarının Karşılaştırılması (N=68)

Ölçekler	Deney (34)			Kontrol (34)			Z	p	
	Mean±sd	Min	Max	Mean±sd	Min	Max			
DBÖÖ	1-Öntest	40,94±8,00	28,75	60,83	44,57±9,87	18,33	61,25	-1,908	0,056
	2-Sontest	57,94±9,88	36,25	77,92	53,38±14,50	30,83	81,67	-1,196	0,232
	3-İzlem testi	60,71±12,52	24,58	85,00	46,11±12,16	22,50	68,75	-4,423	<b>0,000</b>
		$\chi^2=51,28$ p = <b>0,000</b>			$\chi^2=18,67$ p = <b>0,000</b>				
		*1<2 ve 3; 2<3			*1<2; 2>3				

$\chi^2$ =Friedman testi; Z=Mann-Whitney U Testi; \*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay izlemde DBÖÖ puan karşılaştırmaları Tablo-4.5'te gösterildi. Deney grubu ile kontrol grubunun öntest DBÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), gruplar birbirine benzerdi. Deney ve kontrol grubunun sontest DBÖÖ puanları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Deney ve kontrol grubunun 3 ay izlem DBÖÖ puanları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,423$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo-4.5).

Deney grubunun DBÖÖ öntest, sontest ve izlem puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=51,28$ ,  $p<0,05$ ). Kontrol grubunun DBÖÖ öntest, sontest ve izlem puanları kendi içinde karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı fark bulundu ( $\chi^2=18,67$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo-4.5).

## 5. TARTIŞMA

Depresif hastaların depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede özyeterliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı.

**Birinci bölümde;** Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulgular (Tablo-4.1),

**İkinci bölümde;** Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların BDÖ, BUÖ, DBÖÖ'nin ön test, son test ve izlem puanları ile ilgili bulgular (Tablo-4.2, Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5) tartışıldı.

### 5.1. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bireysel ve Hastalık Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $47,32 \pm 14,52$ , kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $42,50 \pm 14,23$  olduğu belirlendi. Deney grubundaki hastaların hastaneye yatış sayısı ortalamasının  $1,58 \pm 0,95$ , kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatış sayısı ortalamasının  $1,38 \pm 0,60$  olduğu, deney grubundaki hastaların klinikte yattığı gün sayısı ortalamasının  $18,70 \pm 9,72$ , kontrol grubundaki hastaların klinikte yattığı gün sayısı ortalamasının  $14,97 \pm 8,96$  olduğu belirlendi. Yine deney grubu hastaların yatıştan sonra geçen gün sayısı ortalamasının  $2,35 \pm 1,20$  ve kontrol grubu hastaların yatıştan sonra geçen gün sayısı ortalamasının  $1,97 \pm 1,60$  olduğu belirlendi (Tablo-4.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların % 55,9'unun kadın, % 44,1'inin erkek olduğu, deney grubunun % 64,7'sinin ve kontrol grubunun % 61,8'inin evli olduğu, deney ve kontrol grubu hastaların % 38,2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, deney grubundaki hastaların % 47,1'inin, kontrol grubundaki hastaların % 50'sinin ilkökul mezunu olduğu; deney grubundaki hastaların % 61,8'inin, kontrol grubundaki hastaların % 55,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, deney grubundaki hastaların % 26,5'inin, kontrol grubundaki hastaların % 44,1'inin gelir durumunu kötü olarak algıladıkları belirlendi (Tablo-4.1).

Deney grubundaki hastaların % 61,8'inin ve kontrol grubundaki hastaların % 47,1'inin tanısının 'psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet' olduğu belirlendi. Deney grubu hastaların % 38,2'sinin, kontrol grubu hastaların % 32,4'ünün kronik bir hastalığı olduğu, deney grubu hastaların % 41,2'sinin ve kontrol grubu hastaların % 20,6'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu, deney grubu hastaların % 17,6'sının ve kontrol grubu hastaların % 11,8'inin sigara ve alkol kullandığı belirlendi. Deney grubundaki hastaların % 44,1'inin, kontrol grubundaki hastaların % 47,1'inin daha önce kendine zarar verme girişiminde bulunduğu, deney grubundaki hastaların % 38,2'sinin, kontrol grubundaki hastaların % 41,2'sinin daha önce şiddete maruz kaldığı, deney grubundaki hastaların % 50'sinin, kontrol grubundaki hastaların ise % 58,8'inin yakın zamanda olumsuz bir yaşam olayı yaşadığı belirlendi (Tablo-4.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo-4.1). Gruplar arasında fark olmaması örneklem grubunun deneysel araştırma tasarımına uygun olduğunu göstermektedir.

Depresyon orta yaş grubundaki erişkin nüfusta daha yaygın görülmektedir (Kessler ve ark. 2003; Kaya ve Kaya 2007; Kessler ve ark. 2010; Lazarou ve ark. 2011; Chong ve ark. 2012). Depresif bozukluk tanılı hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların yaş ortalamalarının otuz ve kırklı yaşlar olduğu bildirilmektedir (Tucker ve ark. 2002; Elbozan ve ark. 2003; Perraud ve ark. 2006; Franck ve Raedt 2007; Franck ve ark. 2007; Albal ve Kutlu 2010; Özarlan ve ark. 2013; Özcan 2013). Mevcut çalışmada deney ve kontrol grubunun yaş ortalamaları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubu hastaların çoğunluğu kadındır. Depresyonun epidemiyolojisine yönelik yapılan çalışmalarda hastalığın kadınlarda erkeklere göre daha yüksek yaygınlık oranları gösterdiği bildirilmektedir (Erol ve ark. 1998; Ünal ve Özcan 2000; Kessler ve ark. 2003; Kaya ve Kaya 2007; Gabilondo ve ark. 2010; Yalvaç ve ark. 2011; Sağlık Bakanlığı 2013). Kadınlarda depresyonun daha yaygın görülmesinde sosyo-kültürel yapının önemli bir yeri olduğu, kadına biçilen sosyal değer ve rollerin, kadınlarının siyaset, kültür, eğitim ve ekonomi gibi sosyal hayatın birçok alanında yetersiz kalmalarının yaşam doyumlarını düşürerek ruhsal kırılğanlıklarını arttırdığı düşünülmektedir (Yaşar 2007). Depresif bozukluk hastalarıyla yapılan çalışmalarda da kadın hastaların daha fazla olduğunun görülmesi (Tucker ve ark. 2002; Tucker ve ark. 2004; Perraud ve ark. 2006; Blumenthal ve ark. 2007; Franck

ve Raedt 2007; Albal ve Kutlu 2010; Özcan 2013; Jarret ve ark. 2013) mevcut çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışmada hastaların yarısından fazlasının bir işte çalışmadığı tespit edildi. Toplum taraması ile elde edilen veriler işsizliğin depresyon için risk faktörü olduğuna (Arslantaş ve Ergin 2011), depresif bozukluk tanısıyla tedavi edilen bireylere ilişkin veriler hastaların büyük çoğunluğunun bir işte çalışmadığına işaret etmektedir (Ak ve ark. 2006; Albal ve Kutlu 2010; Özcan 2013; Yalvaç ve ark. 2011; Özarslan ve ark. 2013).

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubu bireylerin yarıya yakınının ilkökul mezunu olduğu bulundu. Bu bulgu depresyonun eğitim düzeyi düşük bireylerde daha yaygın olduğunu bildiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Ünal ve Özcan 2000; Elbozan ve ark. 2003; Kaya ve Kaya 2007; Albal ve ark. 2010; Gabilondo ve ark. 2010; Arslantaş ve Ergin 2011; Yalvaç ve ark. 2011).

Depresyonunun risk faktörleri arasında genellikle bekar, dul veya boşanmış olmak gösterilmekle birlikte (Sağduyu ve ark. 2000; Kaya ve Kaya 2007; Nicholson ve ark. 2008; Chong ve ark. 2012; WHO 2012) bu çalışmaya katılan depresyon hastalarının yarısından fazlasının evli olduğu bulundu. Albal ve Kutlu (2010) ve Özcan (2013)'ın depresyon tedavisi alan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların çoğunluğunun evli olduğu bildirilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlası gelir durumunu orta düzeyde algılamaktaydı. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; depresyon hastalarının büyük çoğunluğunun gelir düzeyi orta ve düşük olarak bildirilmektedir (Elbozan ve ark. 2003; Albal 2009; Okyay ve ark. 2012; Yalvaç ve ark. 2011).

Araştırmaya katılan hastaların ortalama 2 hafta kadar klinikte yattığı bulundu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda genellikle depresyon hastalarının klinikte 2 ve 3 hafta kadar yattığı görülmektedir (Elbozan ve ark. 2003; Albal ve ark. 2010).

Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık üçte biri ailesinde bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğunu ifade etti. Depresif hastalarda aile öyküsünü değerlendiren geniş örneklemlili (1776 hasta) bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısının birinci derece akrabalarının en az birinde depresyon öyküsü tespit edilmiştir (Zimmerman ve ark. 2006). Yapılan diğer çalışmalarda depresyon hastalarının % 30-50'sinin aile bireylerinde depresyon başta olmak üzere bir ruhsal bozukluk öyküsü olduğu belirtilmektedir (Ak ve ark. 2006; Albal ve ark. 2010; Binbay 2012; Özcan 2013).

Depresyon ve fiziksel kronik hastalıklar arasında karşılıklı bir ilişki bulunmakta olup, kronik hastalık varlığı depresyonu tetiklerken, depresyon da kronik hastalığın tedavisini zorlaştırmaktadır (Elbi Mete 2008; Maxwell ve Pratt 2008). Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık üçte birinin fiziksel kronik bir hastalığı olduğunu bildirmesi kronik hastalıklar ve depresyonun birlikteliğine işaret eden çalışmaları desteklemektedir (Blumenthal ve ark. 2007; Kayahan ve Sertbaş 2007; Elbi Mete 2008; Özcan 2013).

Depresyon intihar riskini arttıran en önemli psikiyatrik bozukluktur (Durak ve Palabıyıkoglu 1994; Altındağ ve Kılıç 2012). Yapılan çalışmalar, depresif hastalarda intihar düşünce ve girişimlerinin yaygın olduğunu (Elbozan ve ark. 2003; Albal ve Kutlu 2010; Yalvaç ve ark. 2011; Chartrand ve ark. 2012; Özarslan ve ark. 2013; Özcan 2013) göstermektedir. Literature benzer şekilde mevcut çalışmada hem deney ve hem de kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda geçmişte kendine zarar verme düşüncesinin veya girişiminin olduğu tespit edildi.

Sigara, alkol ve madde kullanımı bireylerin stres etkenleri karşısında ortaya çıkan öfke, kaygı gibi olumsuz duygularla mücadele etmek için başvurdukları yaklaşımlardan biri olup, bu yaklaşımlar etkisiz veya uyumsuz baş etme yöntemleri arasında yer almaktadır (Aldwin 2007; Baltaş ve Baltaş 2008). Çalışmaya katılan hastaların en fazla kullandığı madde sigara olup, hastaların bir kısmında alkol kullanımı da mevcuttu. Diğer madde kullanım oranı ise düşüktü. Depresif hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da hastaların büyük çoğunluğunun sigara kullandığı görülmektedir (Elbozan ve ark. 2003; Blumenthal ve ark. 2007; Özarslan ve ark. 2013).

Olumsuz yaşam olaylarıyla mücadele, bireyin baş etme kapasitesini aştığında depresyon gelişmesi kolaylaşmaktadır (Ünal ve Özcan 2000). Yapılan bir çalışmada depresyonlu bireylerde olumsuz yaşam olayları sıklığının sağlam kontrol grubundan daha fazla olduğu bulunmuştur (Sigmon ve ark. 2006). Kriz merkezine başvuran bireyler ve sağlam kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada da kriz grubu bireylerinin depresyon ve umutsuzluk puanlarının kontrol grubundan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Haran ve Aydın 1995). Bu çalışmada hastaların yarısından fazlasının yakın bir zamanda olumsuz yaşam olayı deneyimlediğinin tespit edilmesi, olumsuz yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların üçte birinde şiddete uğrama öyküsünün olduğu bulundu. Bu bulgu, Albal'ın (2009) depresif bozukluk nedeniyle klinikte yatan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların şiddet öyküsü oranlarıyla benzerlik

göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalar da, şiddete maruz kalan bireylerde depresif belirtilerin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir (Tadegee 2008; Cengiz Özyurt ve Deveci 2011; Okyay ve ark. 2012)

## **5.2. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ, BUÖ, DBÖÖ'nin Ön Test, Son Test ve İzlem Puanları İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Depresyonda hastalığın şiddetini belirleme, tedavi ile ilgili değişimleri izleme ve tedavinin etkinliğini değerlendirmede, tedavinin belli aşamalarında, üç aylık bir tedavi sürecinin ardından ve tedavi sonunda hastaların depresif belirti düzeylerinin değerlendirilmesi gerekli görülmektedir (Yalom ve Glick 2006; Özyüksel ve Uluğ 2007; Aydemir 2011; Akkaya ve ark. 2013). Düzelmeye göstergesi olarak kullanılan ölçeklerde başlangıç puanına göre en az % 50 azalma sağlanması tedaviye olumlu yanıt verildiği, % 25-50 azalma yetersiz yanıt ve % 25'in altında azalma tedaviye yanıtız olarak değerlendirilmektedir (Yalom ve Glick 2006; Aydemir 2011). Bununla birlikte hastalarda iyileşme göstergesi olarak depresyonun önemli bir belirtisi olan özellikle de intihar riskinin belirleyicisi umutsuzluğun ölçümü de çok önemlidir (Dilbaz ve Seber 1993; Durak ve Palabıykoğlu 1994). Depresyon tedavisi alan hastaların depresyonla baş etmede özyeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi de tedavi hedeflerinin belirlenmesi, tedaviyi yönlendirme ve hastalığın relaps riskini görmeye rehberlik etmesi yanında, remisyonadaki hastalarda yeni depresif atak işaretlerini tanımayı ve hastaların tedaviye erken başvurmasını da sağlamaktadır. Bu nedenle tedavi sonrası izlemlerde hastaların depresyonla baş etmede özyeterlik düzeyi ölçülmelidir (Tucker ve ark. 2004; Albal ve Kutlu 2010).

Depresyonla baş etmede FSÖM'nin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hastaların depresif belirti, umutsuzluk ve depresyonla baş etmede özyeterlik düzeyleri değerlendirildi.

Uygulama öncesinde deney grubu hastaların % 76,5'inin, kontrol grubu hastaların % 44,1'inin depresif belirti düzeyinin şiddetli olduğu ve deney grubu hastaların % 23,5'inin, kontrol grubu hastaların % 55,9'unun depresif belirti düzeyinin orta olduğu bulundu. Ölçeğin kesme puanının 17 olduğu göz önüne alındığında, (Hisli 1989), hastaların orta ve şiddetli düzeyde depresif belirti göstermesi beklenen bir durumdur. Albal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında klinikte yatan depresif hastaların



% 67,6'sının şiddetli ve % 15,2' sinin orta düzeyde depresif belirti gösterdiği, mevcut çalışmadan farklı olarak hastaların % 17,2'sinin ise hafif ve minimal düzeyde depresif belirti gösterdiği bildirilmiştir. Farklılığın, araştırmaların metodolojik yöntemlerinin farklı olması dolayısıyla ölçümlerin tedavinin farklı aşamalarında yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Uygulama sonrasında deney grubu hastaların % 52,9'unun kontrol grubu hastaların % 14,7'sinin depresif belirti düzeyinin minimal ve deney grubu hastaların % 44,1'inin kontrol grubu hastaların % 35,3'ünün depresif belirti düzeyinin hafif düzeye gerilediği görüldü. Uygulama sonunda deney grubunda şiddetli düzeyde belirti gösteren hasta olmadığı, hastaların % 2,9'unun (1 hasta) orta düzeyde belirti gösterdiği, kontrol grubu hastaların % 5,9'unun şiddetli ve % 44,1'inin orta düzeyde depresif belirti gösterdiği belirlendi. 3 ay izlemde deney grubu hastaların % 73,5'inin kontrol grubu hastaların ise % 8,8'inin depresif belirti düzeylerinin minimal olduğu, deney grubu hastaların % 5,9'unun orta ve % 5,9'unun şiddetli belirti gösterirken, kontrol grubu hastaların % 38,2'sinin orta ve % 14,7'sinin şiddetli depresif belirti gösterdiği bulundu (Tablo-4.2).

Uygulama öncesinde deney grubu hastaların % 82,4'ünün, kontrol grubu hastaların % 58,8'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, deney grubu hastaların % 17,6'sının, kontrol grubu hastaların % 41,2'sinin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin orta olduğu bulundu. Her iki grupta da yüksek düzeyde özyeterliliğe sahip hasta olmadığı görüldü. Bu durum, depresif hastaların sorunları ile baş etmede yetersiz olduğunu düşündürmüştür. Albal ve arkadaşları (2010) mevcut çalışma bulgularına benzer biçimde hastalarının % 58,1'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük, % 27,6'sının orta olduğunu bildirmiştir. Uygulama sonrasında deney grubunun % 79,4'ünün, kontrol grubunun % 50'sinin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin orta olduğu tespit edildi. 3 ay izlemde deney grubu hastaların % 73,5'inin, kontrol grubu hastaların % 41,2'sinin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo-4.2).

Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi öntest BDÖ ( $Z=-1,799$ ,  $p>0,05$ ), BUÖ ( $Z=-1,140$ ,  $p>0,05$ ) toplam puanları ve DBÖÖ ( $Z=-1,908$ ,  $p>0,05$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu. FSÖM'ne dayalı bakım verilen deney grubu ile bakım verilmeyen kontrol grubunun sontest BDÖ ( $Z=-4,772$ ,  $p<0,05$ ), BUÖ ( $Z=-4,429$ ,  $p<0,05$ ) toplam puanları arasında anlamlı fark bulunurken, DBÖÖ ( $Z=-1,196$ ,  $p>0,05$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı. FSÖM'ne dayalı

bakım verilen deney grubu ile bakım verilmeyen kontrol grubunun izlem BDÖ (Z=-4,875, p<0,05), BUÖ (Z=-5,016, p<0,05) toplam puanları ve DBÖÖ (Z=-4,423, p<0,05) puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5). Deney ve kontrol grubunun sontest BDÖ, BUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olması, tedaviyle birlikte depresyona yönelik hemşirelik bakımı uygulamalarının hastaların belirtilerinde azalma sağladığını göstermektedir. Deney grubunun sontest DBÖÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmaması; deney ve kontrol grubundaki bazı bireylerin eş zamanlı klinikte yatmasına bağlı olarak araştırmacının deney grubuyla çalışırken uyguladığı depresyonla baş etmeye yönelik girişimlere kontrol grubunun tanıklık etmesi ve deney ve kontrol grubu hastaların birbirleriyle etkileşimde olması nedeniyle olabilir. Deney grubu ve kontrol grubunun izlem BDÖ, BUÖ toplam puanları ve DBÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunması uygulanan girişimlerin deney grubundaki etkinliğinin taburculuk sonrası da devam ettiğini göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmaya katılan deney grubundaki hastaların öntest, sontest ve izlem BDÖ, BUÖ toplam puanları ve DBÖÖ puan ortalamaları kendi içinde değerlendirildiğinde; BDÖ'nin öntest, sontest ve izlem puanları arasında ( $\chi^2=54,72$ , p<0.05), BUÖ'nin öntest, sontest ve izlem puanları arasında ( $\chi^2=46,60$ , p<0.05) ve DBÖÖ'nin öntest, sontest ve izlem puanları arasında ( $\chi^2=51,28$  p<0.05) anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5).

Çalışmaya katılan kontrol grubundaki hastaların öntest, sontest ve izlem BDÖ, BUÖ toplam puanları ve DBÖÖ puan ortalamaları kendi içinde değerlendirildiğinde; BDÖ'nin öntest, sontest ve izlem puanları arasında ( $\chi^2=40,29$ , p<0.05), BUÖ'nin öntest, sontest ve izlem puanları arasında ( $\chi^2=11,54$ , p<0.05) ve DBÖÖ'nin öntest, sontest ve izlem puanları arasında ( $\chi^2=18,67$ , p<0.05) anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo-4.3, Tablo-4.4, Tablo-4.5).

Yapılan ileri analizlerle deney grubunun BDÖ ve BUÖ toplam puanlarının öntest-sontest karşılaştırmasında sontest lehine ve öntest-izlem karşılaştırmasında izlem lehine anlamlı fark bulunması (p<0,05), hastaların depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin taburculuğa kadar önemli oranda iyileştiğini ve bu durumun üç aylık süre içerisinde korunduğunu göstermektedir. Kontrol grubunda da BDÖ ve BUÖ toplam puanları arasında öntest-sontest ve öntest-izlem karşılaştırmalarında fark bulunması

kontrol grubunda da iyileşme olduğunu göstermektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo-4.3, Tablo-4.4). Deney grubunun DBÖÖ puan ortalamasının öntest-sontest karşılaştırmasında sontest lehine, öntest-izlem karşılaştırmasında ve sontest-izlem karşılaştırmasında izlem lehine fark bulunması ( $p<0,05$ ) hastaların baş etme çabalarının artarak devam ettiğini göstermektedir. Kontrol grubunun DBÖÖ puan ortalamasının öntest-sontest karşılaştırmasında sontest lehine fark bulunmasına rağmen ( $p<0,05$ ), sontest-izlem karşılaştırmasında izlem aleyhine fark bulunması ( $p<0,05$ ) ve öntest-izlem karşılaştırmasında fark bulunmaması ( $p>0,05$ ) hastaların baş etme çabalarının taburculuk sonrasında önemli oranda azaldığını ve taburculuk sonrası desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (Tablo-4.5). Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubunun ilaç tedavisi alıyor olmaları nedeniyle ölçek puanlarında iyileşme yönünde değişiklik göstermeleri beklenen bir durumdur. Nitekim ayaktan veya yatarak tedavi uygulanan depresif bozukluk hastalarının değerlendirildiği çalışmalarda hastaların tedavi sonrasında depresyon düzeylerinde düşme ve depresyonla başetmede özyeterlik düzeylerinde yükselme görüldüğü bulgusu mevcut çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir (Tucker ve ark. 2002; Perraud 2006).

Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın tüm hipotezleri kabul edilerek, FSÖM'ye temelli hemşirelik bakımının, depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede özyeterliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde etkili olduğu belirlendi. Bu sonuçların, tıbbi tedaviye eklenen hemşirelik bakımının depresyon tedavisinde önemli yarar sağladığını göstermesi açısından literatüre katkı yapacağı düşünülmektedir.

Araştırma sürecinde hastalar ve araştırmacı arasında önemli etkileşimler yaşandı. Hastaların çalışma başlangıcında çalışmaya yönelik önemli bir beklentileri yoktu. Hastalar eğitim seviyelerinin düşük olması, genel isteksizlik ve bilişsel yetersizlikler sebebiyle araştırmada kullanılan ölçek maddelerindeki soruları anlamakta ve cevaplandırmakta zorluk yaşadılar. Taburculuğa doğru hastalar ve araştırmacı arasındaki güven ilişkisinin de gelişmesiyle hastaların araştırmaya yönelik istekleri arttı. Kontrol grubu hastaların da zaman zaman deney grubunun etkinliklerine katılmak istemesi ve aynı ortamda bulunmaları nedeniyle deney ve kontrol grubu arasında araştırmayı etkileyebilecek etkileşimler yaşandı. Çalışmada fark edilen önemli bir durum ise, hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların araştırmacının selamlaşma, hatır sorma, etkili dinleme, koşulsuz ilgi gösterme, verilen sözleri yerine getirme gibi

yaklaşımlarına olumlu geri bildirimlerde bulunması ve memnuniyetlerini dile getirmesiydi. Bu durum hastaların başkaları tarafından saygı duyulma, ilgilenilme, bir birey olarak değerli olma gibi gereksinimlerinin yoğun olduğunu göstermekteydi.

Hemşirelik alanında depresyonla ilgili yapılmış çeşitli kalitetaif ve kantitatif çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar, depresif semptom gösteren bireyler veya depresif bozukluk tanısı almış hastalar gibi farklı gruplarda yapılmış olup, duygudurumu belirlemeden yas sürecini ölçmeye değin değişik amaçları içermektedir. Depresyonun karakteristikleri, ilişkileri, yaşam deneyimlerinin belirlendiği veya depresyona yönelik bazı girişimlerin değerlendirildiği bu çalışmalar pek çok açıdan birbirinden farklı olup, depresyona yönelik hemşirelik araştırmalarını kavramsal bir çatıya oturtmak mümkün değildir. Bununla birlikte, klinik düzeyde depresif bozukluğa yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirebilen hemşirelik çalışmaları çok azdır. Depresyonda uygulanan hemşirelik bakımını değerlendirmeye özellikle de kronik ve yineleyici olan bu hastalıkla baş etmeye dayalı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (Wiliams ve Hagerty 2005).

Sağlam veya hasta birey, aile ve topluma hizmet sunan hemşirelikte, bakım uygulamalarının sistematik bir yaklaşım ile, hemşirelik tanı, girişim ve sonuçlarına dayalı olması gerekmektedir (Güler ve ark. 2012; Frauenfelder ve ark. 2013; Akın Korhan ve ark. 2014). Hemşirelik modelleri bireyin bakımında sistematik ve tutarlı bir yaklaşımı sağlayarak uygulamaya rehberlik etmektedir (Velioğlu 1999). Hemşirelik modelleri kullanılarak yapılan çalışmalarda bakım sonuçlarının daha etkili ve sistematik olduğu, sağlık sorunlarının azaldığı görülmektedir (Gordon 2003; Carpenito Moyet 2005).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, hemşirelik değerlendirmesi için önemli bir yapı ve çerçeve sağlayarak sağlıklı /hasta birey, aile ve topluma yönelik veri toplamayı standardize etmektedir (Gordon 2003; Fernandez Sola ve ark. 2012). Örüntülerdeki değerlendirme kategorileri biyomedikal kategorilerden ve insan fonksiyonunun sadece bir parçasına odaklanan günlük yaşam aktivitelerinden farklıdır (Gordon 2003). Model, bireyi biyolojik, psikososyal ve spirütüel tüm fonksiyonları ve ihtiyaçlarına odaklanarak, sağlık durumu, yaşam şekli ve deneyimlerine bütüncül yaklaşarak değerlendirir (Krozy and McCarty 1999; Gordon 2003; Birol 2008; Jones ve ark. 2012; Pektekin 2013). Bireyi sadece problemleri veya sınırlılıklarıyla değil, aynı zamanda daha önceki problemlerinde kullandığı baş etme becerileri ve olumlu sağlık

uygulamalarını da içerecek boyutlarda ele alır (Kömürcü ve ark. 1999; Birol 2008). Bu yönüyle FSÖM ile yapılan değerlendirme, bireyin problemini tanımlayarak aynı zamanda problemin etyolojisini ve bireyin problem çözümündeki güçlü yönleri de ortaya koyar (Gikow ve Kucharski 1987; Hooper 1996).

FSÖM, hasta verilerini standardize ederek, kapsamlı öykü alma, hemşirelik tanısını belirleme, kritik düşünme, ve terapötik karar verme becerisi geliştirmeye olanak sağlar (Krozy and McCarty 1999). Hemşirenin bakım verdiği bireyin, tepkilerinin tanımlanması, sağlıkla ilgili davranışlarının gözlemlenerek yorumlanması, kişilerarası ilişkilerini içeren ve kanıta dayalı doğru kararlar verilebilmesini sağlar (Pektekin 2013). Model hastanın tedavi ve bakımında görev alan diğer sağlık disiplinlerinin de hastayı tanımlamalarında önemli bir çatı sağlayarak hemşirelik ve diğer disiplinler arasında hastaya yönelik bilgi alışverişini kolaylaştırır (Hooper 1996).

Depreyon bir duygudurum bozukluğu olmakla birlikte, bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve spirütüel tüm alanlarında sorunlar ortaya çıkmakta ve çok yönlü bir bakıma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu hastalarla çalışırken FSÖM’yi kullanmak, bireyi bütüncül, depresyonla ilişkili baş etme yetilerini de içerecek şekilde değerlendirmeyi ve bunlara yönelik girişimleri belirlemeyi kolaylaştırmaktadır.

Literatürde depresyonla başetmede FSÖM’nin etkinliğini değerlendiren benzer bir çalışmaya rastlanmadı. Bununla birlikte FSÖM’nin çocuk, erişkin, yaşlı gibi farklı özellikteki bireylerde, iç hastalıkları, cerrahi hastalıkları, kadın ve çocuk sağlığı, yoğun bakım gibi farklı klinik alanlarda ve farklı hastalık tanılarında, çoğunlukla tanımlayıcı çalışmalar ve olgu sunumlarında kullanıldığı görülmektedir (Beyea ve Matzo 1989; Burns 1992; Recker ve O’Brien 1992; Donnelly 1993; Redeker ve Brassard 1996; Murphy 2006).

Sabancıoğulları ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada bir psikiyatri kliniğinde yatan 80 hastayı FSÖM ile değerlendirerek, hastaların hemşirelik tanılarını belirlemiştir. Çalışma sonunda hemşirelerin FSÖM’yi kullanarak hastalardaki hem psikososyal, hem de fiziksel sorunları tespit edebildiği ortaya konmuştur. Hemşirelerin modeli kullanarak hastaların yoğun olarak yaşadıkları sorunları tanımlayabildiği, hastaları doğru ve bütüncül olarak değerlendirebildiği, belirlenen hemşirelik tanılarının mevcut vakalara uygun olduğu saptanmıştır.

Hallaç ve arkadaşları (2014)’nın çalışmasında Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan öğrenciler toplum ruh sağlığı uygulaması kapsamında FSÖM’yi

kullanmışlardır. Öğrenciler ders kapsamında 95 ev ziyareti uygulayarak aileleri değerlendirmiş, terapotik görüşme ve sağlık eğitimi uygulamıştır. Öğrenciler, diğer anabilim dallarının ders uygulamalarında da benimsenen FSÖM'yi, ailelere yönelik hemşirelik değerlendirmesi amacıyla uygulamış ve ailede modele uygun hemşirelik tanıları belirlemişlerdir. Çalışmanın dolaylı bir sonucu olarak öğrencilerin aileleri kendi ortamında değerlendirme ve müdahale edebilmelerinin öğrencilerin öğrenmelerine katkı sağladığı belirtilmiştir.

Açık kalp cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonu evde yaşadıkları sorunların ve gereksinimlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir diğer çalışmada 45 hasta FSÖM ile değerlendirilmiş ve bakım gereksinimleri belirlenmiştir. Çalışmanın sonunda FSÖM'nin hastaları değerlendirmede oldukça yeterli olduğu sonucuna varılmıştır (Yılmaz ve Çiftçi 2010).

Çınar Yücel ve arkadaşları (2011), yoğun bakımda yatan mekanik ventilasyondaki 51 hastanın hemşirelik bakımında FSÖM'ni kullanmışlardır. Modelin hasta değerlendirmesi ve hemşirelik tanılarının belirlenmesine yönelik veri toplamada sistematik ve standart bir yaklaşım sağladığını belirtmişlerdir.

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin hemşirelik tanılarını belirlemeye yönelik bir çalışmada 74 yaşlı bireye FSÖM ile hemşirelik değerlendirmesi yapılmıştır. Çalışma sonunda yaşlı bireylerin FSÖM ile değerlendirilmesiyle elde edilen hemşirelik tanılarının yaşlı bireyin yaşadığı tıbbi sorunlarla ilişkili olduğu ve hasta bakım kalitesini belirlemede sistematik bir değerlendirme yapılarak hemşirelik tanılarının belirlenmesinin gerektiği bildirilmiştir (Güler ve ark. 2012).

Huzurevindeki yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış bir diğer çalışmada da, 66 yaşlı birey FSÖM kullanılarak değerlendirilmiştir. FSÖM'nin yaşlı bireylerin ayrıntılı, sistematik ve bütüncül olarak değerlendirilmesi, gereksinimlerinin belirlemesi ve hemşirelik girişimlerinin uygulamasında kolay ve kullanışlı bir model olduğu belirtilmiştir (Gümüş Babacan ve ark. 2012).

FSÖM'nin toplum tanılama amaçlı kullanıldığı bir çalışmada 351 mevsimsel tarım işçisinin gereksinimleri değerlendirilmiş ve toplum sağlığı alanında hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Çalışma sonucunda işçilerin çok sayıdaki gereksinimlerine yönelik fonksiyonel sağlık örüntüleri alanları kapsamında birincil önleme programları uygulanması önerilmiştir (Decker ve Knight 1990).

Sheerin ve ark. (2012), üniversite mezunu bireylerde kaza geçirme yatkınlığı ve FSÖM'nin ilişkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmada 43 birey fonksiyonel sağlık örüntüleri değerlendirme ve tarama formu ve geçirdikleri kazalar ve bunların özelliklerini sorgulayan anket formu ile değerlendirilmişlerdir. Çalışma sonunda fonksiyonel sağlık örüntüleri değerlendirme ve tarama formunun bireylerin kazaya yatkınlığını tahmin etmede yararlı olduğu ve bu amaçla kullanılabilceği bildirilmiştir.

Hastaneye kabul edilen hastaların ilk değerlendirmesinin yapılması için veri toplama rehberi oluşturmak amacıyla uygulanan bir çalışmada, FSÖM'nin veri toplama ve hemşirelik tanısı belirlemede yaş, cinsiyet, bakım düzeyi ve klinik problemden bağımsız olarak standardizasyon sağladığı ve hemşirelik sürecini kolaylaştırdığı belirtilmiş, modelin bu amaçla kullanılması uygun bulunmuştur (Fernandez Sola ve ark. 2012).

FSÖM'ne dayalı bilgisayar ortamında online hemşirelik hasta bakım veri sistemi programının tanıtıldığı bir çalışmada, programın 1700 yataklı büyük bir sağlık bakım merkezinde ve yaklaşık 1500 hemşire tarafından kullanıldığı ifade edilmiştir. Programda FSÖM hemşirelik bakım sürecine entegre edilmiş ve iç hastalıkları, cerrahi hastalıkları, kadın doğum, rehabilitasyon ve psikiyatri kliniklerinde uygulanmaktadır. Programın ayrıca hekim ve sosyal çalışmacı gibi diğer disiplinlerin de hasta hakkında bilgi edinmelerine imkan sağladığı ifade edilmiştir. Çalışmada hemşirelerin bilgi temelli çalışmayı ve standart terminolojiyi sağladığı için FSÖM'ye entegre bu programı kullanmaktan memnun olduğu ve programı tavsiye ettiği belirtilmiştir (Johnson 2000).

Erişkin femur cisim kırığında cerrahi tedavi ve hemşirelik yaklaşımının değerlendirildiği bir çalışmada FSÖM'nin hemşirelik bakımında veri toplama ve hasta gereksinimlerinin saptanmasında kullanılabilceği ifade edilmiştir (Kömürcü ve ark. 1999).

Kolon kanserli ve kolostomili hastalarda yapılan iki çalışmada da FSÖM'nin hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek için uygun olduğu belirtilmiştir (Dal 1999; Dal ve Yava 1999).

Hatipoğlu ve arkadaşları (2003), cerrahi hastalıkları hemşireliği hasta bakımında çalışan hemşireler ve öğrenciler için FSÖM'nin kullanılarak yapılan hemşirelik değerlendirmesinin yararlı olduğunu belirtmiştir.

Rektum kanserli bir hastanın standart hemşirelik bakımının planlanmasında FSÖM'yi kullanan bir çalışmada modelin bireyin gereksinimlerini daha sistematik bir

şekilde belirlemeye ve bu gereksinimlere uygun daha nitelikli bir hemşirelik bakımı sunmaya yardımcı olduğu ve klinikte uygulanabileceği belirtilmiştir (Gürler ve Yılmaz 2011).

Çocuk sağlığı alanında yapılmış iki ayrı olgu sunumu çalışmasında da çocuğun bakım gereksinimlerinin saptanması ve hemşirelik bakım planının oluşturulmasında FSÖM'nin yararlı ve etkin olduğu ifade edilmiştir (Öztürk ve Yıldırım Sarı 2004; Kürtüncü Tanır ve Kuşuoğlu 2012).

Literatürde FSÖM'nin deneysel çalışmalarda kullanımına yönelik ülkemizde yapılmış iki çalışma bulundu. Erbaş (2013), sezaryen sonrası FSÖM'ne göre yapılan evde bakımının annelerin sağlık durumuna etkisini değerlendirdiği çalışmada, 33 sezaryen olmuş kadını taburculuk ve doğumdan iki hafta sonra FSÖM'ye göre değerlendirerek hemşirelik tanılarını saptamış ve buna dayalı eğitim ve hemşirelik bakımı uygulamıştır. Doğumdan 8 hafta ve 12 hafta sonra yaptığı fonksiyonel durum değerlendirmesinde kadınların doğum sonu sorunlarında önemli bir azalma ve fonksiyonel durumlarında önemli bir gelişme olduğu, doğumdan 12 hafta sonra uygulanan Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeğine göre sadece bir kadında depresif semptom görüldüğü bildirilmiştir. Modelin sezaryen olmuş kadınların doğum sonu bakımında yararlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Candan (2012), gebelik kaybı yaşayan çiftlere yönelik yaptığı çalışmada 52 çifti FSÖM doğrultusunda değerlendirmiş ve belirlediği hemşirelik tanılarına uygun bakım ve eğitim desteği sağlamıştır. Çiftlerin depresif belirti düzeylerini gebelik kaybı yaşadıklarında ve iki hafta sonrasında BDÖ ile değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda, kadınların hemşirelik bakım desteği sonrası depresif belirti düzeylerinin, hemşirelik bakım desteği öncesine göre düşük olduğu ve hemşirelik bakım desteğinin gebelik kaybında depresif belirti düzeyini azaltmada etkin olduğu bulunmuştur.

Literatürde depresyona yönelik diğer hemşirelik modellerini kullanan üç çalışma bulundu. Bunlardan birinde birinci basamakta depresif semptom gösteren hamile kadınlara Peplau'nun kişilerarası modeline göre yaklaşık beş kez ev ziyaretleri yapılarak hemşirelik bakımı uygulanmış, çalışma sonunda kadınların depresyon puanlarında düşme ve benlik saygısı etkinliğinde artma bildirilmiştir (Beeber ve Charlie 1998).



Travma sonrası stres bozukluğu gösteren bireylere Peplau'nun modeline dayalı psikolojik yaklaşım ve danışmanlık uygulanan bir çalışmada modelin baş etme stratejileri ve semptom düzeyine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada tek başına ilaç tedavisi alan, tek başına danışmanlık alan, hem ilaç tedavisi hem danışmanlık alan ve tedavi veya danışmanlık almayan dört grupla çalışılmıştır. Çalışma sonunda tek başına ilaç tedavisi ve tek başına danışmanlığın birbirlerine üstünlükleri olmadığı, danışmanlık ve ilaç tedavisini birlikte alan bireylerin depresif semptomları da dahil tüm semptomlarında belirgin düzeyde azalma, problem çözme becerilerinde önemli bir artma olduğu ve diğer gruplara göre tedaviden daha fazla yarar sağladığı bulunmuştur (Oflaz 2001).

Depresyon yaşayan emekli bireylerde altı haftalık haftada bir kez Roy'un Adaptasyon Modeli ve Neuman'ın Sistem Modeline dayalı bakım uygulanan kontrol gruplu diğer bir çalışmada da model kullanımına dayalı bakımın kontrol grubuna göre depresif semptomların azalması ve yaşam kalitesinin artmasında anlamlı etki sağladığı bulunmuştur (Schmidt 1982).

Günümüzde depresyon tedavisinde farklı kuram ve yaklaşımlara dayalı pek çok psikoterapi yöntemi kullanılmaktadır (Ünal ve Özcan 2000; Yalom ve Glick 2006; Türkçapar 2009; Leahy ve Holland 2009; Başoğlu ve Buldukoğlu 2015). Depresyon hastalarında uygulanan farklı teknikteki bireysel veya grup psikoterapilerinin umutsuzluk ve suisid riski üzerindeki etkinliğinin değerlendirildiği bir sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında, psikoterapotik girişimlerin umutsuzluk ve depresyonun iyileşmesinde önemli bir etki sağladığı sonucuna varılmıştır (Cuijpers ve ark. 2013).

Psikoterapiler depresyona yönelik psikososyal yaklaşımlar içinde önemli bir yer tutmakla birlikte, ülkemizde bu alanda eğitim almış yeterli sayıda uzman bulunmaması, aynı zamanda sağlık güvencesinin psikoterapi ücretlerini karşılamaması nedeniyle pek çok hasta bu girişimlerden yararlanamamaktadır (Başoğlu ve Buldukoğlu 2015). Bu nedenle hastalıkla baş etmede daha düşük maliyetli ve diğer sağlık disiplinlerinden de yararlanmaya odaklı yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Depresyonla baş etmede bilişsel davranışçı yaklaşımları içeren yapılandırılmış grup psikoeğitim programları bulunmaktadır. Lewinsohn ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1989) Depresyon ile Baş Etme Kursu (The Coping with Depression Course-CWD) unipolar depresyon tedavisinde yaygın olarak otuz yıl aşkın bir süredir

kullanılmaktadır. Depresyon ile Baş Etme Kursunun etkinliğini değerlendirmeye yönelik 25 randomize kontrollü araştırmayla yapılan bir metaanaliz çalışmasında bu programların depresyonu önleme ve tedavi başarısının artmasında önemli etkileri olduğu gösterilmiştir (Cuijpers ve ark. 2009).

Swan ve ark. (2004), birinci basamakta kronik ve yineleyici depresyonu olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, 26 hastaya 12 hafta süreyle depresyonla baş etme kursu uygulanmış ve hastalar 12. ve 26. haftalarda yeniden değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda kursun bireylerin antidepresan kullanım ihtiyacında azalma, depresyon düzeylerinde iyileşme ve yaşam kalitesinde artma sağladığı gösterilmiştir.

Bell ve D'Zurilla'nın (2009) yaptığı bir meta-analiz çalışmasında depresyonda sorun çözme terapilerinin etkinliği değerlendirilmiş ve 21 çalışma incelenmiştir. Çalışma sonunda sorun çözme terapisinin kontrol grubuna üstünlüğünün olduğu ve diğer psikososyal ve tıbbi tedavilerle aynı etkinliğe sahip olduğu ifade edilmiştir.

Allart Van Dam ve arkadaşları (2007), subklinik depresyondaki bireylerde depresyon gelişmesini önlemeye yönelik yaptıkları kontrol gruplu bir çalışmada depresif semptom gösteren 104 bireyle çalışmışlardır. Çalışmada deney grubu 12 haftalık depresyonla baş etme kursuna katılmıştır. Bireyler kurs sonrasında, altı ay ve bir yıl sonra yeniden değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda hafif düzeyde depresif semptom gösteren subklinik depresif bireylerde depresyonun önlenmesinde kursun etkinliğinin bulunduğu ancak aynı etkinin daha şiddetli semptom gösteren bireylerde görülmediği bildirilmiştir.

Dalgard ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada unipolar depresyonu olan hastalara hemşireler tarafından depresyonla baş etme kursu uygulanmıştır. Çalışma sonunda programın unipolar depresyon tedavisinde etkili olduğu ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle birlikte psikiyatri kliniklerinde kullanılabileceği belirtilmiştir.

Shimazu ve arkadaşları (2011), yaptıkları bir randomize kontrollü çalışmada major depresyon tanılı hasta ailelerine psikoeğitim uygulamışlardır. Psikoeğitimde yüksek duygu dışavurumu, sorun çözme ve depresyon hakkında bilgilendirme konuları işlenmiştir. Çalışma sonunda aile psikoeğitiminin major depresyonu olan hastalarda relaps oranını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir.

Son yıllarda depresyona yönelik birinci basamak hizmetler ön plan çıkmaya başlamıştır. Yapılan bir çalışmada birinci basamakta uygulanan ilaç dışı psikoterapotik

girişimler ile riskli bireylerde depresif semptomların ve depresif bozukluk sıklığının azaldığı görülmüştür (Lee ve ark. 2012). Depresif bozukluk hastalarında uygulanan vaka yönetimi, telefon izlemi, tedaviye uyum girişimlerini değerlendiren bir diğer çalışmada, hastaların hem kısa zamanda, hem de uzun vadede olumlu sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir (Gilbody ve ark. 2006).

Hastalığın tedavisinde sağlık personeli ile hasta ve ailesinin işbirliği de mutlak gereklidir. İşbirlikçi hastalık yönetimi hastalığın klinik yönetimiyle birlikte, bireyin özyeterlik ve öz yönetim davranışlarını geliştirmeyi hedeflemektedir (Hoes 2005). Depresyonda özyönetim yaklaşımını değerlendiren bir sistematik incelemede, hastalara uygulanan özyönetim desteğinin hastaların depresif semptomlarında azalmayla birlikte özyeterlik fonksiyonlarında ve özyönetim davranışlarında gelişme sağladığı açıklanmıştır (Houle ve ark. 2013). Yaşlı bakım evlerindeki bireylere uygulanan bir multidisipliner depresyon değerlendirme ve yönetim programının uygulandığı randomize knotrollü bir çalışmada ise somatik üniteye kalan yaşlı bireylerde depresyon prevalansının azaldığı ve hem somatik hem de demans ünitesinde kalan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinde gelişme olduğu belirtilmiştir (Leontjevas ve ark. 2013).

Hasta bakım kalitesinin geliştirilmesinde büyük payı olan hemşirelik bakımında, hastayı sadece biyolojik yönüyle değil, bir insan olarak duygusal ve manevi ihtiyaçlarıyla, kültürel ve sosyal değerleriyle tüm yönleriyle ele almanın gerekliliği uzun yıllardır vurgulanmaktadır (Akın Korhan ve ark. 2014). Hemşireliğin önemli kavramlarından biri olan bütüncül bakım, birey ve ailesinin tüm yönlerine odaklanarak, hasta ve ailesinin iyilik halinin sürdürülmesini ve optimal seviyede hasta sonuçlarına ulaşmayı sağlamaktadır (Delaney ve Barrare 2012).

Günümüzde depresyon tedavisinde, tedavinin etkinliğinin artması ve özellikle yinelemeleri önlemede ilaç tedavisinin tek başına yeterli olmadığı görülmektedir. Hastalığın yaygınlığı ve kompleks yapısı da göz önüne alındığında, ilaç tedavisiyle birlikte hastayı fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimleriyle ele alan bütüncül yaklaşımlara gereksinim olduğu da vurgulanmaktadır (Hoes 2005; Maxwell ve Pratt 2008; Feely ve Long 2009; Lazarou ve ark. 2011; Young 2013; Başoğul ve Buldukoğlu 2015). Hastaların temel sağlıklarını korumaya yönelik temel davranış becerilerini edinmesi de önemli olup, hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlayacak ve tedaviyi destekleyecek; öz bakımını sağlama, uygun uyku alışkanlığı edinme, yeterli beslenme, tıbbi sorunlarına önem verme, belirlenen tedaviyi sürdürme gibi konularda

desteklenmesi önerilmektedir (Leahy ve Holland 2009). Her bireyin depresyon deneyimi birbirinden farklı olduğu için hastayı bireysel olarak ele alan ve hastanın deneyimlerini tanımlamasına ve anlamlandırmasına yardımcı olan yaklaşımlara önem verilmesi gerektiği de belirtilmektedir (Feely ve Long 2009).

Hemşireler hastayla diğer sağlık personellerinden daha fazla vakit geçirdikleri ve birebir etkileşim kurdukları için depresyon hastalarının tedavi ve bakımında önemli bir pozisyonadadırlar (Mitchell ve Kakkadasam 2011; Lazarou ve ark. 2011; Young 2013). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, hastaların sorunlarına gösterecekleri bütüncül ve bireysel yaklaşımlarla hastaların iyileşmeleri üzerinde önemli etkiler oluşturabilirler (Feely ve Long 2009). Depresyonun yönetiminde hemşirelik desteği alan hastalarda daha iyi sonuçlar alındığının belirtilmesi hemşirelerin depresyon tedavi ve bakımındaki rolünü ortaya koymaktadır (Dean 2011). Hemşirelik bakımıyla hasta çıktılarında sağlanacak önemli kazanımlar, maliyet etkili yönüyle de hem hasta hem de hastane açısından hastalık yükünde önemli bir azalma sağlayacaktır.

Sonuç olarak; FSÖM, hastanın duygusal gereksinimleri yanında uyku, beslenme, fiziksel aktivite, özbakım gibi pek çok fiziksel gereksinimine ve kişilerarası ilişkileri, üstlendiği rolleri gibi sosyal yönlerine de odaklanması ve hastayı bütüncül görmesi dolayısıyla, depresyon hastalarının gereksinimlerine cevap verecek nitelikte bir hemşirelik bakımı sunmaya yardım etmektedir. Bu çalışma depresyon hastalarında farmakolojik tedaviyi destekleyen bütüncül hemşirelik yaklaşımının önemini göstermesi açısından hemşirelik literatürüne katkı sağlamaktadır.

## 6. SONUÇLAR

Depresif hastaların depresif belirtilerinin azaltılmasında, depresyonla baş etmede özyeterliliğinin artırılmasında ve umudun geliştirilmesinde Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- Deney grubundaki hastaların % 55,9'unun kadın, % 64,7'sinin evli olduğu, % 38,2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, % 47,1'inin, ilkökul mezunu olduğu; % 61,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, % 26,5'inin gelir durumunu kötü olarak algıladığı, % 38,2'sinin kronik bir hastalığı olduğu, % 61,8'inin tanısının psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet olduğu, % 41,2'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu, % 17,6'sının sigara ve alkol kullandığı, % 44,1'inin daha önce kendine zarar verme girişiminde bulunduğu, % 38,2'sinin daha önce şiddete maruz kaldığı, % 50'sinin yakın zamanda olumsuz bir yaşam olayı yaşadığı belirlendi. Deney grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $47,32 \pm 14,52$ , ortalama çocuk sayısının  $1,82 \pm 1,16$ , kliniğe yatış sayısı ortalamasının  $1,58 \pm 0,95$ , klinikte yattığı gün sayısı ortalamasının  $18,70 \pm 9,72$  ve yatıştan sonra geçen gün sayısı ortalamasının  $2,35 \pm 1,20$  olduğu bulundu.
- Kontrol grubundaki hastaların % 55,9'unun kadın, % 61,8'inin evli olduğu, % 38,2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, % 50'sinin ilkökul mezunu olduğu, % 55,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, % 44,1'inin gelir durumunu kötü olarak algıladığı, % 32,4'ünün kronik bir hastalığı olduğu, 47,1'inin tanısının psikotik belirtisiz ağır depresif nöbet olduğu, % 20,6'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu, % 11,8'inin sigara ve alkol kullandığı, % 47,1'inin daha önce kendine zarar verme girişiminde bulunduğu, % 41,2'sinin daha önce şiddete maruz kaldığı, % 58,8'inin yakın zamanda olumsuz bir yaşam olayı yaşadığı belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının  $42,50 \pm 14,23$ , ortalama çocuk sayısının  $1,67 \pm 0,97$ , kliniğe yatış sayısı ortalamasının  $1,38 \pm 0,60$ , klinikte yattığı gün sayısı ortalamasının  $14,97 \pm 8,96$  ve yatıştan sonra geçen gün sayısı ortalamasının  $1,97 \pm 1,60$  olduğu bulundu.
- Deney ve kontrol grubunun bireysel ve hastalık özellikleri incelendiğinde aralarında fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

- Uygulama öncesinde deney grubu hastaların % 76,5'inin depresif belirti düzeyinin şiddetli olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 52,9'unun ve 3 ay izlemde % 73,5'inin depresif belirti düzeylerinin minimal olduğu belirlendi.
- Uygulama öncesinde deney grubu hastaların % 82,4'ünün depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 79,4'ünün ve 3 ay izlemde % 73,5'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin orta olduğu belirlendi.
- Uygulama öncesinde kontrol grubu hastaların % 44,1'inin depresif belirti düzeyinin şiddetli olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 14,7'sinin ve 3 ay izlemde % 8,8'inin depresif belirti düzeylerinin minimal olduğu belirlendi.
- Uygulama öncesinde kontrol grubu hastaların % 58,8'inin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin düşük olduğu bulundu. Uygulama sonrasında hastaların % 50,0'sinin ve 3 ay izlemde % 41,2'sinin depresyonla başa çıkmada özyeterlik düzeyinin orta olduğu belirlendi.
- Deney grubu ile kontrol grubunun öntest BDÖ toplam puanları arasında ( $Z=-1,799$ ,  $p>0,05$ ), BUÖ toplam puanları arasında ( $Z=-1,908$ ,  $p>0,05$ ) ve DBÖÖ puan ortalamaları arasında ( $Z=-1,908$ ,  $p>0,05$ ) anlamlı fark bulunmadı.
- Deney grubu ile kontrol grubunun sontest BDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,772$ ,  $p<0,05$ ).
- Deney grubu ile kontrol grubunun sontest BUÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,429$ ,  $p<0,05$ ).
- Deney grubu ile kontrol grubunun sontest DBÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $Z=-1,196$ ,  $p>0,05$ ).
- Deney grubu ile kontrol grubunun izlem BDÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,875$ ,  $p<0,05$ ).
- Deney grubu ile kontrol grubunun izlem BUÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-5,016$ ,  $p<0,05$ ).
- Deney grubu ile kontrol grubunun izlem DBÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $Z=-4,423$ ,  $p<0,05$ ).

- Deney grubunun kendi içinde öntest, sontest ve izlemde BDÖ, BUÖ toplam puanları ve DBÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $X^2=54,72$ ,  $p<0,05$ ;  $X^2=46,60$ ,  $p<0,05$ ;  $X^2=51,28$ ,  $p<0,05$ ).
- Kontrol grubunun kendi içinde öntest, sontest ve izlemde BDÖ, BUÖ toplam puanları ve DBÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $X^2=40,29$ ,  $p<0,05$ ;  $X^2=11,54$ ,  $p<0,05$ ;  $X^2=18,67$ ,  $p<0,05$ ).

## 7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- FSÖM'nin depresyon hastalarında etkinliğini değerlendirmeye yönelik örneklem sayısının daha büyük olduğu çalışmalar yapılması,
- FSÖM'nin depresyon hastalarının depresyonla başetmesinde altı ay ve daha uzun süreli etkinliğini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- FSÖM'nin etkinliğine yönelik yapılacak diğer çalışmalarda ilk veya tekrarlı yatışlar arasındaki farklılara, hastalara bakım verme sürelerinin benzer olmasına dikkat edilmesi ve süreç analizinin ayrıntılı yapılması,
- FSÖM'nin etkinliğini değerlendirmede modeli diğer girişimlerle karşılaştıran çalışmalar yapılması,
- FSÖM'nin depresyon dışında diğer psikiyatrik bozuklukların bakımına yönelik çalışmalar ile test edilmesi,
- FSÖM'nin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde tedavi edilen hastaların bakımında da uygulanması,
- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında çalışan hemşirelerin FSÖM'nin depresif hastalarının bakımında kullanımı konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi,
- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanına yönelik FSÖM'ne göre hazırlanmış standart bir veri toplama aracının geliştirilerek geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması önerilebilir.



## 8. KAYNAKLAR

Ağargün, M.Y. Beşiroğlu, L. Kıran, Ü.K. Özer, Ö.A. Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6,221-226.

Ak, M. Özmenler, K.M. Bozkurt, A. (2006). Depresyon Hastalarında Belirti Şiddeti ve Umutsuzluğun İntihar Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kriz Dergisi*, 14 (3), 1-7.

Akkaya, C. Eker, S.S. Sarandol, A. Cangur, Ş. Kırılı, S.(2013). Major Depresif Bozuklukta Düzelmenin Öngörücüleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 122-129.

Akın Korhan, E. Hakverdioğlu, G. Erdemir, F. Staub, M.M. (2014) .Nursing Diagnosis in Intensive Care Unit. The Turkey Experience. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(2), 219–224.

Aksüllü, N. Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.

Allart-van Dam, E. Hosman, C.M.H. Hoogduin, C.A.L. Schaap, C.P.D.R. (2007). Prevention of depression in Subclinically Depressed Adults: Follow-up Effects on The ‘Coping with Depression’ Course. *Journal of Affective Disorders*, 97, 219–228.

Alkın, A. Mantar, T. (2011). Majör Depresif Bozuklukta Ektanılar. *Psikiyatride Güncel*, 1 (2), 91-108.

Alligood, M.R. (2006). *Philosophies, Models, and Theories: Critical Thinking Structures. In Nursing Theory: Utilization & Application*. M. R. Alligood, A. M. Tomey (Eds), (3rd ed.), Newyork: Mosby Elsevier, 43-61.

Albal, E. (2009). Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik İle Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Albal, E. Kutlu, Y. (2010). The Relationship Between the Depression Coping Self-Efficacy Level and Perceived Social Support Resources. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 1 (3), 115-120.

Albal, E. Kutlu, Y. Bilgin, H. (2010). Psychometric Properties of The Turkish Version of The Depression Coping Self-Efficacy Scale. *Nursing and Health Sciences*, 12, 415-420.

Aldwin, C.M. (2007). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective* (2nd Edition), Guilford Press Location, New York.

Alonso, J. Angermeyer, M.C. Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, ve ark. (2004). Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results From The European Study of The Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (420), 21-27.

Altındağ, A. Kılıç, O.H.T. (2012). Major Depresif Bozukluk ve Özkıyım. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 5 (2), 39-45.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. E. Köroğlu (çev.) 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Ançel, G. (2007). *Depresyon ve Hemşirelik Bakımı, (İçinde) Hemşirelik Bakım Planları: Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut*. N. Akbayrak, S. İlhan, G. Ançel A. Albayrak (Ed.) Alter Yayıncılık, Ankara.

Annagür, B.B. Savaş, H.A. (2011). Depresyonda Ekhostalık, Ekhostalık Olarak Depresyon: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders*, 1(2), 87-94.

Arslantaş, H. Ergin, F. (2011). 50–65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 135-144.

Aslan Akın, A. Akın Sarı, B. Kuruoğlu, A. (2012). Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum. *Klinik Psikiyatri*, 15, 56-64.

Ay, F. (2011). Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.

Aydemir, Ö. Ergün, H. Soygür, H. Kesebir, S. Tulunay, C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (3), 205-212.

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

Aydemir, Ö. (2011). Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(Ek 1), 1-9.

- Aysan, F. (2003). Başaçıkma Stratejisi Ölçeğinin Türkçe Formunun Oluşturulması. *Ege Eğitim Dergisi*, 3(1), 123-132.
- Aysan, F. Özben, Ş. (2004). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlının Kullandığı Başaçıkma Stratejileri. *Ege Eğitim Dergisi*, 5(2), 1-12.
- Baltaş, Z. ve Baltaş, A.(2008). Stres ve Başa Çıkma Yolları, 24. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Başoğul, C. Buldukoğlu, K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1),1-15.
- Bates, G.W. Lavery, B.J. (2003). Social Problem-Solving and Vulnerability To Depression in a Clinical Sample. *Psychological Reports*, 92, 1277-1283.
- Batıgün Durak, A. (2008). İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23 (62), 65-75.
- Beck, A.T. Ward, C.H. Mendelson, M. Mock, J. Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71.
- Beck, A.T. Weissman, A. Lester, D. Trexler, L. (1971). The measurement of pessimism. The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 12 (6), 861-865.
- Beekman, A.T. van der Feltz-Cornelis, C. van Marwijk, H.W. (2013). .Enhanced care for depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 26 (1) , 7–12.
- Beeber, L.S. Charlie, M.L. (1998). Depressive Symptom Reversal for Women in a Primary Care Setting:A Pilot Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (5), 247-254.
- Bell, A.C. D'Zurilla, T.C. (2009). Problem-Solving Therapy for Depression: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348–353.
- Beyea, S. Matzo, M. (1989). Assessing elders using the functional health pattern assessment model. *Nurse Educator*, 14 (5),32-37.
- Binbay, Z. Tan, D. Karatay, F. Gökalp, P.(2012). Investigation of the Presence of Depression, the Ways of Coping with Stress and the Features of Temperament and Character Among First Degree Relatives of Patients with Major Depression. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22 (Ek Sayı 1), 532.
- Biröl, L. (2008). *Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. 9. Baskı, Etki Yayınları, İzmir.

Blumenthal, J.A. Babyak, M.A. Doraiswamy, P.M. Watkins, L. Hoffman, B.M. Barbour, K.A. ve ark. (2007). Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69,587–596.

Bolton, J.M. Pagura, J. Enns, M.W. Grant, B. Sareen, J. (2010). A Population-Based Longitudinal Study of Risk Factors for Suicide Attempts in Major Depressive Disorder *Journal of Psychiatric Research*, 44, 817–826.

Boyd, M.E. (2008). *Psychiatric Nursing Contemporary Pracice*. Fourth edition, Lipincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Bruce, M.L. Raue, P.J. Sheeran, T. Reilly, C. Pomerantz, J.C. Meyers, B.S. ve ark. (2011). Home Care Depression Care Management Protocol, Part 2. *Home Healthcare Nurse*, 29(8), 480-483.

Burns, C. (1992). A new assessment model and tool for pediatric nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 6 (2), 73-8.1

Candan, Ö. (2012). Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin Depresyon Düzeylerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Carpenito Moyet, L.J (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. F. Erdemir (Çev. Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

Cengiz Özyurt, B. Deveci, A. (2011). Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1), 10-16.

Ceylan, M. (2005). Stresle Başağıkmada Bilişsel Stratejiler Kullanılmasında Cinsiyet ve Kişilik Değişkeninin Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sporda Psikososyal Alanlar Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Chartrand, H. Robinson, J. Bolton, J.M. (2012). A Longitudinal Population-Based Study Exploring Treatment Utilization and Suicidal Ideation and Behavior in Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 10, 141(2-3), 237-245.

Choi, N.G. Hegel, M.T. Sirrianni, L. Marinucci, M.L. Bruce, M.L. (2012). Passive Coping Response to Depressive Symptoms Among Low-Income Homebound Older Adults: Does It Affect Depression Severity and Treatment Outcome? *Behaviour Research and Therapy*, 50, 668-674.

Chong, S.A. Vaingankar, J. Abdin, E. Subramaniam, M. (2012). The Prevalence and Impact of Major Depressive Disorder Among Chinese, Malays and Indians in an Asian Multi-Racial Population. *Journal of Affective Disorders*, 138, 128–136.

Coulston, C.M. Barg, D.M. Tanius, M. Cashman, E.L. Tufrey, K. Curran, G. ve ark. (2013). Is Coping Well A Matter of Personality? A Study of Euthymic Unipolar and Bipolar Patients. *Journal of Affective Disorders*, 145 (1), 54-61.

Cuijpers, P. Muñoz, R.F. Clarke, G.N. Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, 449–458.

Cuijpers, P. Beurs, D.P. Spijker, B.A.J. Berking, M. Andersson, G. Kerkhof, J.F.M. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144, 183–190.

Cutler, C.G. (2005). Self-Efficacy and Social Adjustment of Patients With Mood Disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(5), 283-289.

Çam, O. Dülgerler, Ş. Engin, E. (2006). *Psikiyatri Hemşireliğinde Standart Bakım İçin Hemşirelik Süreci. Uygulama Kitabı*. İzmir Güven Kitabevi, İzmir.

Çınar Yücel, S. Eser, İ. Kocaçal Güler, E. Khorshid, L. (2011). Nursing Diagnoses in Patients Having Mechanical Ventilation Support in a Respiratory Intensive Care Unit in Turkey. *International Journal Of Nursing Practice*, 17, 502–508.

Çorapçioğlu, A. Özer, G.U. (2004). Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorders in primary health care settings. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 11-18.

Dal, Ü. Yava, A. (1999). Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Kolon Kanserli Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2 (5), 225-232.

Dal, Ü. (1999). Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Kolostomili Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2 (5), 246-253.

Dalgard, O.S. (2006). A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2(15), 1-8.

Dean, E. (2011). Major Study Shows Nursing Care Benefits Patients with Depression. *Nursing Standart*, 25 (52), 8.

Decker, S.D. Knight, L. (1990). Functional Health Pattern Assesment: A Seasonal Migrant Farmworker Community. *Journal of Community Health Nursing*; 7(3),141-151.

Delaney, C. Barrare C. (2012). Advanced Practice Nursing Students' Knowledge, Self- Efficacy and Attitudes Related The Depression in Older Adults. Teaching Holistic Depression Care. *Holistic Nursing Practice*, 26 (4), 210-220.

Dilbaz, N. Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi *Kriz Dergisi*, 1 (3), 134-138.

Doğan, O. (2010). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmalarında Özgün Bir Örnek: Sivas'ta Yapılan Araştırmaların Önemli Bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13 (1), 11-21.

Doksat, K. (2003). Depresyon Nedir? *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, 2 (1), 25-31.

Doksat, K. Savrun, M. (2002). Duygudurum Bozukluklarının Patofizyolojisi İle İlgili Son Gelişmeler-I. *Yeni Symposium*, 40 (3), 90-99.

Donnelly, E. (1993). Family health assessment. *Home Healthcare Nurse*, 11 (2), 30-37.

Durak, A. Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması, *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.

Ekim, A. Manav, G. Ocakçı, A.F. (2012). Ülkemizde Teori Temelli Hemşirelik Araştırmaları: Bir Gözden Geçirme. *DEUHYO ED*, 5(4), 157-161.

Elbozan, B. Kaya, B. Yalvaç, D. Emul, H.M. Kaya, M. Ünal, S. (2003). Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4 (3), 167-174.

Elbi Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11 (Ek 3), 3-18.

Engin, E. Ergün, G. (2014). *Depresyon. (İçinde). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. O. Çam, E. Engin (Ed.). İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.

Erbaş, N. (2013). Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımın Annelerin Postpartum Sağlık Durumuna Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sivas

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

Ertekin Pınar, Ş. Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (2), 86-91.

Eskin, M. Akoğlu, A. Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 266-275.

Feely, M. Long, A. (2009). Depression: A Psychiatric Nursing Theory of Connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 725-737.

Fernández-Sola, C. Granero-Molina, J. Mollinedo-Mallea, J. Gonzales, M.H.P. Aguilera-Manrique, G. Ponce, M.L. (2012). Development and Validation of an Instrument for Initial Nursing Assessment. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (6), 1416-1423.

Fidan, N. Ceyhun, H. Kırpınar, R.İ. (2011). Coping Strategies and Family Functionality in Youths with or Without Suicide Attempts. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48, 195-200.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46, 839-852.

Folkman, S. (2010). Stress, Coping and Hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908.

Frauenfelder, F. Müller Staub, M. Needham, I. Achterberg, T. (2013). Nursing Intervention in Inpatient Psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 921-931.

Franck, E. Raedt, R.D. (2007). Self-Esteem Reconsidered: Unstable Self-Esteem Outperforms Level of Self-Esteem as Vulnerability Marker for Depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1531-1541.

Franck, E. Raedt, R.D. Dereu, M. Abbeele D.V. (2007). Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 75-85.

Frydenberg, E. (2004). Coping Competencies: What to Teach and When. *Theory Into Practice*, 43(1), 15.

Gabilondo, A. Farreras, S.J. Vilagut, G. Haro, J.M. Fernández, A. Pinto-Meza, A. ve ark. (2010) Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European

Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. *Journal of Affective Disorders*, 120, 76–85.

Gersner, R. Rosenberg, O. Dannon, P.N. (2012). Major Depressive Disorder: Treatment and Future Perspective. *Clinical Perspective*, 9 (3), 269–278.

Gikow Fritsch, F. Kucharschi, P.M. (1987). A New Look at The Community. Functional Health Pattern Assesment. *Journal of Community Health Nursing*; 4(1),21-27.

Gilbody, S. Bower, P. Fletche, J. Richards, D. Sutton, A.J. (2006). Collaborative Care for Depression. Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2314-2321.

Gordon, M. (1998). *Manual of Nursing Diagnosis 1997-1998*. Mosby, Missouri, USA.

Gordon, M. (2003) Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu Klinik, Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı ‘Tam metin’, 5-7 Haziran, Ankara.

Göğüş, A.K. (2000). Depresyonun Klinik Belirtileri. *Duygudurum Dizisi*, 1, 39-43.

Güler Kocaçal, E. Eşer, E. Khorshid, L. Çınar Yücel, Ş. (2012). Nursing Diagnoses in Elderly Residents of A Nursing Home: A Case in Turkey. *Nursing Outlook*, 60, 21-28.

Gümüş Babacan, A. Şıpkın, S. Keskin, G. (2012). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli İle Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1),13-21.

Güner, P. (2000). Sorunlarla Etkili Baş Etme Yolu: Problem Çözme. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1), 62-67.

Gürler, H. Yılmaz, M. (2011). Rektum Kanserli Bir Olgunun Standart Hemşirelik Bakımının Planlanmasında Bir Model:“Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri” *Fırat Tıp Dergisi*, 16(3),141-146.

Hallaç, S. Meydanlıoğlu, A. Karakaya, D. Göral Acar, G. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30–43.

Haran, S. Aydın, O. (1995). Depresyon, Umutsuzluk, Sosyal Begenirlik ve Kendini Kurgulama Düzeyinin İntihar Fikirleri İle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 218-222.



Harris, A.H.S. Cronkite, R. Moos, R. (2006). Physical Activity, Exercise Coping, And Depression In A 10-Year Cohort Study Of Depressed Patients. *Journal of Affective Disorders*, 93, 79–85.

Hatipoğlu, S. Dal, U. Yava, A. Tastan, S. İyigün, E. (2003). Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Uygulamalarımız. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu. Klinik, Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı 'Tam metin', 5-7 Haziran, Ankara.

Haugan, G. Innstrand, S.T. Moksnes, U.K. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression incognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (15-16), 2192-2205.

Hiçdurmaz, D. (2010). Bilişsel-Davranışçı Grup Danışmanlığının Benlik Algısı ve Stresle Baş Etme Biçimlerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara

Hiçdurmaz, D. Öz, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16(1): 50-56.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6, 3-13.

Hoes, M.L. (2005). Self Efficacy in Major Depression. Michigan University Nursing Programme Doctoral Thesis, Michigan.

Hofling, C.K. Leininger, M.M. Bregg, E. (1982). *Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar*. A.Kumral (çev.) Vehbi Koç Vakfı, İstanbul.

Hooper, J. (1996). The family receiving home care: functional health pattern assesment. *Home Care provider*, 1 (5), 238-243.

Houle, J. Gascon-Depatie, M. Be' langer-Dumontier, G. Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91 (3), 271–279.

İnan Şengün, F. Üstün, B. Bademli, K. (2013). Türkiye'de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (2), 132-139.

Jarrett, R. B. Minhajuddin, A. Kangas, J.L. Friedman, E.S. Callan, J.A. Thase, M.E. (2013). Acute Phase Cognitive Therapy for Recurrent Major Depressive Disorder: Who Drops Out and How Much Do Patient Skills Influence Response? *Behaviour Research and Therapy*, 51,221-230.

Johnson, T. (2000). Functional Health Pattern Assessment On-Line: Lessons Learned. *Computers in Nursing*, 18 (5), 248-254.

Jones, D. Duffy, M.E. Fianagan, J. Foster, F. (2012). Psychometric Evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *International Journal of Nursing Knowledge*, 23 (3), 140-145.

Jones, D. Roy, C. Avant, K. (2010). Marjory Gordon PhD, RN, FAAN, Named American Academy Living Legend. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21 (2), 80-81.

Jones, C. (2007). Depression, Coping Mechanisms, Help-Seeking Behaviors, and The Perceptions of Purpose in Life of Older Adults. Utah State University Master Dissertation, Logan, Utah.

Karabekiroğlu, A. Topçuoğlu, V. Gımsal Gönentür, A. Karabekiroğlu, K. (2010). İlk Epizod Major Depresyon ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (4), 280-288.

Kaya, M. Genç, M. Kaya, B. Pehlivan, E. (2007). Prevalence of Depressive Symptoms, Ways of Coping, and Related Factors Among Medical School and Health Services Higher Education Students. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 1-9.

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10 (Ek 6), 11-20.

Kaya, B. Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10 (Ek 6), 3-10.

Kayahan, M., Sertbaş, G. (2007). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.

Kılınç, S. Torun, F. (2011). Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86 (1), 39-47.

Kelleci, M. (2007). Fiziksel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastaların Hemşirelik Bakımı. *İstanbul Üniveritesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15 (58), 58-60.

Kelleci, M. (2004). Depresyonu Olan Bireylerin Sorun Çözme Becerilerinin Geliştirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 7 (3), 14-20.

Kelleci M. (2003). Birinci Basamakta Kadınların Sorun Çözme Becerilerini Geliştirmenin Depresif Semptomlara Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezi, İstanbul.

Kesebir, S. (2004). Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek 1, 14-19.

Kessler, RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289 (23), 3095-105.

Kessler, R.C. McGonagle, K.A. Zhao, S. Nelson, C.B. Hughes, M. Eshleman, S. Wittchen, H. ve ark. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), 8-19.

Kessler, R.C. Üstün, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2), 93-121.

Kessler, R.C. Birnbaum, H.G. Shahly, V. Bromet, E. Hwang, I. McLaughlin, K.A. ve ark. (2010). Age Differences in The Prevalence and Co-Morbidity of DSM-IV Major Depressive Episodes: Results From The Who World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety*, 27, 351–364.

Kırlı, S. (2003). Antidepresanlar Hakkında Yeni Bilgiler ve Yorumlar: Depresyonda Tedavi ve Düzeltme Oranları Kritik Bir Analiz. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*,;2 (1), 9-16.

Kömürcü, M. Dal, Ü. Ateşalp, S. Hatipoğlu, S. Başbozkurt, M. (1999). Erişkin Femur Cisim Kırıklarında Cerrahi Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Fiziksel Tıp*, 2(2), 43-46.

Koroğlu, E. Güleç C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Krozy, R.E. McCarthy, N.C. (1999). Development of Bilingual Tools to Assess Functional Health Patterns. *Nursing Diagnosis*, 10(1),21-34.

Kraaij, V. Garnefski, N. Maes, S. (2002). The Joint Effects Of Stress, Coping, and Coping Resources On Depressive Symptoms in Elderly. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(2), 163-174.

- Kum, N. (1996). *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Vakfı, İstanbul.
- Küçük, L. Işıl, Ö. (2009). Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin depresyon düzeylerine ve sorun çözme becerilerine etkisi, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 29 (6), 1638-1649.
- Kürtüncü Tanır, M. Kuşuoğlu, S. (2012). Olgu Sunumu: Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)' li Çocuğun Evde Egzersiz Programının Sürdürülmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 51-61.
- Lazarou, C. Kouta, C. Kapsou, M. Kaite, C. (2011). Overview of depression: epidemiology and implications for community nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, 16(1), 41-47.
- Leahy, R.L. Holland, S.J. (2009). *Depresyon Ve Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Planları ve Girişimleri*. S. Aslan, H. Türkçapar, E. Köroğlu (Çev. Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Lee, S.Y. Franchetti, M.K. Imanbayev, A. Gallo, J.J. Spira, A.P. Lee, H.B. (2012). Non-Pharmacological Prevention of Major Depression Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review of The Efficacy of Psychotherapy Interventions. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 522–529.
- Leontjevas, R. Gerritsen, D.L. Smalbrugge, M. Teerenstra, S. Vernooij-Dassen, MJFJ. Koopmans, R.T.C.M. (2013). A Structural Multidisciplinary Approach to Depression Management in Nursing-home Residents: A Multicentre, Stepped-wedge Cluster-randomised Trial. *Lancet*, 381(29), 2255-2264.
- Lewis, S.M. Collier, I.C. Heitkemper, M.M. (2004). *Medical Surgical Nursing Assesment and Management Clinical Problems*. Mosby Year Book, Missouri.
- Maxwell, M. Pratt, R. (2008). Prevention and Management of Depression in Primary Care in Europa. A Holistic Model of Care and Interventions-Position Paper of The European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 16, 186-197.
- Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11 (Ek 3), 3-18.
- Mills, E.J. Nettina, S.M. (2006). *Lippincott Manual of Nursing Practice*. 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Mitchell, A.J. Kakkadasam, V. (2011). Ability of Nurses to Identify Depression in Primary Care, Secondary Care and Nursing Homes—A Meta-Analysis Of Routine Clinical Accuracy. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 359–368.

Moussavi, S. Chatterji, S. Verdes, E. Tandon, A. Patel, V. Üstun, B. (2007). Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results From The World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851–858.

Murphy, F. (2006). A care study exploring a patient's non-compliance to haemodialysis *British Journal of Nursing*, 15 (14), 773-776.

Muz, S. (2009). Bilişsel Terapi ve Dinî Başaçıkma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Myers, J.K. Weissman, M.M. Tischler, G.L. Holzer C.E. Leaf, P.J. Orvaschel, H. ve ark. (1984) Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-970.

Nagase, Y. Uchiyama, M. Kaneita, Y. Li, L. Kaji, T. Takahashi, S. ve ark. (2009). Coping Strategies And Their Correlates With Depression İn The Japanese General Population. *Psychiatry Research*, 168: 57–66.

NANDA International (2012). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012–2014*, First Edition. T. H. Herdman (Ed.) Wiley-Blackwell, Iowa.

National Institute of Health. (2013). Major Depressive Disorder Among Adults. [http://www.nimh.nih.gov/statistics/1mdd\\_adult.shtml](http://www.nimh.nih.gov/statistics/1mdd_adult.shtml), Erişim 14 Ağustos 2013.

Neese, A.L. Pitmann, L.D. Hunemorder, R. (2013). Depressive Symptoms and Somatic Complaints Among Zambian Adolescents: Associations with Stress and Coping. *Journal of Research on Adolescence*, 23 (1), 118–127.

Nettle, C. Pavelich, J. Jones, N. Beltz, C. Laboon, P. Pifer, P. (1993). Family as Client: Using Gordon's Health Pattern Typology. *Journal of Community Health Nursing*, 10(1), 53-61.

Nicholson, A. Pikhart, H. Pajak, A. Malyutina, S. Kubinova, R. Peasey, A. ve ark. (2008). Socio-Economic Status Over The Life-Course and Depressive Symptoms in Men and Women in Eastern Europe. *Journal of Affective Disorders*, 105, 125–136.

Novick, D. Montgomery, W. Aguado, J. Kadziola, Z. Peng, X. Brugnoli, R. ve ark. (2013). Which Somatic Symptoms Are Associated with an Unfavorable Course in Asian Patients with Major Depressive Disorder? *Journal of Affective Disorders*, 149, 182–188.

Ocakçı, A.F. (2013). Hemşirelikte Kavram Kuram ve Model Örnekleri. İçinde A.F. Ocakçı, Ş.E. Alpar (Ed). Hemşirelik Kavram Kuram ve Modelleri. İstanbul Tıp Kitabevi: İstanbul.

Oflaz, F. Varol, H. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi ,Dergisi*, 17 (1), 1-7.

Oflaz, F. (2001). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gösteren Hastalarda Bir Hemşirelik Modelinin Kullanımının Semptom Düzeyine Etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

Okanlı, A. Özer, N. Çevik Akyıl, R. Koçkar, Ç. (2006). Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4), 38-44.

Oktan, V. (2012). Psikolojik Sağlamlığın Gelişiminde Bir Moderator Olarak Umut. *International Journal of Human Sciences* [Online], (9) 2, 1691-1701.

Okyay, P. Atasoylu, G. Önde, M. Dereboy, Ç. Beşer, E. (2012). Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23 (3),178-188.

Önen Sertöz, Ö. Elbi Mete, H. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, Ek 2, 63-69.

Özarlan, Z. Fıstıkçı, N. Keyvan, A. Uğurad, Z.I. Saygılı, S. (2013). Depresyon Hastalarının Stres ile Başa Çıkma Stratejileri. *Marmara Medical Journal*, 26, 130-135.

Özcan, Ö. (2013). Majör Depresyon Hastalarında Tedaviye Yanıtın Demografik ve Klinik Belirteçleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.

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

Özen, E.M. Serhadlı Aküzüm, Z.N. Solmaz Türkcan, A. Ülker Erben, G.(2010). Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 60-65.

Öztürk, M.O. Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Yenilenmiş 11. basım), Nobel Tıp Kitabevi, Ankara,

Öztürk, C. Yıldırım Sarı, H. (2004). Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Pedyatrik Hemşirelik Bakımı: Olgu yönetimi. *Hemşirelik Forumu*,7(1), 25-31.

Özyüksel, B. Uluğ, B. (2007). Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Kalıntı Belirtilerin Yetiyitimi İle İlişkisi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (3), 1-10.

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

Pazvantoğlu, O. Okay, T. Dilbaz, N. Şengül, C. Bayam, G. (2004). Major Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Somatik Belirtilerin Yoğunluğunun İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyetine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 153-160.

Pearson, A. Vaughan, B. Fitzgerald, M. (2005). *Nursing Models For Practice*. Philadelphia, Butterworth-Heinemann, Elsevier, 123-142.

Pektekin, Ç. (2013). Hemşirelik Felsefesi, Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. *İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul*.

Perraud, S. (2000). Development of The Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES). *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 276-284.

Perraud, S. Fogg, L. Kopytko, E. Gross, D. (2006). Predictive Validity of Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES). *Research in Nursing & Health*, 29, 147-160.

Ravindran, A.V. Matheson, K., Griffiths, J. Merali, Z. Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71, 121-130.

Recker, D. O'Brien, C. (1992). Using Gordon's functional health patterns to organize a critical care orientation program. *Focus on Critical Care*, 19 (1), 21-25.

Redeker, N.S. Brassard, A. B. (1996). Health patterns of cardiac surgery clients using home health care nursing services. *Public Health Nursing*, 13(6), 394-403.

Regier, D.A. Boyd, J.H. Burke, J.D. Rae, D.S. Myers, J.K. Kramer, M. ve ark. (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.

Rezaki, M. (1995). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6 (1), 13-20.

Rezaki Gürsoy, B. Rezaki, M. (1996). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Sorunlar: Bir Yıllık İzleme Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 83-91.

Sabancıoğulları, S. Ata, E.E. Kelleci, M. Doğan, S. (2011). Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,2(3),117-122.

Sağbaş, Ö. (2009). Ruhsal Bozukluklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sağduyu, A. Ögel, K. Özmen, E. Boratav, C. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11 (1), 3-16.

Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara

Sato, S. Yeh Lieh, T. (2013).Challenges in Treating Patients in Major Depressive Disorder: The Impact of Biological and Social Factors. *CNS Drugs*, 27 (1), 5-10.

Sayar, K. Köse, S. (2012). Psychopathology and Depression in The Middle East. *Journal of Mood Disorders*, 2 (1), 21-27.

Scott, K.M. Bruffaerts, R. Tsang, A. Ormel, J. Alonso, J. Angermeyer, M.C. ve ark (2007). Depression–Anxiety Relationships with Chronic Physical Conditions: Results From The World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103, 113–120.

Seber, G. Dilbaz, N. Kaptanoğlu, C. Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik Güvenirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), 139-142.

Sertbaş, G. Bahar, A. (2004). Anksiyete ve Anksiyete İle Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelik Forumu*, Eylül Ekim, 39-44

Sheerin, F.K. Curtis, E. Vries, J. (2012). Accident Occurrence and Functional Health Patterns: A Pilot Study of Relationships in a Graduate Population. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(2),96-105.

Shimazu, K. Shimodera, S. Mino, Y. Nishida, A. Kamimura, N. Sawada, K. et al. (2011). Family Psychoeducation for Major Depression: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198 (5), 385-390.

Shives, L.R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 7.th edition. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia.



Schmidt, C.S. (1982). A Comparison of The Effectiveness of Two Nursing Models in Decreasing Depression And Increasing Life Satisfaction of Retired Individuals. University of Pittsburgh Nursing Programme Doctoral Thesis, Pittsburgh.

Sigmon, S.T. Pells, J.J. Schartel, J.G. Hermann, B.A. Edenfield, T.M. LaMattina, S.M. ve ark. (2006). Stress reactivity and coping in seasonal and nonseasonal depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 965–975.

Sobocki, P. Ekman, M. Ågren, H. Krakau, I. Runeson, B. Mårtensson, B. ve ark. (2007). Health-Related Quality of Life Measured with EQ-5D in Patients Treated for Depression in Primary Care. *Value in Health*, 10 (2), 153-160.

Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* .9.th edition Mosby Elsevier, ST-Louis.

Swan, J. Sorrell, E. MacVicar, B. Durham, R. Matthews, K. (2004). Coping with depression’’: An Open Study of The Efficacy of A Group Psychoeducational Intervention in Chronic, Treatment-Refractory Depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 125–129.

Tadegge, A.D. (2008). The mental health consequences of intimate partner violence against women in Agaro Town, southwest Ethiopia. *Tropical Doctor*, 38, 228-229.

Tegin B. (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tel, H. Uzun, S. (2003). İntihar Girişimi İle Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 151-158.

Telef, B.B. Karaca, R. (2011). Ergenlerin Öz-Yeterliklerinin ve Psikolojik Semptomlarının İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 499-518.

Thorsteinsson, E.B. Ryan, S.M. Sveinbjornsdottir, S. (2013). The Mediating Effects of Social Support and Coping on the Stress-Depression Relationship in Rural and Urban Adolescents. *Open Journal of Depression*, 2(1), 1-6.

Tucker, S. Brust, S. Pierce, P. Fristedt, C. Pankratz, S.V. (2004). Depression Coping Self Efficacy As A Predictor Relapse 1 And 2 Years Following Psychiatric Hospital Based Treatment. *Research And Theory For Nursing Practice*, 18 (2,3), 261-275.

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

Türkçapar, H. (2009). *Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi: Depresyon*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Türkçapar, M.H. (2011). Dirençli Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel*, 1 (3), 240- 250

Ünal, S. (2000). Depresyon ve Kişilik. *Duygudurum Dizisi*, 2, 72-76.

Ünal, S. Özcan, E. (2000). Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1 (1), 41-48.

Ünal Keskin, G. Orgun, F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 92-99.

Ünüvar, N. Mollahaliloğlu, S. Yardım, N. (2004) Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Vatan, S. Dağ, İ. (2009). Problem Çözme, Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik MMPI-2 İle Ölçülen Psikopatolojinin Yordayıcıları Olabilir Mi? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 187-197.

Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram Kuramları*. İstanbul: Alaş Ofset.

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

Warcarolis, E.M. Halter, MJ. (2009). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. A Communication Approach To Evidence-Based Care*. Saunders Elsevier, Missouri.

Werneburg, B.L. Herman, L.L. Preston, H.R. Rausch, S.M. Warren, B.A. Olsen, K.D. ve ark. (2011). Effectiveness of a Multidisciplinary Worksite Stress Reduction Programme for Women. *Stress and Health*, 27, 356–364.

WHO (2012). Depression: A *Global Crisis World Mental Health Day, October 10 2012*. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf), Erişim 13 Ağustos 2013.

WHO (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>, Erişim 10 Ağustos 2014.

Williams, R.A. Hagerty, B. (2005). *Depression Research Nursing's Contributions (in) Depression Research in Nursing: Global Perspectives*. R.A. Williams, B. Hagerty, B. K. Shake. (ed). Springer Publishing Company, New York.

Wittchen, H.U. Jacobi, F. Rehm, J. Gustavsson, A. Svensson, M. Jönsson, B. ve ark. (2011). The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of The Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655- 679.

Woodhead, E.L. Cronkite, R.C. Moos, R.H. Timko, C. (2013) .Coping Strategies Predictive of Adverse Outcomes among Community Adults. *Journal of Clinical Psychology*, DOI: 10.1002/jclp.21924 1–13.

Yalom, I.D. Glick, I.D. (2006). *Depresyon Terapisi*. Y. Engin (çev.) Prestij Yayınları, İstanbul.

Yalvaç, H.D. Dikilitaş, Y. Coşkun, A. Yedikardaşlar, C. Emül, M. Ünal, S. (2011). Bir Devlet Hastanesine Depresyon Nedeniyle Başvuran Olgularda Sosyodemografik Özellikler. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji*, 1(2), 16-20.

Yaşar, M.R. (2007). Depresyonun Kadınlaşması. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2),251-258.

Yılmaz, M. Çiftçi, E.S. (2010). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi*, 18 (3), 183-189.

Yılmaz, S. Sarısoy, G. Şahin, A.R. Arık, A.C. Güz, H. Böke, Ö. ve ark. (2013). Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Nöbet Sayısının Remisyon Sırasındaki Nörobilişsel İşlevlerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 218-227.

Young, N. (2013). Non Pharmacological Treatments for Patient with Depression. *Nursing Standart*, 28(7), 43-51.

Yüksel, N. (2006). *Ruhsal Hastalıklar*. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara.

Zimmerman, Z. McGlinchey, J.B. Young, D. Chelminski, I. (2006). Diagnosis Major Depressive Disorder VII. Family History as A Diagnostic Criterion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (9), 704-707.

## 9. FORMLAR

### HASTA BİLGİ FORMU (Ek-1)

Bu soru formu, ‘Depresyonla Başetmede Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği’ isimli çalışma için oluşturulmuştur. Bütün yanıtlar gizli kalacak, isminiz herhangi bir yerde açıklanmayacak, sadece genellenmiş sonuçlar kullanılacaktır. Yardımınızı esirgemeyeceğinizi umar, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Yasemin KUTLU ve Doktora Öğrencisi Münire Temel

**Anket No:**.....

**Rumuz:** .....

**Ulaşılabilecek telefon no:** .....

**Hasta Protokol no:**.....

**Yatış tarihi:**.....

**Yatış sayısı:**.....

**Yatıştan sonra geçen süre:**.....

**Yattığı gün sayısı:**.....

**Tanı:**.....

**Yaşınız :** .....

**Cinsiyetiniz:** 1-Kadın 2-Erkek

**Eğitim durumunuz :**

1-Okur-yazar değil 2-Okur-yazar, 3- İlkokul mezunu 4-Ortaokul mezunu  
5-Lise mezunu 6-Üniversite veya üzeri mezunu

**Medeni haliniz:**

1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış 4-Eşi vefat etmiş 5-Ayrı  
Yaşıyor

**Çocuğunuz var mı?**

Evet (sayı belirtiniz).....Hayır

**Beraber yaşadığınız kişiler**

1- Yalnız 2- Eş 3-Eş ve çocuklar 4- Eş, çocuk ve torunlar 5-  
Çocuklar

**Mesleğiniz:**

1-Çalışmıyor 2- İşçi 3-Memur 4-Çiftçi 5-Emekli 6-Serbest

**Aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

"1-Kötü 2-Orta 3-İyi 4-Çok iyi

**Tedavi almakta olduğunuz fiziksel kronik bir hastalığınız var mı?**

1-Evet (belirtiniz)..... 2-Hayır

**Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan bireyler var mı?**

1-Evet (belirtiniz)..... 2-Hayır

**Sigara, Alkol veya herhangi bir madde kullanıyor musunuz**

1-Evet(hangileri belirtiniz)..... 2-Hayır

**Şimdiye kadar kendinize zarar verme düşünceniz veya girişiminiz oldu mu?**

1-Evet 2-Hayır

**Şu ana kadar hiç şiddete maruz kaldınız mı?**

1-Evet 2-Hayır

**Son zamanlarda yaşadığınız önemli bir yaşam olayı var mı?**

1-Evet (işaretleyin) 2-Hayır

( ) Sevilen birinin ölümü

( ) Ayrılık

( ) Maddi kayıp

( ) Doğal afetler

( ) Diğer (açıklayınız).....

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (Ek-2)

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

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

6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.  
b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.  
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.  
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.  
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.  
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.  
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.  
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.  
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.  
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.  
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.  
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.  
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.  
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.

b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.

c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.

d) Artık hiç karar veremiyorum

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.

b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliği mi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.

c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.

d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.

c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.

d) Hiç çalışmıyorum.

16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.

b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.

c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.

d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.

b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.

c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.

d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.

b) İştahım eskisi kadar iyi değil.

c) Şimdilerde iştahım epey kötü.

d) Artık hiç iştahım yok.



19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.

c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.

d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.

c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21. a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.

b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

### BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ) (Ek-3)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altına işaretleyiniz.

Sorular	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15. Geleceğe büyük inancım var		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

### DEPRESYONLA BAŞA ÇIKMADA ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ (Ek-4)

(Görüşme veya Öz Bildirim Versiyonu)

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

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

**% şu kadar (0,10,20,30,40,50,60,70,80,90,100) eminim ki...**

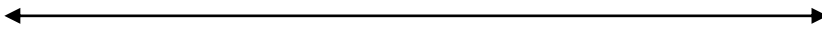
1. Kendimi nasıl hissettiğimi diğer kişilere uygun bir şekilde söyleyebilirim

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



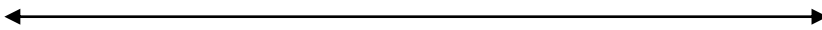
2. Davranışımın ve bu davranışımın diğer kişileri nasıl etkilediğinin farkına varabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



3. İnsanlar benden yapmak istemediğim bir şeyi yapmamı istediğinde bu kişiler benden yetkili dahi olsa onların isteklerini reddedebilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



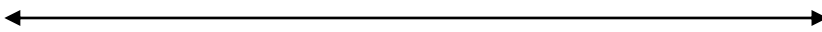
4. Her gün hemen hemen aynı saatte yatar ve aynı saatte kalkarım

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



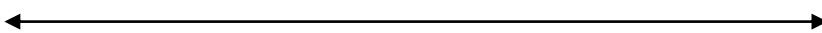
5. Boş zamanlarım için hoşuma giden etkinlikler planlayabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



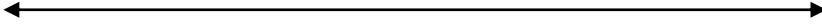
6. Gün içindeki uyuklamalarımı 20–30 dakika ile sınırlandırabilirim

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



7. İyi konsantre olamadığım için bir şeyleri anlamada güçlük çektiğimde (faturalar, yasal evraklar, vergi ödeme vb.) İnsanlardan yardım isteyebilirim

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



8. Bir günde yaklaşık 1 öğün sebze-meyve yiyebilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



9. Bir günde yaklaşık 6-8 bardak su içebilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



10. Hastalık belirtilerimden kendimi sorumlu tuttuğumu fark edebilirim ve bunu durdurmaya çalışabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



11. Yazmak, okumak, resim yapmak, müzik aleti çalmak gibi çeşitli yaratıcı aktivitelere yönelebilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



12. Kendimi yalnız hissettiğimde, çok yakın en az bir arkadaşımın bir araya gelebilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



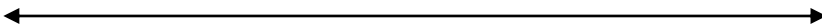
13. Eğer uyuyamıyorsam, tekrar uyumayı denemeden önce gevşemek için bir şeyler yapabilirim(süt içmek, duş almak vb.)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



14. Kendi hakkımda olumsuz düşündüğüm veya iyi olmadığım fikrine kapıldığım zamanlarda bu düşüncelerin mantıklı olup olmadığını sorgulayabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100




15. Yatmadan önce, duş alma veya benzeri sakinleştirici etkinliklerde bulunabilirim.

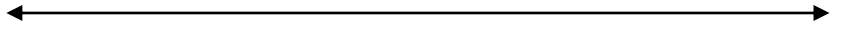
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



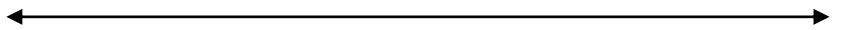
16. Depresyon ilaçlarımı doktorumun önerdiği şekilde kullanabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  



17. Hemen hemen her gün spor ya da benzeri etkinlikler yapabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  


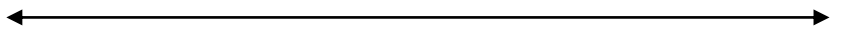
18. Kendi hakkımda olumsuz düşündüğüm veya iyi biri olmadığım fikrine kapıldığım zamanın farkına varabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  



19. Sorunlarım olmasına rağmen, kendi durumuma gülebilir veya espriyle yaklaşabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  


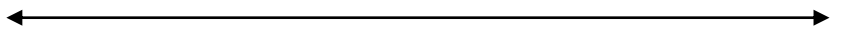
20. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorsam bu düşünceyle mücadele edebilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  



21. Kaygılı olduğumda, neden kaygılı olduğumu anlamaya çalışabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  


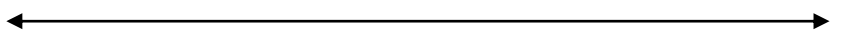
22. Her gün duygusal açıdan kendimi nasıl hissettiğimi anlatan bir günlük tutabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  


23. Günde en az bir kez rahatlama ya da gevşeme egzersizleri yapabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  


24. Beni rahatsız eden duyguların farkına varabilirim ve bu duyguların verdiği rahatsızlığı önlemeye çalışabilirim.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  


## FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNDE VERİ TOPLAMA VE VERİLERİ GRUPLANDIRMA REHBERİ (Ek-5)

### 1-Sağlığın Algılanması-Sağlığın Yönetim Biçimi

- \*Sağlık durumunu algılama: Başlıca yakınması?
- \*Önceden geçirdiği hastalıklar ya da ameliyat?
- \*Geçmişte ve halen sağlık arayış davranışları?
- \*Sağlık sigortası?
- \* Halen uygulanan tedavi: Herhangi bir ilaç tedavisinde mi?
- \*Önerilen tedavilere bağlılığı?
- \*Yaralanmaya neden olacak risk faktörü var mı?
- \*Koruyucu uygulamalar (meme muayenesi vb.)?

### 2-Beslenme ve Metabolik Durumu

- \*Kilo kaybı ya da kilo alma?
- \*Beslenme durumu: Diyeti var mı?
- \*Günlük sıvı alımı?
- \*ilaç ve alkol tüketimi?
- \*Yutma güçlüğü?
- \*Emzirme (Uygunsa sor)?
- \*Ağız boşluğu dahil, deri, doku ve mukoz membran bütünlüğü?
- \*Dişlerin durumu, problem var mı?
- \*Beden ısısı?

### 3-Boşaltım Şekli

- \*Barsak boşaltım şekli-sıklığı, özelliği?
- \*İdrara çıkma şekli, kontrolde güçlük var mı? Rengi miktarı?
- \*Terleme, koku sorunu var mı?

### 4-Aktivite Egzersiz Şekli

#### -Fizik bulgular?

- \*Solunum , Solunum yetersizliği,Öksürme-siyanoz, Solunum sesleri
- \*Nabız-hızı, ritmi (periferik nabız)
- \*Kan basıncı
- \*Ödem
- \*Kas gücü-el sıkma
- İstenilen/gereken aktiviteleri tamamlamak için yeterli enerji?

-Egzersiz şekli? Tipi? Düzenliliği?

-Boş zamanlarda yapılan aktiviteler, çocuk, oyun faaliyetleri?

-Aşağıda verilen faaliyetleri yapabilmeye yeteneğini algılaması?

(Düzeyi kodlayın)

a-Beslenme

f-Kendine çekidüzen verme

b-Banyo yapma

g-Genel hareket

c-Tuvalete gitme

h-Yemek pişirme

d-Yatak hareket

ı- Ev işlerini yürütme

e-Giyinme

i-Alış-veriş

### **Düzyel Belirleme Kodları**

Düzyel O: Kendi kendine tam bakıyor

Düzyel I: Araç-gerece gereksinim duyuyor

Düzyel II: Bir başka kişinin denetiminde

Düzyel III: Bir başka kişinin denetimine ya da yardımcı araç-gerece gereksinim duyuyor

Düzyel IV: Bağımlı ve katkıda bulunmuyor

### **5-Uyku-istirahat Şekli**

\*Uyku alışkanlıkları? Dinlenmiş hissediyor mu?

\*Uykuya başlama problemi?

\*Rüya? Kabus? Erken uyanma?

\*İstirahat alışkanlıkları

\*Uyumak ve gevşemek için uyguladığı yöntemler

### **6-Bilişsel-Algılama Şekli**

\*Görme, işitme, hissetme, tad alma, dokunma ve koku alma yeteneği

\*İşitme gücünü var mı? İşitme cihazı kullanıyor mu? Gözlük kullanıyor mu?

\*Ağrı-rahatsızlık ve bunlarla nasıl baş edebildiği?

\*Halüsinasyon?

\*Vücudun her iki tarafını da algılama?

\*Belleği? Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı?

\*Yargılama?

\*Konsantre olma/dikkatini toplama yeteneği?

\*Karar verme?

\*En kolay öğrenme şekli? Öğrenmede zorluk?

### 7-Kendini Algılama, Kendini Kavrama Şekli

- \*Algıladığı herhangi bir korku ve tehlike?
- \*Endişe-korku? Gerginlik? Huzursuzluk?
- \*Ruhsal durumunda değişiklik (depresif, meraklı)?
- \*Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik?
- \*Durumun kontrolü dışında olduğunu algılama?
- \*Kendi ve kendi değeri hakkındaki düşünceleri ve algılama şekli?
- \*Beden bilinci? Bireysel kimliği?

### 8-Rol ilişki Şekli

- \*Önemli kayıplar: Keder?
- \*Rolün yerine getirme yeteneği, mesleği?
- \*Evlilik durumu?
- \*Kişilerarası etkileşimi?
- \*Yaşamında önemli olan kişiler?
- \* Herhangi bir kişilerarası ilişki zorluğu var mı?
- \*Aile yapısı: Herhangi bir zorluğu var mı?
- \*Ailenin ve ona yakın kişilerin hastalığa karşı tutumları?
- \*Ebeveyn olarak problemleri?
- \*iletişim becerileri?
- \*Kendine zarar verme riski var mı?
- \*Diğerlerine yönelik zarar verme riski var mı?

### 9-Cinsellik ve Üreme

- \*Cinsel yaşamı: Doyumlu-doyumsuz, herhangi bir değişiklik var mı?
- \* Kontraseptifler kullanılıyor mu/problemi var mı?
- \*Menstrasyon öyküsü?
- \*Gebelik var mı?
- \*Tecavüz öyküsü var mı?

### 10-Stres ile Baş etme/Tolere Etme Şekli

- \*Mevcut stresörler: Yaşam zorlukları?
- \*Travmaya karşı tepki ve uyum?
- \*Yakın geçmişte büyük yaşam değişiklikleri?
- \*Stresörlerle başetme şekli?
- \*Stresörlerle başetmek için kullandığı kaynaklar?



\*Aile desteğinin aile gelişimine destek olabilmesi?

### 11-İnanç ve Değerler Şekli

\*Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri?

\*Dini inançları ve dinin önemi

\*Yararlı dini uygulamaları

\*Din adamı ile görüşme isteği?

Konuştuklarımıza ekleyeceğiniz bir Şey ya da başka sorunuz var mı?

**GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE  
DEPRESİF BOZUKLUKLUĞU OLAN BİREYLERİN DEPRESYONLA BAŞ  
ETMELERİNİ GELİŞTİRMEYE YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ  
PLANI  
(Ek-6)**

**SAĞLIĞIN ALGILANMASI-SAĞLIĞIN YÖNETİM BİÇİMİ ÖRÜNTÜSÜ**

**Hemşirelik Tanısı: Terapotik Rejimi Etkisiz Yönetme**

*Tanım:* Bir hastalığın tedavi programını, hastalığın sonuçlarının ve risk durumlarının azaltılmasına yönelik uygulamaları günlük yaşama uyarlayamama

*Amaç:* Birey hastalıktan iyileşmek ve tekrarlamasını ya da komplikasyonlarını engellemek için istenen ve gereken sağlık davranışlarını uygulamaya yönelik niyetini ifade edecek

*Girişimler:*

Tedaviyi yönetmeyi engelleyen faktörler (güvensizlik, maddi zorluk, bilgi eksikliği..) açığa çıkarılmalı

Tedaviyi yönetebilmesinde güven ve güç verilmeli, özyeterlik ve özgüven duygusu geliştirilmeli

Tedavinin gerekçesi, etkileri, yan etkileri, uygulanması, kontroller, yaşam şekli değişimi konusunda açıklayıcı bilgi verilmeli

Öğrenmeyi etkileyen faktörler (anksiyete, bilişsel yetersizlik...) belirlenmeli ve kontrol edilmeli

Tedaviyle bağlantılı olarak gerekli yaşam şeklini değiştirmenin ve gerekenleri öğrenmenin zaman alabileceği söylenmeli

Ailenin tedaviye yönelik olumlu tutum geliştirmesine destek olunmalı

**BESLENME ŞEKLİ VE METABOLİK DURUMU ÖRÜNTÜSÜ**

**Hemşirelik Tanısı: Beden Gereksiniminden Az Beslenme:**

*Tanım:* Ağızdan beslenmede bir sorun olmadığı halde metabolik gereksinimlere göre besin alımının veya metabolizmanın yetersiz olması

*Amaç:* Birey günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uygun yeterlilikte besin yiyecek

*Girişimler:*

Düşük kilo ve yetersiz beslenme hastanın kolayca hastalanmasına neden olabileceği için sık sık az miktarda, yüksek kalorili ve proteinli hafif yiyecekler verilmeli

Dehidratasyonu önlemek için sık sık sıvı alması sağlanmalı, ancak yemekten hemen önce sıvı verilmemeli

Yeme düzeni gözlenmeli, aldığı- çıkardığı ve kilo takibi yapılmalı

Başkaları ile birlikte yemek yemeye teşvik edilmeli

Yemek yeme öncesi dinlenmesi sağlanmalı, yemek ortamının hoş, sakin rahat olması sağlanmalı

Birinin kendisi ile ilgilendiği düşüncesini geliştirmek için yemek sırasında yanında kalınmalı

Yemek konusunda seçenek sunulmalı, mümkünse sevdiği yiyecek ve içecekler sağlanmalı

İştahını azaltan (koku, bulantı, anksiyet...) nedenler ortaya çıkarılmalı ve kontrol edilmeye çalışılmalı

Uygun beslenme ve sıvı alımının hastalığındaki önemi anlatılmalı

## **BOŞALTIM ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

### **Hemşirelik Tanısı: Konstipasyon:**

*Tanım:* Dışkılama sıklığının azalması veya kuru, sert dışkıya yol açacak şekilde kalın barsaklarda staz olması

*Amaç:* Birey en az 2-3 günde bir barsak hareketi olduğunu bildirecek

#### *Girişimler:*

Gün içinde ağızdan bol sıvı tüketmesi (en az 2 litre) sağlanmalı

Yediği besinler içinde lifli gıdalar olmasına dikkat edilmeli

Dışkılama zamanının düzene sokulması için gün içinde belirli sürelerde(örn kahvaltı sonrası) dışkılaması söylenmeli

Kahve gibi konstipasyonu tetikleyebilen yiyecek içeklere kısıtlama getirilmeli

Dışkılamayı uyaran sıcak su gibi içecekleri mümkünse kahvaltı öncesi içmesi önerilmeli

Kullandığı ilaçların konstipasyonu artırıcı etkileri doktoru ile değerlendirilip, gerekirse laksatif desteği sağlanmalı

Defekasyon uyarısı olduğunda ertelememesi söylenmeli

Tuvalette iken çömelme pozisyonu alması ve alt abdomene elle hafif basınç yapması öğretilmeli

Egzersizin barsak boşaltımındaki önemi hatırlatılarak gün içinde yürüyüş yapması ve dizleri karna çekme, vücudu bir taraftan diğerine çevirme gibi karın ve pelvik kasları kullanacak hareketlere teşvik edilmeli

### **AKTİVİTE-EGZERSİZ ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

#### **Hemşirelik Tanısı: Eğlence (Boş Zamanları Geçirme) Aktivitesinde Eksiklik**

*Tanım:* Yaratıcı, boş zaman geçirme aktivitelerinden sağlanan uyaranların miktarında ya da bu aktivitelere ilgide azalma olması

*Amaç:* Bireyin hoşlandığı, zevk aldığı aktivitelerden en az birine katıldığını bildirmesi

*Girişimler:*

Duygu ve deneyimlerini paylaşmaya cesaretlendirilerek ve ilgi göstererek motivasyonu uyarılmalı

Öfke ve acı çekme duygularını çözümlemesi için yardım edilmeli

Mümkünse günlük rutinler çeşitlendirilmeli

Bireyin günlük programı planlamasına katılımı sağlanmalı

Ziyaretçiler için zaman planlanmalı

Fiziksel ortam çeşitlendirilmeli

Mümkünse bireyin dışarı çıkması sağlanmalı

Daha önce hoşlandığı uğraşları tartışılıp, gerekirse uğraşı terapistine yönlendirilmeli

İlgi duyduğu aktiviteyi seçmesine imkan tanınmalı

Kitap, radyo, televizyon, kasetçalar vs gereçler sağlanmalı

Günlük olarak bireyin ileriye bakmasını sağlayacak bir aktivite planı yapılmalı ve bu konuda verilen söz tutulmalı

Uygunsa aktivitede başkalarına yardım etmesi sağlanmalı

Aktiviteye katılımı ödüllendirilmeli

Aktiviteyi uygulamada bireyin yetersizliklerine değil, yeterliliklerine odaklanılmalı

#### **Hemşirelik Tanısı: Bireysel Bakımda Eksiklik**

*Tanım:* Motor veya bilişsel fonksiyonlarında bir bozulma nedeniyle kendine bakım verme aktivitelerini yerine getirme yeterliğinde azalma

*Amaç:* Birey, öz bakım aktivitelerine fiziksel ve/veya sözel olarak katılacaktır

*Girişimler:*

Her bir bireysel bakım aktivitesini yapabilme/katılabilme yeteneği değerlendirilmeli

Bireysel bakımın hastanın kendini iyi hissetmesindeki rolü hatırlatılmalı  
 Bireysel bakım aktiviteleri için seçenekler sunulmalı, tercihleri sorulmalı  
 Bakımın zorlandığı alanlarında yardım edilmeli, kendi yapabileceği durumlarda bağımsızlığı teşvik edilmeli  
 Bakım için gerekli olan malzemeler kendine özgü kullanılacak şekilde temin edilmeli ve kolay ulaşabileceği bir alanda bulundurulmalı  
 Bakım için uygun zaman hastanın hasta ile birlikte belirlenmeli  
 Bakım sonrası olumlu geri bildirim/ödül verilerek bir sonraki bakımı yapması teşvik edilmeli  
 Gerektiğinde adım adım bakım basamakları hatırlatılarak yapması teşvik edilmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Aktivite İntoleransı**

*Tanım:* Bireyin istenen ya da gereken düzeyde aktiviteye dayanma ile ilgili fizyolojik kapasitesinde azalma

*Amaç:* Birey aktivite düzeyini ilerletecek

*Girişimler:*

Hasta ile hareketin önemi tartışılmalı ve hangi aktivitelerin önemli olduğu belirlenip öncelikleri hasta ile değerlendirilmeli

Hareket toleransını değerlendirmek için gerekli kriterler (yaşam bulguları, ağrı...) belirlenmeli

Hareket öncesi gerekli olan besin ve sıvı alımı sağlanmalı

Başlangıçta daha yavaş ve kısa süreli, uzun aralı aktivitelerle başlanarak yapabildikçe aktivite süre ve sayısı artırılmalı

Gün boyunca aralıklı olarak dinlenmesi, gerekli olmadıkça ayakta kalmaması sağlanmalı

Gerginliği azaltmaya yarayan yürüme, yatakları düzenleme gibi çok az konsantrasyon gerektiren aktivitelere ve doğru veya yanlış olarak değerlendirilmeyen basit kart oyunları oynama, magazin türü dergiler okuma, resim çizme gibi aktivitelere katılımı teşvik edilmeli,

Yatak içinde geçirilen zaman azaltılmalı, aktiviteleri yapabileceğine yönelik olumlu tutum hastayla paylaşılmalı

Yaşadığı gerginlikle ortaya çıkan enerji voleybol/ping-pong oynama, boyama yapma gibi aktivitelerle sağlıklı olarak uzaklaştırılmalı

### **Hemşirelik Tanısı: Yorgunluk**

*Tanım:* Dinlenme ile geçmeyen sürekli ve bunaltıcı bir bitkin olma hissi yaşama ve fiziksel ve ruhsal çalışma kapasitesinde azalma olması

*Amaç:* Birey, fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal boyutlarda uyarıcı ve dengeleyici aktivitelere katılacak

*Girişimler:*

Bireyin yaşamına yorgunluğun getirdiği etkileri ve duyguları açıklamaya desteklenmeli  
Gün içindeki yorgunluk düzeyini (artma, azalma zamanları), yorgunluğu artıran süreçleri değerlendirmeye teşvik edilmeli

Enerjinin yüksek olduğu dönemlerde gerekli işleri yapmaya teşvik edilmeli

Enerjiyi koruma teknikleri (zor işlerden önce dinlenme, işleri aralıklarla yapma, gerekli eşyaları yakına getirme)

Öncelikli görevlerin belirlenmeli ve sıraya konmalı, temel olmayan görevleri ertelemesine yardım edilmeli

Güçlü yönlerini, yeteneklerini tanımasına yardım edilmeli

Stres ve çatışmaların enerji düzeyine etkisi açıklanmalı

Etkili baş etme becerileri (Gevşeme teknikleri, paylaşma, atılgan davranış) öğrenmesine yardım edilmeli

Enerji verecek besin öğelerini sık aralarla tüketmesi sağlanmalı, tek öğünde miktarı çok tutmamalı

### **UYKU–İSTİRAHAT ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

#### **Hemşirelik Tanısı: Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık**

*Tanım:* Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan veya istenen yaşam şeklini engelleyen değişme olması

*Amaç:* Bireyin dinlenme ve aktivite arasında optimal bir denge olduğunu bildirmesi

*Girişimler:*

Yorgunluk depresyon duygularını yoğunlaştırabileceğinden aktivitelerden sonra dinlenmesi sağlanmalı, yatma zamanına yakın fiziksel aktivite kısıtlanmalı

Gün içerisindeki uyuma süresinin azaltılmasına yönelik yatak dışında kalmaya ve aktiviteye teşvik edilerek gece uykusunu daha iyi alması sağlanmalı

Mümkünse masaj, ılık süt, bitki çayı, ılık banyo, gevşeme egzersizleri gibi yöntemlerle rahatlama ve uykuya dalma kolaylaştırılmalı

Yatma öncesi oda havalandırılmalı, odanın hafif serin olması sağlanmalı  
 Düzenli yatma ve yataktan kalkma zamanları belirlenmeli ve buna uyması sağlanmalı  
 İlaç tedavisi ve hemşirelik bakım uygulama saatleri gece uykusunu bölmeyecek şekilde ayarlanmalı  
 Sedasyon etkili ilaçlar yatmaya yakın verilmeli  
 Gürültü, güçlü ışık ve kafein gibi uyarıcılar uyku öncesi sınırlandırılmalı  
 Uyku vaktinden önce anksiyetenin azaltılması ve güvenlik duygusunun artırılması için hastayla vakit geçirilmeli

## **BİLİŞSEL-ALGILAMA ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

### **Hemşirelik Tanısı: Karar Vermede Çatışma**

*Tanım:* Risk, mücadele, kayıp gibi seçenekler içeren bir durumda nasıl davranacağı konusunda belirsizlik yaşama

*Amaç:* Birey, bilgilendirilmiş bir şekilde seçim yapacak

*Girişimler:*

Problemin ne olduğu ve bir karar verilmesi gerektiğini açık olarak görmesi için yardım edilmeli

Karar vermemenin sonuçlarının ne olacağı tam olarak ortaya konulmalı

Olası tüm alternatiflerin ve seçeneklerin bir listesini yapması sağlanmalı

Yanlış bilgileri düzeltilmeli

Korkuları ile yüzleşmesi için yardım edilmeli

Birey için önemli olan kişilerin karar verme sürecine dahil olması teşvik edilmeli

Kararı etkileyebilen kişisel değerleri ve ilişkileri ortaya çıkarmasına destek olunmalı

Başkalarının fikrini kendi kararı olarak kabul etmemesi, kararı kendisinin vermesi gerektiği ve buna hakkı olduğu belirtilmeli

Hastanın kararı hemşirenin kendi değerleri ile çatışsa bile hastanın bilgili karar vermesi desteklenmeli

Gerekirse inandığı manevi bir liderle görüştürülmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Düşünce Süreçlerinde Değişme**

*Tanım:* Bilinçli düşünme, gerçeğe oryantasyon, problem çözme, yargılama, karar verme, anlama, kavrama gibi ruhsal aktivitelerde bozulma olması

*Amaç:* Birey gerçeğe oryantasyonunu ve diğerleriyle açık iletişimini sürdürecektir

*Girişimler:*

Beklentilerin açıklığa kavuşturulması ve boş zamanlarını etkin bir şekilde kullanabilmesi için hastaya görüşmelerin ne zaman yapılacağı ve ne kadar süreceği bildirilmeli

Güven ilişkisinin geliştirilmesi için verilen sözler tutulmalı, yerine getirilemeyecek sözler verilmemeli

Bireyselliğini sürdürmesine yardımcı olacak bir iletişim (ben dili) kullanılmalı

Düşünme ve konsantrasyon güçlüğü yaşadığında ve karmaşık uyarılara tepki verme, kavrama yeteneğinde bozulma olduğu için iletişimde basit ve somut kelimeler kullanılmalı, sorulara cevap vermesi için hastaya zaman tanınmalı, aşırı yönlendirmelerden kaçınılmalı

Yeterli ve anlamlı duygusal uyarılar (gün ışığı, saat, güncel olaylarla ilgili bilgi, yerine getirilecek görevler) sağlanmalı

Kısa cevaplı sorular ile iletişimi teşvik edilmeli, çok fazla soru sormaktan kaçınılmalı

Hemşirenin neşeli davranışlarını değersizlik olarak algılamaması açısından hastanın yanında şakalaşma ve neşeli davranmaktan kaçınılmalı

Her şey yoluna girecek” gibi basmakalıp ve hastanın duygularını önemsiz gören ifadelerden kaçınılmalı

Hasta ile aynı düşünce paylaşılmıyorsa söylenmeli, ancak olumsuz ifadelerini yargılayıcı olarak ele almaktan kaçınılmalı

Sanrılarının katılmaktan kaçınılmakla birlikte hastanın bu düşüncelere gereksinimi olduğu kabul edilmeli, sanrı ve varsanılarının hangi gereksinimi karşıladığı anlaşılmaya çalışılmalı

Önemli yaşam kararlarını vermesi ertelenmeli, ağır sorumluluklar yüklenmemeli

Olumsuz düşünceleri durdurma teknikleri öğretilmeli, olumsuz düşünceleri dinleme süresine sınır konmalı, olumlu düşüncelerle meşgul olması sağlanmalı, olumlu ve gerçeğe uygun düşündüğünde geri bildirim verilmeli,

‘Şimdi ve burada’ya yoğunlaşması sağlanmalı

İçsel kaynaklardan ortaya çıkan uyarılar ile dışsal uyarıları ayırt etmesi sağlanmalı

Hemşire hastanın söylediklerini anlamadığında ne demek istediğini anlayamadığını söyleyerek sorumluluğu üstlenmeli ve hastanın anlatmasını kolaylaştırmalı



## **KENDİNİ ALGILAMA-KAVRAMA ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

### **Hemşirelik Tanısı: Anksiyete**

*Tanım:* Belirsiz ve spesifik olmayan bir tehdite karşı otonom sinir sisteminde aktivasyon ve huzursuzluk yaşanması

*Amaç:* Birey, psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma ifade edecek

*Girişimler:*

Anksiyete düzeyi belirlenmeli

Anksiyeteyi gösteren huzursuz, ürkek, çekingen, yardım arayan davranışları değerlendirilmeli

Anksiyete yaratan durumları tanımlamasına yardım edilmeli, karşılanmayan beklentilerin anksiyete ile ilişkisi gösterilmeli

Hastanın yanında kalınmalı, karar vermesi için istemde bulunulmamalı, empatik yaklaşım (dokunma, ağlamaya izin verme, konuşma, sessiz kalma) sergilenmeli

Hastaya sakin yaklaşılmalı, yumuşak bir ses tonuyla kısa ve basit cümlelerle konuşulmalı

Herkesin zaman zaman anksiyete hissedebileceği söylenmeli

Anksiyeteyi artırabilecek gürültü, kafein, kalabalık gibi faktörler azaltılmalı, anksiyetesi yüksek hastalardan uzaklaştırılmalı

Progresif gevşeme, hafif dinlendirici bir müzik dinleme, yürüyüş yapma, derin nefes alma gibi tekniklerle kas gerginliğini azaltmaya çalışılmalı

Odadaki tek bir kişi veya objeye odaklanması, dikkatini ve düşüncelerini yapıcı tavır ve aktivitelere yönlendirmesi sağlanmalı

Duyularını açıklamasına olanak tanınmalı

Yoğun anksiyete yaşadığında yardım arama davranışı göstermesi için desteklenmeli

Stresli durum kaçınılmaz olduğunda uzağa bakma, kendine sesli telkinde bulunma, yavaş düşünme, ses tonunu değiştirme gibi anksiyete kesme teknikleri uygulatılmalı

### **Hemşirelik Tanısı: Umutsuzluk**

*Tanım:* Problem çözümü veya istenen amaca ulaşmak için hiçbir seçeneğin olmadığını düşünme, kendi adına amaçlar oluşturmak için enerjisini harekete geçirememesi

*Amaç:* Birey şimdiki zamanı hakkında iyimser duygularını ifade edecek, yaşamın anlamını ve amacını belirterek geleceğe ilişkin olumlu beklentiler bildirecek

*Girişimler:*

Düşünce ve duygularını, şüphe korku ve umutsuzluk hislerini sözelleştirmesi için teşvik edilmeli

Olumsuz düşünceleri tanıması ve azaltması, bunların yerine olumlu düşünceler geliştirmesine yardım edilmeli

Başarısızlık ve güçsüzlük duygusunu artıran gerçekçi olmayan amaçlardan uzaklaşıp, gelecekle ilgili gerçekçi amaçlar edinmesi ve plan yapmaya cesaretlendirilmeli, karar vermesine destek olunmalı

Bilinmezlikten kaynaklanabilen umutsuzluğu gidermek için durumu ile ilgili bilgi verilmeli

Yaşamdaki umut kaynaklarını (ilişkiler, inançlar, başarılabacak işler, bağımsızlık, otonomi....) tanımasına yardım edilmeli

Şu andaki durumunun geçici olduğu hatırlatılmalı

Umudun azaldığı alanları ifade etmesi, umutla ilgili yeni hedefler koyması ve eskileri yenilemesi konusunda yardım edilmeli

Durumundaki umutsuz alanları umutlu olanlardan nasıl ayırt edebileceği öğretilmeli, kontrol edemediği yaşam olaylarını belirleyip, çözüm için seçenekler bulmasına, değiştiremeyeceği durumları kabullenmesine yardım edilmeli

Manevi alanının genişletmesine olanak verilmeli ve manevi değerlerini uygulayabileceği bir çevre oluşturulmalı

Yaşamını gözden geçirip güzel anılarını hatırlaması sağlanmalı, deneyimlerini kabullenmesi ve zevk alması kolaylaştırılmalı

Devam eden olumlu ilişkileri vurgulanmalı, sevildiği ve başkalarının hayatında önemli olduğunu fark etmesi sağlanmalı, önem verdiği kişilerle ilişkilerini geliştirmesi için teşvik edilmeli

Mümkün olduğunca bağımsızlığa teşvik edilmeli, kendi bakımına aktif olarak katılması sağlanmalı, rutin günlük aktivitelere devamı sağlanmalı

Kabul edici ve sıcak bir yaklaşım sunulmalı

Geçmişe değil, şimdikiye odaklanmasına yardım edilmeli

Bakımıyla ilgili kararlarda mümkün olduğunca sorumluluk verilmeli, seçenekler sunularak seçim yapması sağlanmalı ve kontrol duygusu artırılmalı

Hastaya umutlu olunduğu gösterilmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Benlik Saygısında Rahatsızlık**

*Tanım:* Kendi ya da yetenekleri hakkında olumsuz değerlendirmelerde bulunma

*Amaç:* Birey kendi olumlu yanlarını tanıyacak ve geleceğe yönelik pozitif bakış açısı ifade edecek

*Girişimler:*

Hastanın yaşamakta olduğu negativizmi (istenilenleri reddetme, işbirliği yapmama...) kabul edilmeli

Hastayla vakit geçirme, aktif dinleme, empati gösterme gibi tekniklerle kendini zaman ayrılmaya değer biri olarak görmesi sağlanmalı

Dikkati güçlü ve başarılı yönlerine çekilerek ve başarısızlıkları üzerinde durulmayarak sürekli olumsuzluklardan konuşması engellenmeli

Grup etkinliklerine katılımı ile grup üyelerinden olumlu geri bildirim ve arkadaş desteği elde etmesi sağlanmalı

Benliğinde değiştirmek istediği yönleri bulmasına ve değiştirmesine, kendini geliştirmesine yardım edilmeli

Yapamadığı konularda yardım edilmeli, basitten karmaşığa doğru aktivitelere yönlendirilmeli, gittikçe bağımsızlığı artırılarak ve davranışlarının sorumluluğunu alması sağlanarak kendine güvenmesine yardım edilmeli

Başarıları görüldüğünde bunu tanınması için olumlu geribildirim verilmeli

Pasif, girişken, saldırgan davranış arasındaki farkları tanınması ve benliğini koruyucu, girişkenliğini artırıcı teknikleri öğrenmesi sağlanmalı

Etkili iletişim için ben dilini kullanması, yargılayıcı ifadelerden kaçınmanın önemi vurgulanmalı

Benlik saygısını etkileyen etkenleri tanınması sağlanmalı

Tedavisine aktif katılımı desteklenmeli

Olumlu ve olumsuz duygularını kabul etmesine yardım edilmeli

Destek sistemlerini tanınması ve harekete geçirmesine yardım edilmeli

Olumlu yanlarını ifade edebileceği ancak rekabet gerektirmeyen aktivitelere yönlendirilmeli

Durum ve olaylar üzerinde kendi sorumluluğunu tanınmasına ve sorumluluk almasına yardım edilmeli

Yetenekleri ve olumlu özellikleri (çalışkanlık, hobiler, görünüm..) fark etmesi ve pekiştirmesine yardım edilmeli

Kişisel bakımını yapması için cesaretlendirilmeli

Olumsuz otomatik düşünceleri ve aşırı genellemeleri tanınması için danışmanlık verilmeli, olumlu düşünmeye yönlendirilmeli

Güçlü yönlerini, kişisel özelliklerini belirlemesi ve listelemesi istenmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Disfonksiyonel Acı Çekme**

*Tanım:* Uzamış, yoğun ve çözülmemiş şekilde acı çekme, keder yaşama, zararlı aktivitelerde bulunma

*Amaç:* Birey profesyonel yardım alma niyetini sözel olarak ifade edecek

*Girişimler:*

Kaybın evreleri ile ilgili bilgi verilmeli, uygun tepkileri desteklenmeli

Kayba karşı duygularını açıklamasına imkan verilmeli

Kabullenici olunmalı, ağlama, dini destek arama gibi baş etmelerine izin verilmeli

Kayıpla ilgili yanlış yorumladığı gerçekler gösterilerek daha sağlıklı düşünmesi teşvik edilmeli

Aile üyeleri kayıp konusunda birbirlerine destek olması için cesaretlendirilmeli

Kayıpla ilgili öfke duygusunu boşaltabilmesi için fizik egzersiz gibi uygulamalara yönlendirilmeli

Başlangıçta mahremiyete/özel yaşama izin vererek kendilik değeri desteklenmeli, zamanla sosyal etkinliklere (destek grupları..) katılmaya teşvik edilmeli

Yaşadıklarının güç olduğu empatik tavırla aktarılmalı

### **Hemşirelik Tanısı: Güçsüzlük**

*Tanım:* Yaşam şeklini, amaçlarını, bakış açısını etkileyen belirli durumlar ve olaylar üzerinde kişisel kontrolünün olmadığını algılama

*Amaç:* Birey durumları ve sonuçları kontrol edebildiğini ifade edecek

*Girişimler:*

Yapılacak tüm işlemler, kurallar ve seçenekler açıklanmalı, soru sorması teşvik edilmeli

Durumu ve tedavisi hakkında bilgilendirilmeli

Kendini aciz ve çaresiz görmemesi için desteklenmeli, kişisel güç, değer ve varlıkları hatırlatılmalı

Günlük olarak durumundaki ilerlemeleri belirtilmeli

Kendisi ile ilgili bağımsız kararlar almasına saygı gösterilmeli, kararlarını kontrol etmesi için fırsatlar sunulmalı

İçinde bulunduğu çevreyi idare etmesine (eşyalarını nereye yerleştireceği, hoşlandığı aktiviteleri seçme) müsaade edilmeli

Bakımıyla ilgili kararlarda ve uygulamada sorumluluk almasına izin verilmeli

Başarılı olma fırsatları tanınmalı, daha önceki başarıları hatırlatılmalı

Yaşamında değiştireceği ve değiştiremeyeceği durumları tanımaya ve değiştirmeye veya kabul etmeye cesaretlendirilmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Kendine Zarar Verme Riski:**

*Tanım:* Kendine yönelik zarar verici eylemlerde bulunma riski olmasıdır. Kendini suistimal etme, sakatlama ve intihar girişimi eylemlerini içerebilir.

*Amaç:* Birey zarar verici olmayan alternatifleri seçecek

*Girişimler:*

Zarar vermeye yönelik dolaylı ve doğrudan ipuçları değerlendirilerek risk tanınması (daha önceki zarar verici eylemler, intihar girişimi, intihar isteğini ifade etme, yeni yatmış ve teşhis konmamış hasta, depresif durumda ani iyileşme...) yapılmalı

Kendine zarar verme düşüncesi veya planı olup olmadığı doğrudan sorulmalı

Risk yüksekse hasta 15 dk aralarla kontrol edilmeli, uzun süre yalnız kalmasına engel olunmalı, gerekirse monitor ile izlenmeli

Güvenli çevre için zararlı objeler (jilet, makas, kemer,...) kaldırılmalı, dışarıdan obje gelişine izin verilmemeli, ilaçlarını içtiğinden ve yanında ilaç kalmadığından emin olunmalı, uygulanan önlemler ile ilgili bilgi verilmeli

Kendine bir süreye kadar zarar vermemesi konusunda anlaşmaya varılmalı, güvenlik sorumluluğuna kendisinin de dahil edilerek değerli bir birey olduğu duygusu iletilmeli

Gerçek duygularını anlatması için cesaretlendirmeli

Öfkenin kaynağını tanımasına, kendine yönelik saldırgan duygulardan rahatça söz edebilmesine ve öfkesini uygun şekilde ifade ederek düşmanlı duyguların boşalmasına olanak tanınmalı

Çevresini yanlış algılayan ve yorumlayan hastaya gerçekler açıklanmalı

Korkuları küçümsenmemeli ve yargılanmamalı

Zarar verme düşüncelerini tetikleyen etmenleri tanımasına yardım edilmeli

Kendine zarar vermenin sadece bir seçenek olduğu, kontrol edilmez bir şey olmadığı ve her zaman alternatiflerin bulunduğu vurgulanmalı

Alternatif davranışlar üzerine konuşulmalı ve geliştirmesi için olanak sunulmalı

Zarar verme düşünceleri olduğunda derin derin düşünmesine sınır konulmalı, pozitif düşünme, gevşeme egzersizleri gibi alternatiflere yönlendirilmeli

Zarar verici düşünceler yoğunlaştığında veya artmaya başladığında durumunu hemşireye iletmesi yönünde teşvik edilmeli, durumu ekip üyeleriyle paylaşılmalı

## **ROL-İLİŞKİ ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

### **Hemşirelik Tanısı: Sözel İletişimde Bozulma**

*Tanım:* İnsanlarla düşünce ve görüş alışverişinde bulunma istek, eğilim ve gereksinimlerini sözel olarak iletmede güçlük yaşama

*Amaç:* Birey kendini ifade etme yeteneğinde iyileşme gösterecek

*Girişimler:*

Konuşması için yeterli zaman ayrılmalı

Hastayı dinlemek için yeterli zaman ayrılmalı

Hasta yorgun olduğunda konuşma ertelenmeli

Bireyin yüzüne açık ve net konuşulmalı

Sadece bir kişi ile teke tek konuşması sağlanmalı

Odadaki gereksiz sesler, gürültüler kontrol edilmeli, sakin telaşsız bir ortam sağlanmalı

Anlatılanı anlamamış görünüyorsa tekrar edilmeli, gerekirse kısa ve uygun başka sözcüklerle anlatılmalı

Karmaşık olmayan tek aşamalı yönlendirmeler kullanılmalı

Aynı durumlarda aynı sözcükler kullanılmalı

Anlaşılabilir olmasa bile konuşma çabalarının hepsine tepki verilmeli

Verdiği mesajların doğruluğu için ifadeleri kısa ve uygun şekilde tekrar edilmeli

Tepki vermesi için zaman tanınmalı, sözü kesilmemeli

İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketler de kullanılmalı

Tartışmalı soyut ve uzun konulardan kaçınılıp, şimdi ve burada üzerinde konuşulmalı

Birey grup içinde ise bireye yakın olunmalı.

### **Hemşirelik Tanısı: Rol Performansında Etkisizlik**

*Tanım:* Sahip olduğu rollerin normlara ve beklentilere uygunluğunu algılamada rahatsızlık yaşama

*Amaç:* Birey üstlendiği rolleri yerine getirmede istekli olacak

*Girişimler:*

Rolü yerine getirmede stresörün oluşturduğu etkinin farkına varmasına yardım edilmeli  
Bireyin kendisinin ve diğerlerinin bireyden beklediği rol tipinin ve bunun gerçekçiliğinin tanımlamasına yardım edilmeli

Durumunun elverdiği ölçüde yapabileceği daha az sorumluluk gerektiren rolleri yerine getirmeye yönlendirilmeli

Daha önce başarıyla yerine getirdiği ve keyif aldığı rolleri hatırlatılmalı

Rolü yerine getirmede gerekli olan yardım şekli (yemek, çocuk bakımı, ulaşım, maddi imkanlar...) ve destek olabilecek bireyler (aile, komşu, arkadaş) hastayla birlikte belirlenmeli

Desteklerden yardım istemesi konusunda teşvik edilmeli, gerekirse bu kişilerle görüşerek bir süreliğine desteği istenmeli

Yararlanabileceği toplumsal kurumlara yönlendirilmeli.

### **Hemşirelik Tanısı: Sosyal Etkileşimde Bozulma**

*Tanım:* Etkileşimlerden yetersiz ya da doyumsuz tepkiler alma veya yaşama

*Amaç:* Birey sosyalizasyon ile ilgili doyumda artış bildirecek

*Girişimler:*

Herhangi bir beklenti ve koşul ileri sürmeden hastaya ilgi göstermeli, gerekirse yanında belli sürelerce sessizce oturulmalı

Kapasitesine uygun bir aktivite programı belirlenmeli, tercihleri sorulmalı

Çevresi ile iletişime geçmek dikkatini kendinden uzaklaştırdığı için başlangıçta teke tek daha sonra grup ilişkilerine girmesi için cesaretlendirilmeli

Sosyalleşme yalnızlık duygusunu azalttığı, çevresinden saygı görmek kendine verdiği değeri arttırdığı için dans/ sanat terapisi vb. grup aktivitelerine katılması sağlanmalı

Herhangi bir grup etkinliğinde bulunmadığı fark edildiğinde kendisine söylenmeli

Yeni sosyal davranışları denemesi için cesaretlendirilmeli

Kabul gören belirli sosyal davranışlar (selamlaşma, tebrik etme) konusunda rol model olunmalı

Sosyal etkileşimde önemli olan asertif teknikler öğretilmeli, pasif, saldırgan ve asertif etkileşimler arasındaki farklılıklar ve etkileri gösterilmeli

Gönüllü etkileşimleri sonrası olumlu geri bildirim verilmeli

Günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi için başlangıçta yardım edilmeli, daha sonraki zamanlarda bağımsız olması için cesaretlendirilmeli

Bulunduğu ortam aktivite için uygun hale getirilmeli, klinikteki aktivitelere ve destek gruplarına katılım için cesaretlendirilmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma**

*Tanım:* Normalde destekleyici olan ailede etkili işlev görme yeteneğini etkileyen bir stresör yaşanması

*Amaç:* Aile üyeleri birbirlerini karşılıklı olarak destekleyen fonksiyonel bir sistem sürdürecektir

*Girişimler:*

Ailenin durumu değerlendirmesine (hastanın yaşadığı sıkıntı, hastalığın doğası, belirtiler..) yardım edilmeli

Hastanın aile ile uygun şekilde görüşebilmesine olanak tanınmalı

Ailenin güçlü yönleri (yakınlık, ilgi,...) vurgulanmalı ve onaylanmalı

Aile bireylerin uygun olduğunda hastanın bakımı ile ilgili kararlara ve bakımı uygulamaya katılması teşvik edilmeli

Aile bireylerinin yaşanan sıkıntı ile ilgili duygularını tanıması ve ifade etmesine yardımcı olunmalı

Aile bireylerinin hasta ile ilgili gerçekçi olmayan beklentilerini değiştirmelerine yardım edilmeli

Aile bireyleri hastaya destek olmaya teşvik edilmeli

Aile gereksinimi olan toplumsal kuruluşlara yönlendirilmeli

Hastanın bir süreliğine gerçekleştirmediği rollerinin sürdürülmesinde aile bireylerinin işbirliği yapmalarına destek olunmalı

### **CİNSELLİK VE ÜREME ÖRÜNTÜSÜ**

#### **Hemşirelik Tanısı: Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik**

*Tanım:* Cinsel sağlığında bir değişim yaşama



*Amaç:* Birey önceki cinsel aktivitesini yeniden sürdürecektir ya da alternatif doyum verici cinsel aktiviteye girecektir

*Girişimler:*

Hastalık öncesi cinsel yaşamı (cinsel doyum, cinsel bilgi, cinsel örüntü...) değerlendirilmeli

Cinsel fonksiyon ve yaşam konusunda kendini rahatsız edebilen konularda soru sorması için cesaretlendirilmeli, korku ve endişeleri açığa çıkarılmalı

Düzenli fiziksel aktivitenin ve sağlıklı beslenmenin cinsel fonksiyon üzerindeki olumlu etkisi hatırlatılmalı

Stres, ilaçlar, hastalık ve olumsuz düşüncelerin cinsel fonksiyon üzerindeki olumsuz etkisi anlatılmalı

Yaşamında kontrol edemediği (çocuğun hastalığı) ve edebildiği (geç kalma) stresörleri tanıması ve yaşam şeklini stresörleri azaltacak şekilde düzenlemesi için yardım edilmeli  
Partneri ile konuşabilmeye teşvik edilmeli, cinsel eylemin sayı, sıklık gibi performans gösteren belirteçlerle değil, iyi oluş ve partnerle karşılıklı beklentiler kapsamında değerlendirilmesi gerektiği hatırlatılmalı

Ağrı, kuruluk gibi belirtilerden kaynaklanan sorunlar için kayganlaştırıcı, sıcak uygulama gibi yöntemler hakkında bilgi verilmeli

Cinsel birleşme dışında doyum almayı sağlayan (dokunma, sarılma...) yaklaşımları tanıması sağlanmalı.

## **BAŞ ETME-STRESİ TOLERE ETME ŞEKLİ ÖRÜNTÜSÜ**

### **Hemşirelik Tanısı: Etkisiz Bireysel Başetme**

*Tanım:* Kaynakların yetersizliği nedeniyle içsel ya da çevresel stresörleri yönetememe

*Amaç:* Birey kendi çevresindeki olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verecek ve bu kararlara uygun eylemler uygulayacak

*Girişimler:*

Çevresi ile etkileşimde tepki verme yeteneğinde bozulma olabileceği için başlangıçta yeni etkileşimlerinin sayısı sınırlandırılmalı, bu nedenle hasta ile aynı personel ilgilenmeli

Üzüntü, umutsuzluk ve mutsuzluk duygularının sağlıklı bir şekilde ifadesini sağlayan ağlama gibi baş etmelere izin verilmeli

Güven ilişkisini geliştirmek için gizliliğine saygı duyulmalı

Hastanın duygularını anlamayan basmakalıp sözler söylenmemeli

Mutsuzluk, umutsuzluk, üzüntü gibi duyguların rahatlmasına yardım ettiği için sözel ve sözel olmayan tüm duygularını ifade etmede hastaya yardım edilmeli

Sorunlarına çözüm için sorunun nedenlerini fark etmesi, çözüm için olası seçenekler üretmesi, tanımlaması, değerlendirmesi, çözüm üretmeyen seçenekleri elemesi, uygun çözüm yöntemini uygulamasına yönelik problem çözme yöntemleri öğretilmeli

Direk olarak kontrol edilemeyen problemleri tanımasına, kabul etmesine yardım edilmeli ve bunlar için gevşeme, egzersiz gibi başka aktivitelere yönlendirilmeli

Kullandığı mevcut baş etme yöntemleri değerlendirilmeli, olumlu baş etme tepkilerini geliştirmesi ve devam etmesi sağlanmalı, olumsuz baş etmelerin etkileri gösterilerek azaltılmaya teşvik edilmeli

Yaşadığı duyguların gerçekten kendisi için güç olduğu söylenerek olumsuz düşünceleri yoğun olduğunda daha olumlu ve gerçekçi bakış açısı sağlanmaya çalışılmalı

Uygunsuz davranışı ve uygunsuz baş etmeleri değerlendirmesi (bu davranış işe yaradı mı, bu deneyimden ne öğrendiniz?) sağlanmalı

Öfkenin olabileceğinin ancak birlikte belirli davranışlarla ifadesinin kabul edilebilirliği açıklanmalı

Günlük gevşeme teknikleri uygulama ve aktivite düzeyini artırması için harekete geçirilmeli, stres yönetimi (yürüme, yoga vs. öğrenmesi ve uygulaması) sağlanmalı

Kişisel başarısı ve benlik duygusunu geliştirecek alanlar bulunmalı

Durumunu anlayabilecek benzer kişilerle bağlantı kurmasına destek olunmalı, bu kişilerin pozitif deneyimlerinden yararlanması sağlanmalı

Taburculuk sonrası karşılaşılabileceği problemlere (ilaç yan etkileri, uyku ve yeme sorunları, zaman yönetimi, kişilerarası çatışmalar) hazırlanmalı

Benlik saygısını yükseltmeye yönelik kabullenici yaklaşımlarda ve olumlu geribildirimlerde bulunulmalı, pozitif yönlerini tanımasına ve yaşamında başarılı olduğu alanları hatırlamasına yardım edilmeli

Hastanın bilişsel çarpıtmaları (her şeyi olumsuz görme..) fark etmesi sağlanarak yaşama olumlu bakması sağlanmalı, gerçekçi amaçlar belirlemesine yardım edilmeli

Aile, önemsenen kişiler, sağlık ekibi, destek grupları, tanrı, maneviyat, otonomi, bağımsızlık, mantıklı düşünme, esneklik gibi farklı destek sistemleri değerlendirilmeli ve aktif edilmeli

Yakınları ile görüşmesi ya da haberleşmesi sağlanmalı, sosyalleşme olanakları artırılmalı, yakınlarına da hastanın onların desteğine ihtiyacı olduğu hatırlatılmalı  
Kendine destek olabilecek kişi ve kuruluşları tanıması sağlanmalı  
İlişkilerde açık ve dürüst olunmalı, saygı gösterilmeli, değer verildiği ifade edilmeli

### **Hemşirelik Tanısı: Aile Başetmesinde Yetersizlik**

*Tanım:* Ailede fiziksel psikolojik yada bilişsel kaynakların yetersizliği nedeniyle içsel ya da dışsal stresörleri yönetmede yetersiz kalmaya tepki olarak yıkıcı davranışlar gösterme

*Amaç:* Birey ve aile değişim için kısa ve uzun vadeli amaçlar oluşturacak

*Girişimler:*

Aile üyelerinin duyguları açıklığa kavuşturulmalı

Öfke ve kızgınlığın dışa vurulmasına yardım edilmeli ancak suçlamalar engellenmeli

Geçmiş ve şimdiki aile fonksiyonlarını değerlendirmeleri için aileye yardım edilmeli

Duruma ilişkin değerlendirmeleri (problemin ne olduğu, kaynağı, çözümü) tartışmak için aile üyelerine yardım edilmeli

Aile üyelerinin hasta bireye yönelik beklentilerini ertelemesi veya daha gerçekçi beklentiler oluşturmasına yardım edilmeli

Gerekirse problemi bir başka aile üyesinin bakış açısından düşünmeleri sağlanmalı.

### **İNANÇ ve DEĞERLERİ ÖRÜNTÜSÜ**

#### **Hemşirelik Tanısı: Manevi Sıkıntı**

*Tanım:* Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde rahatsızlık yaşama

*Amaç:* Birey manevi durumu ve koşulları ile ilgili doyum ifade edecek

*Girişimler:*

Hastanın yaşamına anlam ve güç veren kaynak ve durumları tanıması (din, aile, ilişkiler....) sağlanmalı

Manevi ihtiyaçları sorgulanmalı

Çeşitli manevi ihtiyaç ve uygulamaların kabul edildiği ver karşılanmasına destek olunacağı ifade edilmeli

Sağlığını olumsuz etkilemeyen manevi rutinlerini yerine getirebilmesi için cesaretlendirilmeli

Hastayı rahatlatacak ve manevi ihtiyaçlarını karşılayacak bir ortam (sessizlik, uygun mekan, mahremiyet, dini/manevi kitap, mzık) sağlanmalı

Gerektiğinde uygun kişilerle (manevi lider...) grştrlmeli

Hasta ile birlikte olunmalı, empatik yaklaşılmalı, şüpheleri, korkuları ve diğer olumsuz duygularının ifadesine, manevi konularda konuşmasına imkan verilmeli

**FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE HAZIRLANMIŞ BAKIM PLANI ÖRNEĞİ**  
(Ek-7)

Adı soyadı: .....

Tarih: .....

Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişim	Değerlendirme
Sağlığın algılaması-sağlığın yönetim biçimi	Bilgi, motivasyon eksikliği ve ilaç yan etkileri ile ilişkili terapotik rejimi etkisiz yönetme  <i><u>Tanımlayıcı bulgular:</u></i> <i>Önerilen ilaç tedavisini bırakması</i> <i>İlaç kullanmak istemediğini söylemesi</i>	İyileşmesi için gerekli olan sağlık davranışlarını uygulamaya niyetli olduğunu iletmesi İlaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanması	Tedavi ile ilgili sorunlarını ifade etmesine imkan verildi. Baskı yapıcı bir izlenim vermekten kaçınılarak, beklentileri kabul ettirmek için değil, endişelerini tanımak için sıkıntıları dinlendi. Tedavinin gerekçesi, yetersiz tedavinin olası sonuçları anlatıldı. İlaçların olası etki ve yan etkileri açıklandı, yan etkileri azaltıcı önerilerde bulunuldu. İlaç kullanım problemleri ve kendine daha uygun bir ilaç tedavisi konusunda hekimi ile tartışması için cesaretlendirildi. Hastanın yaşadığı ilaçla ilgili sıkıntıları hekimi ile paylaşıldı. İlaç kullanımında sorunları olduğunda hemşire ve hekimi ile iletişim kurması için teşvik edildi.	Hekim tarafından mevcut yan etkileri daha az olabilecek başka bir ilaç tedavisine geçildi. Birey yeni ilaç tedavisini deneyeceğini ve yaşadığı sıkıntılar konusunda zaman kaybetmeden hekimi ve hemşire ile iletişime geçeceğini ifade etti.

			<p>Ailenin tedavi planına bağlılığı sorgulanarak bireye destek olmaları konusunda konuşuldu.</p> <p>Tedavi planını içeren yazılı materyal verildi.</p> <p>Tedavisinin olumlu sonuçlarını görmüş ve tedaviye uyumlu hastalarla etkileşimi sağlandı.</p>	
Beslenme şekli ve metabolik durumu	<p>İştahsızlık ve isteksizlik ile ilişkili beden gereksiniminden az beslenme</p> <p><i>Tanımlayıcı bulgular:</i></p> <p><i>Günlük öğünlerde çıkan yemeklerden çok az miktarda yemesi</i></p> <p><i>Ara öğünlerde herhangi bir besin tüketmemesi</i></p> <p><i>İştahının olmadığını söylemesi</i></p>	Günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin alması	<p>Yeterli beslenmenin enerji düzeyi, kendini iyi hissetme üzerindeki önemi açıklandı.</p> <p>İştahını azaltan durumlar (halsizlik, yemek alanının fiziksel durumu, kötü koku) değerlendirildi.</p> <p>Öğlen yemeği zamanlarında hastanın yanında kalındı.</p> <p>Yemeklerden birkaç kaşık da olsa alması teşvik edildi. Ancak bitirmesi için ısrarcı olunmadı</p> <p>Gün boyunca aldığı besinler değerlendirildi.</p> <p>Servis çalışanları ile görüşülerek sevdiği meyve ve yoğurt gibi bazı yiyecekleri dışarıdan temin etmesi sağlandı.</p> <p>Kendini daha rahat hissetmesi için yemek öncesi ağız, yüz, el temizliğine teşvik edildi.</p> <p>Gün içinde hastayla birlikte bahçedeki kantine gidilerek ara öğünde çay-bisküvi gibi gıdalar birlikte yenildi.</p>	<p>İştahsızlığı devam etmekte.</p> <p>Ancak günlük az da olsa enerji verecek meyve, bisküvi, yoğurt gibi bazı besinleri tüketmeye başladı.</p>

Boşaltım şekli	<p>Yeterli beslenme ve sıvı tüketiminin olmaması ve hareketsizlikle ilişkili konstipasyon</p> <p><u>Tanımlayıcı bulgular:</u>  <i>En son dışkılamanın üzerinden dört gün geçmesi</i>  <i>Dışkılama esnasında zorlanma, ağrı ifade etmesi</i></p>	<p>Ağrı duymadan dışkılayabilmesi</p> <p>Dışkılama aralığının üç günü aşmaması</p> <p>Barsak hareketlerinin artması</p>	<p>Gün içinde ağızdan 2 litre su içmesi için yönlendirildi.</p> <p>Günlük bahçe izninin yarım saatini yürüyüş yaparak geçirmesi için teşvik edildi.</p> <p>Gün içinde sıklıkla yataktan çıkması ve pelvik ve karın kaslarını çalıştıracak egzersizler yapması sağlandı.</p> <p>Uzun süre aç kalmanın konstipasyonu tetikleyici olduğu hatırlatılarak sık sık az da olsa bir şeyler yemeye yönlendirildi.</p> <p>Ailesi ile görüşülerek dışkılamayı kolaylaştıracak (kuru ve mevsimlik meyve) getirmeleri sağlandı.</p> <p>Hekimi bilgilendirilerek tedavisine tek doz laksatif etkili bir ilaç eklenmesi sağlandı.</p>	<p>Bir kez laksatif sonrası dışkılamanın ardından bir sonraki dışkılama 2 gün sonra gerçekleşti.</p> <p>Ancak hasta daha az zorlanma ifade etti.</p> <p>Önerilen yöntemlere devam ediyor.</p>
Aktivite-egzersiz şekli	<p>Yoğun stres, duygusal değişimler ve yeterli beslenmemeye bağlı yorgunluk</p> <p><u>Tanımlayıcı bulgular:</u>  <i>Yorgun ve enerjisiz olduğunu dile getirme</i>  <i>Gün içinde yatakta</i></p>	<p>Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirmesi</p> <p>Klinik içi aktivitelere katılması</p>	<p>Stres ve duygusal değişimler ile enerji düzeyi arasındaki ilişki açıklandı.</p> <p>Gün içinde yeterli su ve besin tüketiminin enerjiyi artıracığı söylenerek, su tüketmeye teşvik edildi.</p> <p>Yorgunluğu artıran durumları tanımasına (sıkıntılı düşünceler, sürekli yatma, besin almama) yardım edildi.</p> <p>Yeterli oksijen temini için gevşeme ve derin nefes alma egzersizleri yaptırıldı.</p>	<p>Yorgunluğunu dile getirmekle birlikte yatak içinde geçirdiği süre azaldı.</p> <p>Koridorda diğer hastalarla birlikte oturmaya başladı</p>

	<p><i>yatmak isteme</i></p> <p><i>Halsizlik</i></p> <p><i>Yüz ifadesi ve postürde bitkin görünüm</i></p>		<p>Yüzü ve elleri yıkama gibi rahatlamaya yol açan işlemleri yapmaya teşvik edildi.</p> <p>Amaçsız gezinme yerine, klinikten bir hastayla sohbet eşliğinde yavaş yürüyüş yapması önerildi.</p> <p>Gün içinde yataktan çıkmaya ve yorucu olmayan oturarak yapılan bir etkinliğe (resim yapma, kağıt oyunları) teşvik edildi.</p>	
Uyku–istirahat şekli	Disfonksiyonel örüntü tespit edilmedi			
Bilişsel–algılama şekli	<p>Duygusal değişimler, bilgiyi işleme yeteneğinde azalma ile ilişkili düşünce süreçlerinde bozulma</p> <p><u>Tanımlayıcı bulgular:</u></p> <p><i>Yineleyen suçluluk düşünceleri</i></p> <p><i>Dikkati toplama ve problem çözme yeteneğinde azalma</i></p>	<p>Daha gerçekçi şekilde düşünmesi</p> <p>Obsesif düşüncelerin azalması</p>	<p>İletişimde basit ve somut kelimeler kullanıldı.</p> <p>Sorulara cevap vermesi için hastaya zaman tanındı.</p> <p>Anlaşılamayan yerler için açıklama istendi.</p> <p>Dikkatini dağıtan uyaranlardan uzaklaşması sağlandı. (bağırان hastalar, yüksek televizyon sesi).</p> <p>Geçmişteki yaşananlarla ilgili obsesif tarzdaki pişmanlık düşüncelerini durdurma ve geçmişteki olumlu anıları düşünmeye teşvik edildi.</p> <p>Kendine daha objektif bakabilmesi için olumsuz düşüncelerini değerlendirmeye ve gerçekliğini sınamaya yönlendirildi (ziyarete gelinmemesinin sebebi yoğun işler, hastalık, il dışında oturma vs olabilir-Evlilik</p>	<p>Düşüncelerinde mantık dışı yönleri görmeye başladı.</p> <p>Obsesif düşünceler azalmakla birlikte devam ediyor</p>



	<i>Ayrıldığı eşle ilgili obsesif düşünceler</i>		<p>karşılıklı sorumluluklar fedakarlıklar gerektirir. Her şeyi tek taraftan beklemek veya tek tarafı sorumlu tutmak uygun değildir).</p> <p>Hayatındaki beklentileri gerçekçi olarak değerlendirmesine yardım edildi.</p> <p>Her şey düzeler gibi basmakalıp ifadeler yerine bu problemi çözmek için .....ya ihtiyaç var gibi daha gerçekçi düşünmesine yardım edildi.</p> <p>Olumsuz düşünceleri durdurma teknikleri denemesi ve olumlu düşünceler üretebilmesi için cesaretlendirildi.</p> <p>‘Şimdi ve burada’ya yoğunlaşmasına dikkat edildi.</p> <p>Otomatik düşüncelerini fark etmesine destek olundu</p> <p>Hayattaki her durumu ve olayın performans ve başarı olarak değerlendirilemeyeceği, bazı zor durumların bireylerin kendini geliştirmesine imkan tanıdığı açıklandı.</p>	
Kendini algılama, kavrama şekli	Yaşadığı olumsuz yaşam olayları ve yaşamında önemli bir bireyden ayrılma ile ilişkili umutsuzluk  <i>Tanımlayıcı bulgular:</i>	Şimdiki zamanı ile ilgili kısa vadede olumlu duygular ifade etmesi  Uzun vadede geleceğe yönelik olumlu beklentiler	<p>Umudun yaşamdaki önemi ve yeri hakkında konuşmaya teşvik edildi.</p> <p>Umudun azalmasına yol açan düşünce, duygu ve durumları tanımasına (ziyaretçi gelmemesi, belirtilerin devam etmesi, yalnız kalmanın katlanılmaz olduğu .....)</p> <p>yardım edildi.</p> <p>Endişelerini korkularını (eşinden ayrı yaşamak)</p>	Taburculuk sonrası bir iki günlük sevdiği bir arkadaşına gitmek istediğini annesine iletti ve olumlu geri

	<p><i>Sürekli geçmişle ilgilenme</i></p> <p><i>Geleceğe yönelik beklenti ifade edememe</i></p> <p><i>Yaşamı ile ilgili plan yapmama, amaç bildirmeme, motivasyon göstermeme</i></p>	<p><b>bildirilmesi</b></p>	<p>sözelleştirmesi için cesaretlendirildi.</p> <p>Umutsuzluğun depresyonda sık görülen bir belirti olduğu, iyileşme gerçekleştikçe şu andaki olumsuz duyguların zamanla azalacağı bildirildi.</p> <p>Ayrılma olayında sadece tek tarafın değil, her iki tarafın da sorumlulukları olduğu bu nedenle sadece kendini suçlamasının kendisine haksızlık etmek olduğu açıklandı.</p> <p>Evlilik öncesi yaşamını nasıl sürdürdüğü, nelerden hoşlandığı sorgulanıp, güzel anılarını hatırlamasına yardım edildi.</p> <p>Devam eden olumlu ilişkileri (yakın arkadaş, kardeş, anne ve babası) vurgulandı ve bu kişilerle ilişkilerini geliştirmesi için teşvik edildi.</p> <p>Hayatındaki olumsuz durumlara rağmen çok önemli başarılarına imza atmış ve mutlu olmuş bireylerin hikayelerini anlatan bir kitabı okumaya teşvik edildi.</p> <p>Taburculuk sonrası kısa vadede neler yapacağı ve öncelikleri belirlemesi konusunda kısa bir plan yapması (eski işine başvuru yapacak, deniz kenarında evi olan sevdiği bir arkadaşına 2 günlük ziyaret) sağlandı.</p> <p>Yatış olduğu günden itibaren kendisinde görülen olumlu değişimler (yüzündeki gülümseme, bahçeye çıkma isteği,</p>	<p>bildirim aldı.</p> <p>Taburculuktan bir süre sonra bir işe girmek istediğini ifade etti.</p> <p>Ayrıldığı eşiyle ilgili beklentileri (araması, ziyarete gelmesi) azaldı.</p> <p>Ekibin kendisine yönelik olumlu geri bildirimlerinden memnun oldu.</p>
--	---	----------------------------	--	---

	<p>Eşinden ayrılma, geçimini sağlayacak bir işi olmamasıyla bağlantılı yetersizlik ve değersizlik duygularıyla ilişkili benlik saygısında rahatsızlık</p> <p><u>Tanımlayıcı özellikler:</u> <i>Kendini başarısız biri</i></p>	<p>Kendisine ve geleceğine yönelik olumlu bakış açısı ifade etmesi</p>	<p>ekiple olumlu ilişkiler) ve hakkındaki olumlu izlenimler bildirildi.</p> <p>Yaşamındaki umut kaynakları ve uygulamaları (dua, bir süre geçinmeye yetecek kadar maddi olanak) görmesi sağlandı.</p> <p>Gerçekçi olmayan amaçlardan (ilk eşle yeniden birleşme) uzaklaşarak daha gerçekçi amaçlar (bir işe girme, anne ve babayla ilişkileri geliştirme) edinmeye teşvik edildi.</p> <p>Kendini zaman ayrılmaya değer biri olarak görmesi için klinikte rutin işlemler dışında hastaya vakit ayrıldı.</p> <p>Hayal kırıklığı, üzüntü gibi duygularını rahatça anlatmasına, ağlamasına olanak tanındı ve yaşadığı duyguları anlamaya çalışıldı.</p> <p>Hastanın güçlü ve başarılı yönlerine (eski işinde sevilen ve değer verilen bir eleman olması, bedensel sağlığının yerinde olması, arkadaşının kendisini merak edip görüşmek için kliniğe gelmesi) dikkat çekildi.</p> <p>Sürekli geçmişle ilgili kendini suçlayıcı ifadelerde bulunmasının önüne geçilerek ‘şimdi ve burada’ ya</p>	<p>Kendinde var olan olumlu yönleri (yardımsever, iyi huylu) yeniden ifade etti.</p>
--	---	--	--	--

	<p><i>olarak tanımlama, Geçmişte yaşadıkları ile ilgili sürekli kendini suçlama Sevilmediğini ve seilmeye değer olmadığını düşünme</i></p>		<p>odaklanmasına (tedavi için kendi isteği ile gelmesi, tedavide ilerleme kaydetmesi, ekiple ve diğer hastalarla herhangi bir olumsuzluk yaşamaması) yardım edildi. Grup etkinliklerindeki işlevlerine (sakin ve anlaşılır konuşması, oyunlarda başarılı olması) yönelik hastalardan ve ekipten olumlu geri bildirim alması sağlandı. Kendi başına giyinme, yemeğini yeme gibi etkinlikleri yapamayan bir hastaya yardım etmesi teklif edilerek gösterdiği ilgiden dolayı teşekkür edildi. Kendini geliştirmesine yardım edecek yeni yollar bulmasına (ebru kursuna katılma) destek olundu. Kendi başına bir birey olarak değerli olduğu birinin eşi/kızı... olmanın bu değeri belirlemeyeceği anlatıldı.</p>	
	<p>Geleceğe dönük umutsuzluk ve benlik saygısında azalma ile ilişkili kendine zarar verme riski</p>	<p>Zarar verici bir eylemde bulunmaması İntihar düşüncelerinin</p>	<p>Geçmişte intihar düşüncesi veya eylemi olup olmadığı sorgulandı. Şu anki intihar düşüncesine yönelik bir planı olup olmadığı soruldu. Sık sık yanına gidilerek uzun süre yalnız kalması</p>	<p>Zarar verici bir girimde bulunmadı. Düşünceler azalmakla</p>

	<p><u>Tanımlayıcı bulgular:</u> Ara sıra intihar düşüncelerinin aklına geldiğini söylemesi</p>	<p>olmaması</p>	<p>engellendi. Kendisinde bulunan güvenliğini tehdit edebilecek nesnelere (naylon poşet) yanından alındı. Diğer hastalar riskli olabilecek eşyalarını tülbent gibi) başka hastalarla paylaşmaması konusunda uyarıldı. İntihar düşüncelerinin olduğu yönünde ekibe bilgi verildi. Yaşadığı duyguların güç ama süreyle sınırlı olduğu, iyileşme gösterdikçe bu düşüncelerinin kendiliğinden azalacağı söylendi. Kendine zarar verme girişiminin yine kendisi tarafından kontrol edilebileceği, bu düşünceler çok yoğunlaştığında kendisi için olumlu olan düşünceleri aklına getirmesi, gevşeme ve yürüme gibi egzersizlere yönelmesi ve durumu ekibe veya araştırmacıya bildirmesi söylendi.</p>	<p>birlikte devam ediyor.</p>
<p>Rol- ilişki şekli</p>	<p>Kendiyle meşgul olma, derin düşünceli ruh hali ve güvensizlikle ilişkili sosyal etkileşimde bozulma</p> <p><u>Tanımlayıcı bulgular:</u> Yalnız kalma</p>	<p>Diğer hastalar ve ekiple kendiliğinden birlikte olması sosyalizasyon ile ilgili doyum bildirmesi</p>	<p>Bir beklenti ileri sürmeden hastaya ilgi gösterildi. Kliniğe her gidildiğinde odasına uğrayarak selam verildi ve durumu soruldu. İhtiyaçları (bardak, kağıt havlu) fark edilerek karşılanmaya çalışıldı ve güven duygusu geliştirilemeye çalışıldı. Diğer hastalarla birlikte vakit geçirmedeğinin fark edildiği bildirilerek bununla ilgili düşünceleri soruldu.</p>	<p>Grup içinde sıklıkla devam ediyor. 2-3 hastayla birlikte birkaç kağıt oyununu oynamaya başladı.</p>

	<p><i>Diğer hastalarla etkileşime geçmeme</i></p> <p><i>Aktivitelere katılmak istememe</i></p> <p><i>Göz temasından kaçınma</i></p>		<p>Öncelikle teke tek ilişki kuruldu. Teke tek ilişkide rahatlayınca diğer hastalarla etkileşime geçmeye teşvik edildi ve tanıştırıldı.</p> <p>Bahçe izinlerinde birlikte yürüyüşe çıkma teklif edildi. Klinikteki bazı aktiviteler (resim yapma, okey oynama, kağıt oyunları oynama..) için davet edildi.</p> <p>Birlikte vakit geçirmenin ve bir aktiviteyle meşgul olmanın olumsuz düşüncelerden uzaklaşmasına iyi gelebileceği bildirildi.</p> <p>Etkili iletişim kurduğunda ve yaptığı aktivitelerin sonucunda olumlu geri bildirim verildi.</p>	<p>Yemek saatlerinde diğer hastalarla birlikte yemek yemeye başladı.</p>
Cinsellik ve üreme	Disfonksiyonel örüntü tespit edilmedi.			
Baş etme, stresi tolere etme şekli	<p>Kendisine yönelik olumsuz inançlar, çaresizlik ve suçluluk duygularına bağlı etkisiz bireysel baş etme</p> <p><u>Tanımlayıcı bulgular:</u></p> <p><i>Yaşamındaki</i></p>	<p>Sorun çözme gücünün artması</p> <p>Etkili baş etme yollarını kullanması</p>	<p>Hayatında değiştirebileceği (annesi ile ilişkisi) ve değiştiremeyeceği sorunları (eşinin hastalığı) ayırmasına yardım edildi</p> <p>Değiştiremeyeceği durumlar için gevşeme, konuşma, ağlama gibi baş etmelere yönlendirildi.</p> <p>Bilişsel çarpıtmaları (her değişikliği olumsuz görmesi, aşırı genellemesi) fark etmesi sağlandı.</p> <p>Daha gerçekçi amaçlar belirlemesi (bir işe girerek</p>	<p>Hemşirelere bireysel ihtiyaçlarını iletmeye başladı.</p> <p>Kendinden yaşça daha büyük (annesi yaşlarında ) bir</p>

	<p><i>stresörlerle mücadele edemediğini söylemesi</i></p> <p><i>İhtiyaçlarını iletmemesi</i></p> <p><i>Etkileşimde pasif kalması</i></p> <p><i>İntiharı bir seçenek olarak görmesi</i></p>		<p>annesine maddi bağımlılığını azaltabilmesi gibi) için yönlendirildi.</p> <p>Yaşadığı durumların güç olduğu, ancak daha önceki sorunlarını geride bırakmayı başarabildiğine göre bu durumla da mücadele edebilecek gücünün olduğu söylendi.</p> <p>Durumunu anlayabilecek benzer hastalarla sorunlarını paylaşması ve olumlu deneyimlerinden yararlanabilmesi için teşvik edildi.</p> <p>Uygunsuz baş etme (ihtiyaçlarını iletmememe, yalnız kalma, konuşmama) davranışlarının ve daha etkili (duygularını sözelleştirme, grup içine katılma) baş etmelerin durumu üzerindeki etkinliğini değerlendirmesine imkan verildi.</p> <p>Kişisel başarı ve benlik saygısını geliştirecek yönleri (ilgili bir anne, güzel yemek yapıyor) hatırlatıldı</p>	<p>hasta ile deneyimlerini paylaşmaya başladı.</p> <p>Sıkıntılarının dinlenilmesinin ve duygularının anlaşılmasının kendisini daha iyi hissettirdiğini söyledi.</p>
İnanç ve değerleri	Disfonksiyonel örüntü tespit edilmedi.			

## 10.ETİK KURUL KARARI

(Ek-8)



T.C  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLAMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı:2013/

28/03/2013

Sayın: Doç. Dr. Yasemin KUTLU

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olamayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz “**Depresyonla Başetmede Marjory Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği**” başlıklı ve 2013/27/03/01 nolu araştırmanız, incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına karar verilmiştir

NKÜ GİRİŞİMSSEL OLAMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
Prof. Dr. Ahmet GÜREL	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burhan TURGUT	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cevat AKTAŞ	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÇEBER	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hayati GÜNEŞ	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. B. Cüneyt TURAN	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Fatih HOROZOĞLU	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Prof. Dr. Ahmet GÜREL  
GOKAEK Başkan



## 11. İZİNLER

(Ek-9)



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 42232655-044- 108

- 321- 08/03/2013

Konu: Anket Çalışması


GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi: Tekirdağ Devlet Hastanesinin 07/03/2013 tarihli ve 67882908-903.99-2667 sayılı yazısı


İlgi'de kayıtlı yazı ile İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığının başvurularına istinaden Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Yasemin KUTLU danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Munire TEMEL'in "Depresyonla Başetmede Marjory Gordon'un Fonksiyonel Örüntüleri Modelinin Etkinliği" başlıklı tez çalışmasını Tekirdağ Devlet Hastanesinde yapmak istediği bildirilmiştir.

Bu kapsamda şahsa ait anket soruları incelenmiş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırma sonucunun bir nüshasının Genel Sekreterliğimize bildirilmesi ve araştırma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasının yapılması uygun mütalaa edilmektedir.

Olurlarınıza arz ederim.

  
Yunus YİĞİT  
İdari Hizmetler Başkanı

**ASLI GİRİDİR**  
  
Yunus YİĞİT  
İDARİ HİZMETLER BAŞKANI

  
OLUR  
08/03/2013  
Uzm. Dr. Yakup ÇAĞ  
Genel Sekreter

**HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU**  
**(Ek-10)**

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalında hazırlanmakta olan ‘Depresyonla Başetmede Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Etkinliği’ isimli doktora tezi kapsamında oluşturulmuştur. Yaptığımız bu çalışmada amaç, depresyon tanısı alan hastalara Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre uygulanan hemşirelik girişimlerinin bireylerin, depresyonla baş etmede etkisini değerlendirmektir. Bu çalışma siz ve sizin gibi benzer sıkıntıları yaşayan bireylere daha iyi destek verilmesini sağlayacak ve bundan sonraki çalışmalara veri teşkil edecektir. Araştırma için S.B. Tekirdağ Devlet Hastanesi ve Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun izni alınmıştır.

Araştırmaya katılanlar iki gruba ayrılacaklardır. Girişim grubuna dahil olanlarınıza önce bazı sorular sorulacaktır. Bu soruları yanıtlamanız yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Daha sonra çalışmanın diğer aşamasına geçilecek ve sizlere Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre Hemşirelik Bakımı uygulanacaktır. Uygulamanın etkisini belirlemek için taburcu olduğunuzda ve taburculuğunuzdan üç ay sonra tekrar sorular sorulacak ve durumunuz değerlendirilecektir. Kontrol grubunda iseniz size çalışmanın başında, taburcu olduğunuzda ve taburculuktan üç ay sonra bazı sorular sorulacak ve durumunuz değerlendirilecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz veya herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırabilirsiniz. Çalışmada kullanılan sizin ile ilgili kayıtlar, yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacaktır. Bütün veriler araştırmacı tarafından toplanacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Saygılarımızla;

Doç. Dr. Yasemin Kutlu

Doktora Öğrencisi Münire Temel

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

*Tarih:*

*Gönüllünün Adı-Soyadı: İmzası:*

## 12. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Münire	<b>Soyadı</b>	Temel
<b>Doğ.Yeri</b>	Keşan	<b>Doğ.Tar.</b>	16.03.1977
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	21856764830
<b>Email</b>	muniretemel@nku.edu.tr	<b>Tel</b>	0 532 795 60 96

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	2015
<b>Yük.Lis.</b>	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı	2003
<b>Lisans</b>	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	1999
<b>Lise</b>	Bolu Sağlık Meslek Lisesi	1995

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretim Görevlisi	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2005-..
2.	Öğretim Görevlisi	Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksekokulu	2000-2005
3.	Hemşire	Sağlık Bakanlığı Bursa Orhaneli Devlet Hastanesi	1998-2000
4.	Hemşire	Sağlık Bakanlığı Tekirdağ Göğüs Hastalıkları Hastanesi	1997-1998

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	ÜDS 65	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	63		
<b>(Diğer) Puanı</b>			

## Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
SPSS	İyi

## Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

### Yayınlr

**Temel M**, Şişman FN. Kadına Yönelik Cinsel Saldırılarda Hemşirelik Yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013;4(2):85-90.

**Temel M**, Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü. Çocuk Kanallarında Yayımlanan Çizgi Filmlerdeki Şiddetin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014; 7(3): 199-205.

Çelikkalp Ü, **Temel M**, Saraçoğlu G, Demir M. Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2011; 6(17):1-14.

**Temel M**. Çocuklarda Periyodik Ateş Nedenlerinden Biri: PFAPA (Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit, Adenit) Sendromu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(3):54-60.

Çelikkalp Ü, Aydın A, **Temel M**. Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Aldıkları Eğitime İlişkin Görüşleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(2):1-13.

**Temel M**, Çelikkalp Ü, Doğan E, Kaluk S. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Bilimsel Faaliyetlere İlişkin Görüş ve Tutumları. Sağlıkla, 2009;14:48-50.

**Temel M**. İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009;12(2):79-83.

**Temel M**, Metinoğlu M. Tekirdağ İline Bağlı I ve IV nolu Sağlık Ocaklarına Başvuran 15-49 yaş Kadınlarda Genital Hijyen Uygulamalarının İncelenmesi. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2007:15(59):91-99.

**Temel M**. Beden İmajını Etkileyen Faktörler ve Beden İmajı Doyumu.Sendrom, 2007;19(7):62-65.

**Temel M**. Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis. Hemşirelik Forumu, 2005; Eylül-Aralık:83-90.

### **Uluslararası Bildiriler**

**Temel M**, Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü. Çocuk Kanallarında Yayınlanan Çizgi Filmlerdeki Şiddetin Belirlenmesi, II.Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 4-7 Ekim 2012, Erzurum.

Şişman FN, **Temel M**, Zonp Z ve ark. Birinci Basamak Hizmetlere Başvuran Bireylerin Ruhsal Bozukluklara İlişkin Görüş ve Tutumları. I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 22-24 Eylül 2011, İstanbul.

**Temel M**, Çelikkalp Ü, Akgün Kostak M. Çizgi Filmlerdeki Şiddet ve Çocuk. I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 22-24 Eylül 2011, İstanbul.

Çelikkalp Ü, **Temel M**. Psycho-Social Factors at Work Place and Suicide. XIX World Congress on Safety and Health at Work, September 11-15, 2011, İstanbul.

Çelikkalp Ü, **Temel M**, Saraçoğlu G, Demir M. Patient Satisfaction in One of the Hospital in Tekirdağ, 2008. 12. th. World Public Health Congress, April 27 to May 01, 2009, İstanbul.

### **Ulusal Bildiriler**

Çelikkalp Ü, **Temel M**, Mut E. Bir Üniversitenin Hemşirelik ve Tıbbi Laboratuvar Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Uygulama Alanlarında Mesleki Risklerle Karşılaşma Durumları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, 18-20 Kasım 2011, Ankara.

**Temel M**. Hemşirelik Hizmetlerinde Yeni Bir Yaklaşım: Tele-Hemşirelik. Rumeli Buluşması 1/Sağlıkta Yeni Yönelimler Sempozyumu, 10-12 Mart 2011, Tekirdağ.

Çelikkalp Ü, **Temel M**, Demir M, Önler E. Tekirdağ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Örgütlenmeye İlişkin Bilgi ve Tutumları. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 20- 24 Ekim 2009, Sivas.

Çelikkalp Ü, Demir M, **Temel M**, Önler E. Tekirdağ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Memnuniyetlerinin Belirlenmesi. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 20-24 Ekim 2009, Sivas.

**Temel M**, Çelikkalp Ü, Doğan S. Ruhsal Travma ve EMDR Terapisi. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 4-6 Haziran 2009, Akçakoca/Düzce.

**Temel M**, Doğan E, Kaluk S. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Bilimsel Faaliyetlere İlişkin Görüş ve Tutumları. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, 2008, Kapodokya, Nevşehir.

Çelikkalp Ü, **Temel M.** Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Eğitim Programlarına İlişkin Görüş ve Düşünceleri. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. 2008. Kapadokya, Nevşehir.

**Temel M,** Çelikkalp Ü. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Avrupa Birliği Erasmus Eğitim Programına İlişkin Görüşleri. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. 2008, Kapadokya, Nevşehir.

**Temel M,** Güner B, Özgür G, Can FN. Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2008, İstanbul.

Gürpınar D, Şahin A, **Temel M,** Çelikkalp Ü. Kronik Hastalıklarda Ruh Sağlığını Koruma. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2007, İstanbul.

Gül A, Çelikkalp Ü, **Temel M.** Psikiyatride Yeni Bir Tedavi Yaklaşımı. Transkraniyal Manyetik Sitümlasyon. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2007, İstanbul.

Uzunok S, Mardin S, Yardım A, Yılmaz L, Çelikkalp Ü, **Temel M.** Ergenlik Dönemindeki Riskli Sağlık Davranışları. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2004, Edirne.

#### **Aldığı Sertifikalar**

Motivasyonel Görüşme Eğitimi (Ekim-Kasım 2012) Yeniden, Prof.Dr. Kültegin Ögel, İstanbul.

#### **Bilimsel Kuruluşlara Üyelikleri**

Türk Hemşireler Derneği

Psikiyatri Hemşireleri Derneği