



TC.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2013-0002

**DEPRESYONUN SAĞALTIMINDA SORUN ÇÖZME
EĞİTİMİNİN ETKİLİLİĞİ**

Elvan DEMİRBAĞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Mehmet ESKİN

AYDIN-2013

**TC.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2013-0002**

**DEPRESYONUN SAĞALTIMINDA SORUN ÇÖZME
EĞİTİMİNİN ETKİLİLİĞİ**

Elvan DEMİRBAĞ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet ESKİN**

AYDIN-2013

KABUL VE ONAY

ÖNSÖZ

Gerek yurt dışında gerek ülkemizde yapılan etkililik çalışmaları bir bilişsel davranışçı psikoterapi türü olan sorun çözme terapisinin depresif belirtileri azaltmada etkili bir yol olduğunu göstermektedir. Yapılan bu çalışmada sorun çözme terapisinin daha kısa sürede ve grup formatında bir eğitim programı olarak uygulanmasının depresyonu tedavi etmede etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Bu tür bir yöntemin, daha kısa sürede ve grup formatında olması, kısa zamanda birçok kişiye ulaşmayı mümkün kıldığından hem zaman hem de maliyet açısından önem taşıdığı ve bulguların önemli katkılar sağlayacağı düşünülmüştür.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Depresyon.....	1
1.1.1. Tanım ve Tarihçe	1
1.1.2. DSM IV TR'ye Göre Depresif Bozukluklar	3
1.1.3. Depresyonun Epidemiyolojik Özellikleri	4
1.1.4. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları.....	6
1.1.4.1. Psikodinamik Kuram.....	6
1.1.4.2. Kişilerarası Kuram	7
1.1.4.3. Davranışçı Kuram	8
1.1.4.4. Bilişsel Kuramlar.....	10
1.2. Sorun Çözme Terapisi.....	13
1.2.1. Tanım, Tarihçe ve Temel Özellikler.....	13
1.2.2. Temel Kavramlar ve Sorun Çözme Kuramı.....	14
1.2.2.1. Sorun Yönelimi: Olumlu Ve Olumsuz Sorun Yönelimi.....	17
1.2.2.2. Sorun Çözme Tarzları: Akılcı, Dürtüsel-Dikkatsiz ve Kaçınan Sorun Çözme Tarzı.....	19
1.2.3. Terapi İşlem Basamakları.....	20
1.3. Sorun Çözme Terapisi ve Depresyon Tedavisi.....	22
1.3.1. Sosyal Sorun Çözme ve Depresyon	22
1.3.2. Depresyonun Sorun Çözme Modeli.....	24
1.3.3. Sorun Çözme Terapisinin Depresyon Tedavisinde Etkililiği	27
2. GEREÇ VE YÖNTEM	34
2.1. Örneklem.....	34
2.2. Araştırmanın Hipotezler.....	35

2.3. Veri Toplama Araçları...	36
2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	36
2.3.2. SCID-I/ CV.....	36
2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	37
2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	38
2.3.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri	39
2.3.6. Eğitim Değerlendirme Formu.....	40
2.4. İşlem.....	40
2.4.1. Değerlendirme Görüşmesi ve İlk Ölçümlerin Alınması	40
2.4.2. Sorun Çözme Eğitiminin Uygulanması	41
2.4.2.1. Sorun Çözme Eğitimi.....	41
2.4.2.2. Eğitim Grupları.....	45
2.4.3. İzlem Ölçümlerinin Alınması.....	47
2.5. Verilerin Analizi.....	47
3. BULGULAR.....	49
3.1. Depresyon, Anksiyete ve Sosyal Sorun Çözme Beceri Düzeylerine İlişkin Karşılaştırmalar	49
3.2. Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Sorun Çözme Düzeyi İle İlişkisi.....	52
3.3. Eğitim Memnuniyetinin Değerlendirmesi.....	53
4. TARTIŞMA	54
5. SONUÇ	60
5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler.....	60
ÖZET.....	62
SUMMARY	63
KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	82
TEŞEKKÜR	83

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)

ASÇT: Akılcı sorun çözme tarzı

BDT: Bilişsel-Davranışçı Terapi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

DDSCÇT: Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 2. Baskı)

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3. Baskı)

DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3.Baskı Revizyonu)

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı)

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı Revizyonu)

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Problemlerinin Uluslar arası İstatistiksel Sınıflandırması)

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

KADÖ: Kişiler Arası Davranış Ölçeği,

KSÇT: Kaçınan Sorun Çözme Tarzı

MMPI-D: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Depression Scale (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envateri, Depresyon Altölçeği)

NSY: Negatif Sorun Yönelimi

PÇE: Problem Çözme Envateri

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği,

OSY: Olumlu Sorun Yönelimi

SÇT: Sorun Çözme Terapisi

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme)

SCID-CV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders: Clinical Version (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonu)

SSÇE-G: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envateri

SSÇE-G-K: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envateri Kısa Formu

SPSS: Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Program)

N: Kişi sayısı

Ort: Ortalama

SS: Standart sapma

p: Anlamlılık düzeyi

ÇİZELGELER

Çizelge 1. Araştırmada Yer Alan Katılımcıların Cinsiyete Göre Medeni Durumları, Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Ve Eğitim Düzeylerinin Dağılımları.....	35
Çizelge 2. Katılımcıların Kabul, Eğitimin Öncesi, Eğitim Sonrası ve İzlem Ölçümüne Göre Gepsyon, Kaygı ve Sorun Çözme Becerileri Düzeylerine Ait Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve ANOVA Sonuçları.....	46

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sorun Çözme Kabul Ve İzlem Puanları İle Depreson Kabul Ve İzlem Puanları İlişkisi.....	48
Şekil 2. Sorun Çözme Kabul Ve izlem Puanları İle Anksiyete Kabul Ve İzlem Puanları İlişkisi.....	49

EKLER

Ek 1. Beck Depresyon Ölçeği.....	73
Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği.....	76
Ek 3. Sosyodemo Grafik Bilgi Formu.....	77
Ek 4. Kurgu Olgusu: Ayşe Hanım Ve Sorunları.....	78

1. GİRİŞ

1.1. Depresyon

1.1.1. Tanım ve Tarihçe

Depresyon özellikle endüstrileşmiş batı ülkeleri başta olmak üzere bütün dünyada hızla artan ve büyük bir sağlık sorunu haline gelen ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun sıklığındaki artışın yanı sıra ve başlama yaşında da düşüş olduğu görülmektedir. Depresyonla birlikte ortaya çıkan işgücü kayıpları, verimlilikteki düşüşler gibi nedenlerle önemli ekonomik kayıplar yaşanmasına ek olarak, depresyonun komplikasyonlarından biri olan alkol ve madde kullanımı da özellikle gençler arasında hızla yaygınlaşmakta ve kişiler tedavi edilmemiş depresyonun diğer önemli komplikasyonu olan intihara kadar gidebilmektedir (Savrun 1999).

Depresyon kelime anlamı olarak bunaltı, çöküntü anlamına gelmektedir. Depresif duygudurum tanımlanmaya çalışıldığında ise literatürde net bir tanımın olmadığı görülmekte ancak genel olarak, mutsuzluk, çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlığın hissedildiği bir tablo olarak tariflenebilir (Aslan ve ark 2012). Gerek ülkemizde, gerekse dünyada önemli bir sağlık sorunu olan depresif bozukluklar çekirdek belirtileri açısından duygulanım alanında çökkünlük, ilgisizlik, isteksizlik ve zevk alamama; davranışlarda yavaşlama, giderek ketlenme; bilişsel alanda karamsarlık, değersizlik, suçluluk pişmanlık düşünceleri ve ayrıca uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde bozulma ve cinsel isteksizlik ile karakterizedir (Küey 1998).

Duygudurum kişinin kendisini, başkalarını, genel olarak çevreyle ilgili algısını ve bakış açısını derinden etkileyen sürekli duygusal ton olarak tanımlanabilir (Sadock ve Sadock 2009). Duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemlerin, değişik çağlarda ve toplumlarda, çeşitli mitolojiler ile eski ve semavi dinlerde, insanlık tarihi boyunca yer aldığı görülmektedir. Ruhsal bozuklukların, bilimsel yaklaşımla adlandırma ve sınıflandırma çalışmaları Hipokrat'la başlamış, günümüze kadar dört çağ içinde gelişmiştir. Duygudurum bozuklukları da çağlar boyunca çeşitli adlandırmalar ve sınıflandırmalar ile değişik başlıklar altında şekillenegelmiştir (Köknel 2000).

Bir hastalık olarak yaygın biçimde kullanılmaya 20.yüzyılın ikinci yarısından sonra başlanan depresyon terimi en başta melankoli olarak isimlendirildiği görülmektedir (Boratav 2000). Hipokrat "karasafra" anlamına gelen melankoli terimiyle karasevdalı

kişilik yapılarında, mizaçlarda, durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle beliren karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan bir hastalık tablosu tanımlamıştır (Köknel 2000).

Melankolinin nedenine ilişkin bu bedensel açıklamalar yeni çağda zamanla beyindeki bir takım yapısal bozuklukların da hastalıkta rol oynayabileceği fikri ile değişmeye başlamıştır. 1621'de Burton "Melankolinin Anotomisi" adlı kitabında melankolinin değişik tiplerini tanımlamış, bunlara ilişkin belirtileri, bulguları ve ayırıcı tanıları belirlemiş ve beyin yapısıyla ilgili açıklamalar getirmiştir. Nitekim kendinden önce varolan tüm isimlendirme ve sınıflandırmaları inceleyerek Pinel ruh hastalıklarını mani, melankoli, bunama ve zeka geriliği olarak dörde ayırmış ve bu hastalıkların yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıktığını savunmuştur. Böylece melankoliye dair yapılan tanımlamalar ve sınıflamalar, beyin yapısı ve fonksiyonlarına dayalı açıklamalar sunan beyin çalışmaları ile şekillenmeye devam etmiştir (Köknel 2000).

Duygulanımla ilgili hastalıkların kapsamlı tanımlaması ve sınıflandırılmasını önce Kahlbaum, sonra Kraepelin tarafından gerçekleştirilmiştir. Kahlbaum Almanya'da "distimi", "siklotimi" terimlerini tanımlamış ve bu terimlerin kapsamı içine giren duygulanım bozukluklarını sınıflamıştır. 1895'de Kraepelin daha önce kullanılan kavramları bütünleyerek mani ve melankoliyi yeniden tanımlamıştır. Mani ve melankoli belirtileriyle ortaya çıkan klinik tabloların aynı hastalığın iki ayrı tablosu olduğunu öne sürmüş bu hastalığa mani-melankoli psikozu ismini vermiştir. Bütün ruh ve sinir hastalıkları ile mani-melankoli psikozu arasında bir ayırım ve tanımlama yapan Kraepelin ruh ve sinir hastalıklarının organik nedenleri üzerinde durmuş; hastalığın belirtilerini ve gidişini bu nedenlerin belirlediğini ileri sürmüş, sınıflandırmanın organik nedenlere göre yapılmasının gerekli olduğunu vurgulamıştır (Köknel 2000).

Kraepelin'le başlayan, akıl hastalıklarını nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü, duygu durum bozukluklarını sınıflandırmalarda daha sonra da etkisini sürdürmüştür. Özellikle 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de Kraepelin'in yaklaşımı etkili olmuş, psikanalizin de etkisiyle depresyon etiyolojik olarak sınıflandırılmaya devam etmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ve 1987'de yayınlanan DSM-III-R'de bu yaklaşım değişikliğe uğramış, depresyonun klinik görüntüsünün endojenliği hakkında fikir vermeyeceği kabul edilerek depresyon bir durum olarak tanımlanmaya başlamıştır. Bu

tema DSM-III'ten sonraki DSM serisinin hem de DSM serisine uyum sağlamaya çalışan ICD-10'un temel kabulü haline gelmiştir. Günümüzde, ülkemizde de yaygın biçimde kullanılan "DSM-IV Tanı Ölçütleri" ve "ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında farklı depresyon ve mani tiplerine yer vermiş, bunların tanı ölçütlerini sıralamıştır (Köknel 2000, Boratav 2000).

1.1.2. Dsm IV Tr'ye Göre Depresif Bozukluklar

Depresyon terimi tek bir hastalıktan ziyade, birçok alttıpten oluşmuş hastalık kümesini ifade eden bir terim olarak düşünülebilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV TR 'de depresif bozukluklar duygudurum bozuklukları içinde yer alıp, major depresif bozukluk (tek epizod veya yineleyici), distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar şeklinde sınıflandırılmıştır (APA 2004)

DSM IV TR'ye göre major depresif bozukluk tanısının karşılanması için bir manik, karma ya da hipomanik dönem öyküsü olmaksızın, bir ya da birden fazla depresif dönemin yaşanması, en az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanında iştah ve kiloda değişiklikler, uyku ve aktivitede değişiklikler, enerji eksikliği, suçluluk duyguları, düşünme ve karar vermede sorunlar ve yineleyici ölüm ya da özkıyım düşüncelerini içeren diğer depresif semptomlardan en az dördünün bulunması gerekmektedir (Sadock ve Sadock 2005). Major depresif bozukluk çoğunlukla epizodik bir bozukluktur. Hafif, orta ve ağır epizod özellikleri gösterir. Hafif-orta depresif belirtinin hakim olduğu major depresyonun distimik bozukluktan ayırt edilmesi önemlidir. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum, iştahsızlık veya aşırı yeme, kilo kaybı veya alımı, uyku bozuklukları, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşük benlik saygısı, düşünceleri yoğunlaştırmada veya karar vermede güçlük her iki bozuklukta da görülebilir. Ancak distimik bozuklukta depresif bulgular en az iki sene boyunca olmalıdır (Tezcan 2000). Distimik bozukluğun MD'den farkı, bu kişilerin genellikle işe devam edebilmesi ve günlük aktivitelerine katılabilmesidir (Boratav 2000).

Kişinin temel yakınması depresif belirtiler olmasına rağmen klinik tabloda herhangi bir duygudurum bozukluğunun tanı kriterleri karşılamadığı durumda en uygun tanı başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluktur. Bu grupta minör depresif bozukluk, rekürren kısa depresif bozukluk ve premenstruel disforik bozukluk olarak üç hastalık bulunur. Minör depresyonda belirtiler klinik olarak daha az ciddi olmakla beraber majör depresif

bozukluk tanı kriterleri ile aynıdır. Rekürren kısa depresif bozukluk ise major depresif bozukluk kriterlerini karşılayan ancak belirtilerin 2 haftadan daha az sürdüğü çok sayıda epizotla karakterizedir. Premenstruel disforik bozuklukta ise, belirtilerin mestruel döngü boyunca spesifik bir zamanda görülmesi ve döngüler arasında belli bir zamanda da tamamen kaybolması gerekmektedir (Sadock ve Sadock 2005).

Major depresyon epizodu için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, kişinin o sıradaki klinik durumunun veya özelliklerinin belirtilmesi önemlidir. Bunlar kronik, katatonik, atipik, melankolik özellikler gösteren ile postpartum başlangıçlı olarak ayrılmaktadır. (APA 2004) Bu özelliklerin tespit edilmesi hastalığın tedavisinde uygulanacak yöntemlerin belirlenmesi açısından önemlidir.

1.1.3. Depresyonun Epidemiyolojik Özellikleri

Yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık olarak %15, kadınlarda belki de %25'e kadar yükselen bir orana sahip olan major depresyon sık görülen bir bozukluktur. Major depresyonun sıklığı birinci basamak hastalarda %10 ve yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda %15tir (Sadock ve Sadock 2005).

Amerika'da 18-96 yaş aralığında 6694 kişi üzerinde yapılan, DSM-IV tanı ölçütlerini kullanıldığı bir araştırmada major depresif bozukluğun bir aylık yaygınlığı %5.2 bulunmuştur. Depresyonun kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü, orta yaşlarda artış gösterdiği bulgulanmıştır (Ohayon 2007). 1980-2000 yılları arasında yapılan duygudurum bozukluklarının yaygınlık ve sıklığını araştıran çalışmaların değerlendirildiği literatür analizinde Amerikan toplumunda major depresyonun yaşam boyu prevalansını %6.7 distiminin ise %3.6 olarak bildirmişlerdir (Waraich ve ark 2004). Altı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış bir başka araştırmada ise yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuş, en sık görülen ruhsal bozukluğun major depresyon olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada depresyonun yaygınlığı %3.6-8.5 arasında değişmekte olup, kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu belirtilmiştir (Marneros 2006). Le ve ark (2009)'nın Çin'de yaptığı çalışmada yaşam boyu yaygınlık %3.6 olarak bulunurken, Japonya'da yapılan çalışmada major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %2.9 bulunmuştur (Kawakami ve ark 2004). Yaygınlık oranlarının Kuzey Amerika ve Batı Avrupada daha yüksek olması, özellikle Asya toplumlarında daha düşük oranların saptanması da depresyonun kültürel ve sınıfsal temellerine odaklanan yeni yöntemsel yaklaşımlara gereksinim olduğunu düşündürmektedir (Kaya ve Kaya 2007).

Broment ve ark (2011) ülkeler arası karşılaştırmaya olanak veren bir çalışma ile DSM-IV major depresif döneme ilişkin epidemolojik özellikleri araştırmışlardır. Çalışmada Brezilya, Kolombiya, Hindistan, Çin gibi düşük gelirli ülkeler ile Fransa, Almanya, İtalya ve Jopanya gibi yüksek gelirli ülkeler karşılaştırılmıştır. Yüksek gelirli ülkelerde yaşam boyu yaygınlık %14.6 bulunurken, düşük gelirli ülkelerde %11.1 olarak bulgulanmıştır. Ayrıca yüksel gelirli ülkelerde genç yaşta olmak depresyon ile güçlü ilişkili bulunurken, düşük gelirli ülkelerde ileri yaşta olmak depresyonla daha yüksek bir ilişkiye sahiptir. Her iki grupta ortak olan risk faktörü ise partnerden ayrılmak ya da boşanmak olarak bulgulanmıştır. Bu araştırma depresyonun risk faktörlerinin anlaşılması için daha kapsamlı araştırmaların yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Ülkemizde değişik toplum kesimlerinde standart tanı ölçek ve ölçütleri kullanılarak yapılan kesitsel alan araştırmalarında elde edilen sonuçların değerlendirildiği Küey (1998)'in çalışmasında, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, sağaltımı gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 dolayında prevalans oranları olduğu bildirmektedir. Ayrıca oranlarda depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu bozukluğun kronikleştiği de görülmektedir. Diğer bir önemli nokta da çalışmada, depresyonun klinik örüntüsünde %24lük bir oranla baş ağrısı, bitkinlik, psikomotor yavaşlama, çalışma verimsizliği, uykusuzluk gibi bedensel belirti ve bulguların ön planda oluşudur.

Ülkemizde yapılan depresyonun risk faktörlerinin araştırılmasına dönük bir çalışmada (Ünal ve ark 2002) her ilden toplanan major depresyon hastalarının verileri incelenmiştir. Çalışmada ailesel yüklülük, 25-44 yaşlar arasında ve kadın olmak risk etkeni olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %17.5'i ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, %35'i ise kendisinde depresyon öyküsü bildirmiştir. Risk etkeni olarak kronik hastalık durumu kadınlarda, ilaç/madde kullanımı erkeklerde daha fazla bildirilmiştir. Depresyon öncesi stresli yaşam olayı bildirimini ise %76'dır.

Ülkelerden ya da kültürlerden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla major depresif bozukluk görülmektedir. Bu farka ilişkin nedenler, hormonal farklılıklar, çocuk doğurmanın etkileri, kadın ve erkekler için psikostresörlerin farklılaşması olarak varsayılmakta ve öğrenilmiş çaresizlik davranışsal modelleri ile açıklanabilmektedir (Sadock ve Sadock 2005).

Major depresyonun başlama yaşı tüm insanların %50'sinde 20 ve 50 yaşları arasında olmak üzere, başlama yaşının ortalaması 40'tır. Ancak yakın zaman epidemiyolojik verileri 20 yaşından genç insanlar arasında major depresif bozukluk sıklığının artmakta olabileceğini düşündürmektedir. (Sadock ve Sadock 2005). Toros ve ark (2004)'nın gerçekleştirdikleri yaygınlık çalışmasında 10-20 yaş aralığındaki gençlerde depresyon yaygınlığı %12.55 olarak bulunmuştur. Kızlarda yaygınlık erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksekken, en sık görülen belirtiler değersizlik ve suçluluk duyguları, üzüntü boşluk duygusu, sinirlilik ve somatik yakınmalardır. Ayrıca depresyonun başlangıcında görüldüğü saptanan en önemli özellikler ebeveyn ile sorunlar, düşük okul başarısı ve okul yaşamında küçük düşme yaşantılarıdır. Eskin ve ark (2008)'nin lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise 805 lise öğrencisinin 141'inde (%17,5'i) depresyon ölçeğinden kesme puanının üstünde puan aldığı görülmüş ve çoğunun kız olduğu bulgulanmıştır.

1.1.4. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları

1.1.4.1.Psikodinamik Kuram

Depresyona ilişkin psikodinamik alanda önemli kuramcılarının ortaya attığı pek çok görüş bulunmaktadır. Depresyonun tedavisinin kaynağında Karl Abraham ve Sigmund Freud'un çalışmaları vardır (Alper 2001).

Sözcük anlamıyla “çöküş, alçalma” demek olan depresyonda, insanın biyo-psiko-sosyal bütünlüğü içindeki yaşamını en etkin biçimde yönlendiren ruhsal aygıtın işleyişinde bir bozulma söz konusudur. Ruhsal aygıttaki denge bozulmasıyla, ruhsal aygıtı ayakta tutan narsistik durum ve obje ilişkilerinde de bozulma baş gösterir ve temel dinamik reaksiyon olarak gerileme oluşur. Şöyle ki, her sistem kendini ayakta tutabilmek için, öncelikle sistemi daha geri bir basamakta işler halde ayakta tutmaya çabalar. Organizma da iç ve dış zorlamalara karşı yeterli bir direnç gösteremediğinde ya da bunlarla baş etmesi mümkün olmadığında, bu gerileme ile kendini korumaya çalışır. Gerileme nedeniyle kişinin normal ortamı ile arasındaki uyum, eşgüdüm bozulur. Ruhsal aygıtın zorlanma karşısında verdiği tepkilerden biri de depresyondur. Depresyondaki gerilemede, hem biçimsel, hem de zamansal bir gerileme, yavaşlama ve duraksama vardır (Koptagel-İlal 1999).

Karl Abraham depresyon belirtileri ile takip ettiği 6 hastasının hepsinde, hastalığı tetikleyen etkenin sevilen kişinin kaybı olduğunu ve klinik belirtilerinin bir parçası olarak

regresyon gözleendiğini vurgulamıştır (Özmen 2001). Melankolinin patogenezinde; oral erotizme yapısal yatkınlık, psikoseksüel gelişimin oral dönemde takılması, sevgi ile ilgili erken çocukluk döneminde yineleyen örseleyici yaşantılar ve ödipal çatışma çözümlenmeden ilk gelişimsel travmatik hayal kırıklığının yaşanması gibi etkenlerin rol oynadığını ileri sürmüştür. Depresyon dinamikleri konusunda, ilk kez kapsamlı olarak ele alan Abraham'ın ortaya attığı sevilen objeye duyulan ambivalans, agresyon ve oral erotizm gibi terimler bu alanın ilk önemli bulguları olmuştur (Alper 2001).

Freud'un psikoseksüel gelişim dönemleri üzerine oturtulmuş regresyon modelinde ise depresyon, oral döneme ilişkin çözümlenmemiş çatışma, yetersiz oral doyum veya aşırı oral ihtiyaçla doğrudan ilişkili ve arzulan fakat engellenmiş bir cinsel objenin yenilip yutulmasıyla tahrip edilmesine yönelik bilinçdışı bir istek olarak açıklanır. Freud'a göre sorun, depresif kişilerin ilk çocukluk dönemlerinde, özellikle ödipal karmaşasının çözümü öncesinde önemli narsisistik yaralanmalar yaşamış olmaları ve yaşamın sonraki devrelerinde benzer yaralanmaların meydana gelmesinden kaynaklanır. Işık'a göre yaşanan hayal kırıklıklarından dolayı kişiler dış narsisistik destekler peşinde koşar, diğer insanlara karşı yakınlık, sevgi ve regresif bağımlılık duyguları taşırlar (Alper 2001). Bu narsistik destek arayışları yüzünden süperego gelişmesini de bozarak, affetmeyen, cezalandırıcı, katı bir süperego geliştirirler. Oral bağımlılığı olan bu kişiler gereksinimlerini ancak boyun eğerek ya da kendilerini beğendirerek karşılama eğiliminde olduklarından, saldırganlık, öfke gibi duygular sürekli olarak bastırılmakta ya da zıt tepkiler gösterilmektedir. Katı ve eleştirici süperego, bu duyguların boşaltılmasına izin vermemektedir. Yine bu kişilerin bütün ilişkilerinde, diğer kişilere karşı yaşanan bilinçli sevgi yanında, bilinçaltında yaşanan öfke, nefret gibi ambivalan duygular vardır (Alper 2001).

1.1.4.2. Kişilerarası Kuram

Danışanın nasıl hissettiği ve diğerleri ile ilişki ve etkileşiminin nasıl olduğuna odaklı zaman sınırlı bir tedavi yöntemi olan kişilerarası terapi, başlangıçta major depresyonun tedavisi için geliştirilmiştir (Weissman ve ark 2007). Williams ve Neighbors (2007) giderek yaygınlaşan duygudurum bozukluklarının psikososyal yönüne vurgu yapmış, sosyal etkenlerin duygudurum bozuklukları riskini, seyrini ve sağaltımını etkilediğini bildirmişlerdir. Klerman ve ark'ı önemli kişilerin kaybı sonucu ortaya çıkan yas, önemli kişilerle yaşanan mücadeleler gibi rol çatışmaları ve evlenme, boşanma, işten ayrılma gibi rol değişimlerinin duygu durum bozukluklarının başlangıcı ile bağlantılı

olduğunu göstermiştir (Markowitz, 2007). Öte yandan olumsuz hayat olaylarının, hastaların sosyal olarak geri çekilmesi ile sosyal ortamlarda ve iş yaşamında daha kötü işlevsellik sergilemelerinden dolayı depresyonun ortaya çıkışından sonra gözlemlenmesi de beklenir bir durum olarak bildirilmiştir (Markowitz 2007).

Kuram depresyonun genellikle kişilerarası etkileşim veya sosyal bağlam içinde oluştuğuna dikkat çekmektedir. Bunlar sevilen birinin kaybı, boşanma, emekliye ayrılma, işten çıkarılma, ilişki sorunları gibi sık karşılaşılan olaylar olarak sıralanabilir. Depresyonun gelişiminin sosyal ya da kişilerarası bağlamda anlaşılması, belirtilerin mevcut nedenlerine ilişkin yapılacak çözümlenmeye yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır (Weissman ve ark 2007).

Kişilerarası kuram, depresyonu 3 temel yapıda görür: Belirtiler, sosyal-kişilerarası yaşam ve kişilik. Öncelikle kişinin sahip olduğu depresif belirtilerin sıralanması gerektiğini vurgulayan kuram, daha sonra kişinin varolan sosyal ortamının anlaşılmasının gerektiğini bildirir. Sosyal yapının iyi anlaşılması, sosyal desteğin depresyona karşı koruyucu bir faktör olmasına rağmen tam tersine sosyal stresörlerin kişinin depresyon karşısındaki hassasiyetini arttırması açısından önemlidir. Öte yandan kuram kişinin utangaç, sinirli ya da şüpheli olup olmama gibi kişilik özellikleri ile özellikle uzun süre devam eden pasiflik ya da sosyal risk içeren durumlardan kaçınma gibi depresyonlu kişilerin sıklıkla bildirdiği davranış özelliklerinin belirlenmesinin de üzerinde durmaktadır. Bazı kuramlar depresyonun nedeni olarak kişinin sahip olduğu sıkıntılı kişilik özelliklerini tedavi edilmesine vurgu yaparken, kişilerarası kuramda kişiliğin tedavi edilmesi hedef gösterilmez. Depresyondaki kişilerin bağımlı, kendi ile yoğun uğraş içerisinde olan ve sinirli olarak tarif edilirken, depresyon ortadan kalktığında bu özelliklerin de kaybolduğuna vurgu yaparlar. Buna göre kuram bazı uzun süre sergilenen davranışları aslında depresyonun kendine has özelliklerinin bir çeşit yansıması olarak görür (Weissman ve ark 2007). Kişilerarası kuram müdahale için ilk iki yapıyı hedef olarak alır. Depresyon klinik ya da tıbbi bir hastalık olarak görülür ve bu çerçevede kişiye hastalığın sosyal roller ve ilişkilerde zorluklar yarattığını anlamasına ve kendini suçlama eğiliminin azalmasına yardımcı bir yapı olur (Hinrichsen ve Clougherty 2006).

1.1.4.3.Davranışçı Kuram

Davranışçı bakış açısının ortaya çıkışına dek alanda söz sahibi olan psikodinamik kuram, depresyona dair yaptığı açıklamalarda içsel süreçlere ve çocukluk yaşantılarına

odaklanmıştır. Ancak ardından gelişen davranışçı kurama ise depresyonu uyaran-genellenmiş tepki ve olumlu pekiştireçlerde azalmaya bağlı sönme kavramları dahilinde açıklamaya çalışılmıştır.

Davranışçı kuramcılara göre depresyon, işten atılma gibi belli uyaranlara verilen isteksizlik, iştah kaybı gibi genellenmiş tepkiler olarak tariflenebilir. Öğrenme kuramına göre yapılan depresyonun ilk formülasyonlarından biri depresyonu, kayıp karşısında bireylerin kayıpla beraber önemli pekiştireçlerini kaybetmeleri ve bu nedenle davranışlarında belirgin bir azalma ve durgunluk görülmesi şeklinde açıklamaktadır. Skinner depresyonu sosyal olumlu pekiştireçlerin azalması sonucu davranışlarda zayıflama (sönme) olarak tarif etmiştir (Batur ve Demir 2009). Kısaca, davranışçı kuramlara göre depresyonun temelinde ve hastalığın sürmesinde kişinin çevresinden yeterli düzeyde olumlu pekiştireç alamaması yatmaktadır (Batur ve Demir 2009).

Lewinsohn ve ark pekiştirme eksikliğinin veya istenmeyen deneyimlerin fazla olmasının, kişinin üzüntü duygularına ve pasifleşmesine neden olduğunu bildirmiştir (Atkinson ve ark 2002). Kişiler depresyona girdiklerinde ya da edilgenleştiklerinde, önemli pekiştirme kaynakları akraba ve arkadaşlarından gördükleri yakınlık ve ilgidir. Bu ilgi ağlamak, yakınmak, intihar düşünceleri gibi uyumsuz birçok davranışı pekiştirebilir. Ancak diğerleri için neşelenmeyi reddeden birinin varlığı giderek yorucu hale gelir ve sonunda depresyondaki kişinin davranışları en yakınlarına bile yabancılaşır. Bu durum pekiştirmenin azalması ile sonuçlanırken, kişinin sosyal soyutlanmışlık ve mutsuzluğunun artmasına neden olur. Olumlu pekiştirme oranının düşük olması, kişinin etkinliklerini ve ödüllendirilebilecek davranışlarının ifadesini azaltır. Hem etkinlikler hem de ödüller bir kısır döngü içinde giderek azalır (Atkinson ve ark 2002).

Gözleme dayalı çalışmalarda depresyonlu kimselerin geniş oranda davranış güçlüğü sergiledikleri bildirilmekte, fiziksel etkinliklerde ve sosyal destekte azalmayla sonuçlanan hedef güdümlü davranışlarda bir düşüş gözlemlenmektedir. Bunun yanında birçok depresyonlu kişinin ulaşabilecekleri etkinlik ve başarıya rağmen, kendine güvenlerinde de bir azalma söz konusudur. Bu tip davranışlarda ve kendine güven duygusundaki azalma ruh halinde daha büyük bir zarara neden olabilecek olumsuz düşünceleri ve kendini yalnız hissetme zamanlarını çoğaltabilir. Azalmış enerji düzeyinden veya kendine güvensizlikten doğan erteleme, stresi artırabilir ve işler baş edilmez bir seviyeye kadar birikebilir (Thase

2006) Sonuç olarak kişi birbiri ile etkileşimde olan azalmış sosyal destek ile depresif ruh hali arasında sıkıştır.

Davranışçı kuramlar, depresyonlu kişilerde sosyal pekiştireçlere ve açık davranışlara odaklanarak bu hastalığın sürmesine ve gelişmesine rol oynayan bilişsel faktörleri göz ardı etmelerinden ötürü eleştiri almışlardır. İlerleyen zamanda davranışçı terapiler bilişsel terapiler ile kaynaşarak, bir arada ve birbirlerinden etkilenecek gelişmişlerdir (Batur ve Demir 2009).

1.1.4.4. Bilişsel Kuramlar

Bilişsel kuramlar ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların açıklanmasında hatalı bilişsel süreçleri temel almaktadırlar. Toplumda en yaygın görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri olan depresyon da yine bu bağlamda bir çok bilişsel kuram dahilinde açıklanmaya çalışılmıştır.

Bilişsel öğelere vurgu yapan önemli kuramlardan biri Aaron Beck'inkidir. Beck'in modeli depresyonun duygu, biliş, motivasyon ve fiziki yapı ile ilgili semptomlar içerdiğini bildirirse de depresyonun bilişsel öğelerinin, sendromun belirlenmesinde eksen rolü oynadığı kabul edilir (Greenberg 2007). Kuramda dört temel öge vardır:

a) **Bilişsel Üçlü:** Bilişsel üçlü hastanın kendisi, çevresiyle olan yaşantıları ve geleceğine dair düşüncelerini yansıtan üç temel parçadan oluşur. İlk öge kişinin kendisi hakkındaki olumsuz bakış açısı olup, kişinin kendini kusurlu yetersiz, hastalıklı veya yoksun biri olarak görmesidir (Arkar 1992). Olumsuz üçlünün ikinci ögesi, kişinin çevresiyle olan ilişkilerini ve yaşantılarını olumsuz olarak algılamasıyla ilgilidir. Kişi kendisinden çok şey talep edildiğini ve dünyanın aşamayacak zorluklarla dolu olduğunu düşünür. Diğer öge olan gelecekle ilgili düşünceler ise yine olumsuzdur ve o an yaşanan sıkıntı veya zorlukların sonsuza kadar süreceğini düşünür (Batur ve Demir 2009).

b) **Olumsuz Otomatik Düşünceler:** Zihin herhangi bir konu ile ilgilenirken başka bir düzeyde daha hızlı ve kısa değerlendirci düşünceler geçmektedir. Bu düşüncelere otomatik düşünceler adı verilir ve mantıkla ya da amaçla ilişkili değildir. Kişiler genellikle bu kendiliğinden beliren, yanıp sönen düşüncelerin farkında değillerdir. Farkında olunan bu düşüncelerin ardından gelen

duygusal durumdur (Beck 2001). Depresyondaki kişilerin zihinlerinde beliren otomatik olumsuz ve işlevsizdir düşünceler daha temelde yatan sayıtlılar veya inançları yansıtır.

c) ***Ara İnançlar ve Temel İnançlar (Şemalar)***: Kurallar, beklentiler, tutumlar gibi işlevsel olmayan ara inançlar otomatik düşünceler ile temel inançlar arasında uzanan bir köprü gibidir. Bunlar bir çeşit yaşam kurallarıdır ve sürekli olarak bilişsel çarpıtmalarla pekiştirilmektedir. Bunların temelinde de ulaşılabilmesi en zor olan temel inançlar yatmaktadır. Bu temel inanç veya şemaların genellikle başlangıcı çocukluk dönemine dayanır, yaşam boyu gelişir ve değişimleri de oldukça zordur (Batur ve Demir 2009). Beck'e göre depresyondaki kişiler çocukluk ya da gençlik döneminde ana baba kaybı, birbirini izleyen çeşitli trajediler, akranların reddi, öğretmenlerin eleştirisi sonucunda olumsuz şemalar geliştirirler. Bu şemalar öğrenildiği durumlara yakından ya da uzaktan benzer yeni olay ya da durumlarla karşılaştıklarında harekete geçerler. Şema verileri bilişlere çevirmede temeldir. Depresyondaki kişilerin bu şemaları gerçeği çarpıtmasına neden olan bazı bilişsel yanlılık veya çarpıtmaları uyarır ve onlar tarafından beslenir (Davison ve Neale 2004).

d) ***Bilişsel Çarpıtmalar***: Beck (2001) hastaların genellikle düşüncelerinde tutarlı biçimde bazı hatalar yaptıklarını vurgulamaktadır. Bunlara aşırı genelleme, seçici soyutlama, kişiselleştirme, keyfi sonuç çıkarma gibi bilişsel çarpıtmalar örnek olarak verilebilir.

Kurama göre depresyonlu hastanın düşünme tarzının, bilişsel üçlü tarafından yönlendiriliyor olduğu kabul edilir ve terapide düşünmeden ve mantık dışı olarak ortaya çıkan olumsuz otomatik düşüncelerle karşılaşılır. Bu düşüncelerin, ruh hali veya motivasyon üzerinde doğrudan etkili olduğu kabul edilir. Yukarıda da genel hatları ile bahsedildiği gibi kuram, depresyondaki bu olumsuz düşünce yapılarının kişiye özel gizli şemaların etkin hale gelmesinden kaynaklandığını öne sürmekte ve terapi de olumsuz şemaların gücüne karşı koyarak hastanın ruh hali ve bakış açısını düzeltmeye çalışmaktadır (Greenberg 2007).

Bilişsel süreçlere odaklı olarak yapılan ve alanda önemli bir diğer kuram ise çaresizlik/umutsuzluk kuramıdır. Kuram ilk olarak öğrenilmiş çaresizlik kuramı olarak

ortaya atılmış ancak ardından atıflara ve umutsuzluğa dair yapılan vurgular ile zenginleşmiştir (Davison ve Neale 2004).

Ortaya atılan ilk özgün öğrenilmiş çaresizlik kuramı, kişinin edilgenliği, eyleme geçememe ve yaşamını kontrol edememe duygusunun kaynağını, bireyin başarısız olarak kabul etmeye çalıştığı kötü yaşam olayları ve travmalar olarak görür. Bu durumun daha sonra depresyona neden olduğunu ileri sürer (Davison ve Neale 2004).

Kuram köpeklerle yapılan deneyler sonucunda elde edilen bulgular dahilinde ortaya atılmıştır. Seligman ve Maier (1968) makalesinde elektrik şokuna maruz kalan köpeklerin çaresizlik duyguları geliştirdikleri ve bu çaresizlik duygusunun ise daha sonra kontrol edebilecekleri stresli durumlarda sergileyecekleri performansları ciddi ve olumsuz şekilde etkilediğini vurgulamıştır. Daha sonra Seligman köpeklerde ortaya çıkan bu durumun en azından depresyonun bazı türleri için model oluşturabileceğini düşünmüştür. Bu şekilde, hayvanların çaresizlik göstergeleri ile depresyonun bazı belirtileri arasındaki benzerlikler olduğunu göstermiştir. Tıpkı depresyondaki kimseler gibi hayvanların da stres karşısında pasif kalıp baş etme eylemlerine girişemediklerini ve iştahsızlık gösterip yemede ve yediklerini yutmada güçlük çektiklerini, kilo kaybettiklerini vurgulamıştır (Davison ve Neale 2004).

Ortaya atılan kuram, depresyonu açıklamada bazı alanlarda yetersiz kalmasından dolayı eleştirilmiştir ve bunun üzerine Abramson ve ark (1978) tarafından kuramın atıf kuramı temelinde yeni bir versiyonu önerilmiştir. Araştırmacılar klasik kuramın kontrol edilemez durumlara karşı hissedilen çaresizliğin kişisel ya da genel olarak mı algılandığının ayrımını açıklayamadığını ve çaresizliğin ne zaman kronik ne zaman şiddetli olduğunun ayrımını da yapamadığı bildirilmiştir. Araştırmacılar bu iki sorun alanını açıklamada kişinin çaresizliğini bir nedene atfetmedeki özellikleri üzerinde durmuşlardır. Atfedilen nedenin genel ya da özel, içsel ya da dışsal ve kalıcı ya da geçici özelliklere sahip olabileceğini bildiren araştırmacılar, atıf tarzı kişinin çaresizliğinin kronik olup olmayacağını ya da öz güvenini azaltıp azaltmayacağını etkilediğini bildirmişlerdir. Kurama göre, stres kaynağı durumlar kalıcı ve genel nedenler ile açıklandığında depresyon ortaya çıkmaktadır. Ayrıca buna ek olarak içsel bir nedene atıf yapıldıysa kişinin öz güveni de sarsılmaktadır.

Abramson ve ark (1989)'nın daha sonra yayınladıkları makalede ise bazı depresyon türlerine umutsuzluğun neden olduğunu öne sürmüşlerdir. Depresyonun umutsuzluk kuramı olarak bilinen bu yaklaşıma göre ise, algılanan olumsuz yaşam olayları öncelikle kişide umutsuzluk durumuna yol açmakta ardından bu duruma bağlı olarak depresyon semptomlarının ortaya çıkmaktadır. İki bilişsel bileşen umutsuzluk durumunu tanımlamada önemlidir: çok arzulanan sonuçların olmayacağı ya da istenmeyen sonuçların olacağı beklentisi ve bu olayların olması olasılığını değiştirmek için hiçbir şey yapamayacağı inancı. Bu iki bilişsel bileşenin varlığı kişinin umutsuz hissetmesine neden olmakta ve sonucunda da depresyon ortaya çıkmaktadır.

1.2.Sorun Çözme Terapisi

1.2.1. Tanım, Tarihçe ve Temel Özellikler

Sorun çözme terapisi, genel anlamda sosyal sorun çözme becerisi ve psikopatoloji arasında güçlü bir bağ olduğunu gösteren araştırmalara dayalı olarak kanıt temelli bilişsel-davranışçı bir klinik müdahale türü olarak tanımlanabilir (Nezu 2004).

Eskin (2009) sorun çözme terapisini tanımlarken terapinin genel kabul ve içeriğine vurgu yapmıştır. SÇT'nin insanın günlük hayatta karşılaştığı sorun durumlardan kaynaklı olarak ortaya çıkan bir takım ruhsal sıkıntıların çözümlenmesinde, kişilere sorunlar karşısında sergilemeleri gereken tutumların ve etkili çözümler için gereken yolların öğretilmesini kapsayan bir sağıltım yöntemi olduğunu ifade etmiştir.

Bu tanımlar doğrultusunda etkili sorun çözme tutum ve becerilerinin öğretilmesine odaklı, bilimsel bir yaklaşım olan SÇT ilk kez D'Zurilla ve Goldfried (1971) tarafından Kendal ve Hollon'a göre 70lerin başında devam eden, bilişsel öğelere gösterilen daha büyük öneme karşı, öz-kontrolü artırma ve davranış değişikliğinin üretilmesi ve sürdürülmesini hedefleyen davranışsal modifikasyon alanında gelişen bir trendin parçası olarak ortaya atılmıştır (D'Zurilla ve Nezu 2010).

80lerde ise Nezu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda SÇT, major depresyonun tedavisi için uyarlanıp revize edilmiştir. Bu gelişmeler ile depresyon modelinde sorun çözme becerisinin, stres ve depresyon arasındaki ilişki için yönetici ve arabulucu bir role sahip olduğu kabul görmüştür. Buna ek olarak, 2000lerde yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar SÇT'nin depresyon tedavisinde etkili bir yaklaşım olduğunu göstermiştir (Nezu ve Nezu 2010).

Sosyal sorun çözme, kişinin stres verici sorunları için uygun çözümler belirlemeye giriştiği bilişsel ve davranışsal bir süreçtir. Sorun çözme terapisi (SÇT) kişilere çeşitli becerilerin öğretilmesi ile sorunun doğasını müdahale edip dönüştürmesini (bir hedefe doğru engellerin üstesinden gelmek gibi) ya da soruna gösterilen sıkıntılı tepkilerin (ulaşılmaz hedefler benimseme gibi) değiştirilmesini sağlayarak karşılaşılan sorunlar ile daha etkili baş edilmesine yardım eder (Nezu ve D’Zurilla 2005)

Sorun çözme yaklaşımı genel anlamda iki amaç doğrultusunda kullanılmaktadır. Bunlardan biri sağaltım amacı ile kişiye verdiği olumsuz etkiyi ortadan kaldırmak iken, diğeri sorunların kişiler üzerinde yaratacağı olası olumsuz psikolojik etkiyi önlemek amacı ile kullanılmasını içerir (Eskin 2009). Bu anlamda SÇT’nin amacı, hem varolan psikopatolojiyi azaltmak hem de yaşam kalitesini arttırmaya ek olarak yeni psikolojik sorunların gelişmesini ve tekrar etmesini önlemek için psikolojik ve davranışsal işlevselliğin geliştirilmesi olarak gösterilebilir (D’Zurilla ve Nezu 2010).

Sorun çözme terapisi etkili bir bilişsel-davranışçı yöntem olmasının yanında ayrıca bir çok yolla uygulanabilir olmasından ötürü de oldukça esnek bir özelliğe sahiptir. Nezu (2004) yayınladığı bir makalesinde SÇT’nin bireysel temelli ve grup formantında uygulamaların yanında geniş tedavi paketlerinin bir parçası olarak ve telefonla danışmanlık verilmesi şeklinde de kullanımlarının olduğunu vurgulamış, çeşitli araştırma sonuçları ile SÇT’nin esnek bir kullanımının olduğunu destekler veriler sunmuştur. SÇT’nin bir çok yolla uygulanmasının yanında, ayrıca zeka geriliği olan kimseler, kanser gibi kronik rahatsızlıkları bulunan hastalar ve bu tür rahatsızlığı olan kişilere bakımverenler gibi özel gruplara da rahatlıkla uygulanabildiğini ve etkili sonuçlar elde edildiğini bildirmiştir.

1.2.2. Temel Kavramlar ve Sorun Çözme Kuramı

Sorun çözme kavramı 1900lü yılların başından beri psikolojide uzun yıllar boyunca ilgi odağı olmuş, sorun çözme süreci çeşitli ekollerce açıklanmaya çalışılmıştır. Kavramın ilk dönemlerinde geçmiş yaşantıların sorun çözmeye önemli bir değişken olduğuna vurgu yapılırsa da, süreçte bireyin durumu algılayışının da önemli olduğu ifade edilmiştir (Heppner 1978). D’Zurilla ve Goldfried (1971) tarafından ortaya atılan beş genel basamakta toplanan sorun çözme modeli daha sonraları geliştirilecek olan sorun çözme terapisinin kuramsal alt yapısını oluşturmuştur.

D’Zurilla ve Nezu sorun çözme süreci terimi ile doğal çevrede veya gerçek dünyada oluşan sorun çözme sürecini kastetmişlerdir (D’Zurilla ve ark 2004). Vurgulanan sorun çözme kavramının kişinin gerçek sosyal çevreye uyum sağlama işleyişini etkilediğini belirtmişlerdir. *Sorun çözme* ister gözlemlenebilen-açık ister bilişsel-kapalı bir doğada olsun davranışsal bir süreçtir. Bu süreç (a) sorunsal durumu aşabilmek için çeşitli uygun tepki seçeneklerinin oluşmasını ve (b) bu seçeneklerden en uygununu seçebilme potansiyelinin artırılmasını kapsar (D’Zurilla ve Goldfried 1971). Bu tanımın doğrultusunda, sosyal sorun çözmenin bilinçli, mantıksal, çaba gerektiren ve amaç güdümlü bir etkinlik olduğu söylenebilir. Sorun çözmenin hedeflerine dayanarak, bu süreç ya sorunsal durumu daha iyi bir hale dönüştürmeyi, ya var olan duygusal sıkıntıyı azaltmayı ya da bu her iki hedefi birden gerçekleştirmeyi amaçlar (Nezu ve D’Zurilla 2005).

Sorun çözmenin tanımı yapıldıktan sonra, kuramının kapsadığı diğer kavramların açıklanması modelin anlaşılabilmesi için önemlidir. Bunlardan ilki *sorun terimi*dir. Sorun kişinin içinde bulunduğu çevrede işlevini sürdürebilmesi için tepki vermek zorunda olduğu özel bir duruma veya ilişkili bir dizi duruma gönderme yapar (D’Zurilla ve Goldfried 1971).

Aslında sorun varolan durum ile istenen durum arasındaki tutarsızlığı temsil eder. Tutarsızlık bir sorundur çünkü hedefe ulaşmaya çalışılırken çözüm yolları çeşitli engeller ile kapanır. Aynı durum bir kişi için sorun olarak nitelendirilebilecekken, farklı bir takım koşullara sahip olması nedeniyle başka kişi için aynı durum sorun olarak tariflenmeyebilir. Olay ya da durum (D’Zurilla ve Nezu 2007);

- Değişik veya alışılmışın dışında olma,
- Karmaşık olma,
- Hedeflerin çatışması,
- Beceri eksikliği
- Kaynak eksikliği
- Beklenmedik olma,
- Duygusal zorluklar gibi koşullar tarafından izleniyorsa *sorun* haline gelirler.

Sorunlar, tek bir olay (bir bankadan kredi çekmek gibi), ilişkili bir dizi sorun (eş ile yaşanan tartışmaların süregitmesi gibi) ya da kronik bir durum (kanser hastası olmak gibi) şeklinde olabilirler (Nezu ve D’Zurilla 2005).

Bir diğerk kavram olan **çözüm** ise, söz konusu durumun sorunsal özelliğee uzamasını engelleyen ve durumu değıştiren bir tepki veya tepkiler örüntüsü olarak tanımlanabilir (D’Zurilla ve Goldfried 1971). Etkili bir çözümün önemli bir özelliğı, kişiyi söz konusu durumdan kaynaklı duygusal sıkıntıyı azaltmak veya onu daha iyi bir hale dönüştürmek gibi sorun çözmeye hedefine ulaştırmasıdır (Nezu ve D’Zurilla 2005). Aynı zamanda çözüm, olumlu sonuçların en üst noktaya taşınması ve olumsuz sonuçların en aza indirgenmesinde de rol oynar. Bu olumlu ve olumsuz sonuçlar, kişinin söz konusu duruma gösterdiği tepkilerin uzun ve kısa vadeli, kişisel veya sosyal etkileri gibi bir çok boyutta düşünülebilir (D’Zurilla ve Goldfried 1971). Kişilerarası sorunlar için çözümü ele alırsak, etkili bir çözümün tüm taraflar için kabul edilebilir ve tatmin edici sonucun sağlandığı çatışma veya anlaşmazlıkların çözümlenmesi şeklinde olduğu söylenebilir. Bu sonuç, tüm tarafların birbirine uydurulmuş ilgi ve iyilik hallerinin ortak görüş birliğini gerektirebilir (Nezu ve D’Zurilla 2005).

Açıklanan bu kavramlar içinde dikkat edilmesi gereken nokta sorun çözmeye ile çözümü uygulamanın aynı şey olmadığıdır. D’Zurilla ve ark (2004), bu iki sürecin hem kavramsal olarak farklı olduğuna hem de farklı beceriler gerektirdiğine vurgu yaparlar. Sorun çözmeye spesifik soruna çözümler bulma süreci iken, çözümü uygulama bu çözümleri söz konusu sorun duruma uygulama ve hayata geçirmeyi içerir. Sorun çözmeye becerilerinin genel olduğu varsayılırken, çözümü uygulama becerileri sorunun ve çözümün türüne göre çeşitlilik göstereceğı düşünülmektedir. Bu iki kavram birbirinden farklı oldukları için, sorun çözmeye ve çözümün uygulanması her zaman birbiri ile ilişkili olmamaktadır. Bundan dolayı bazı kişiler yetersiz sorun çözmeye becerilerine sahip olsalar bile çözümü uygulamada iyi olabilmektedirler.

Sorun çözmeye tedavisine başvuran bir danışanın sorunu çözmeye ve çözümü uygulama süreçlerinin hangisinde eksikliklerinin olduğu arasındaki ayrımın yapılması değerlendirme açısından önemlidir. Bu ayrımın sağlıklı bir biçimde yapılması uygulama için atılacak adımların belirleyicisi olacaktır (Eskin 2009).

Rich ve Bonner (2004) sorun çözmeye becerisinin anlaşılması açısından bu sürecin gelişiminde veya sergilenişinde önemli rol oynadığı düşünülen bazı etmenleri tartışmışlardır. Bu anlamda özellikle genetik faktörler ve çocukluk yaşantıları ile kişilik

özellikleri ve durumsal koşulların sorun çözme sürecinde belirleyici etkiye sahip olduğunu gösteren önemli çalışmalar bulunmaktadır.

Sorun çözme beceri düzeyinin yaşam boyu gelişim sürecinde nasıl bir tabloda olduğunu araştıran D’Zurilla ve ark (1998) sorun çözme becerisinin gençlik yıllarından orta yaşa doğru arttığını ardından tekrar düştüğünü bulgulamışlardır. Diğer bir değişle orta yaşlı kimseler genç yetişkinlere ve yaşlı kimselere göre daha iyi sorun çözme düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Öte yandan cinsiyet farklılığına bakan araştırmalar tek başına cinsiyetin sorun çözme üzerinde belirleyici bir rolünün olmadığını ancak yaş değişkeni ile anlamlı farklılıkların olabildiği vurgulanmıştır.

Sorun çözme süreci sonrasında ortaya çıkan sonuçlarının büyük oranda kısmi olarak bağımsız iki süreç tarafından belirlendiği varsayılmaktadır: Sorun yönelimi ve sorun çözme tarzı (D’Zurilla ve ark 2004).

1.2.2.1.Sorun Yönelimi

Sorun çözme sürecinin ana bileşenlerinden biri olarak gösterilen soruna yönelim, ortaya çıkacak sonuçlar üzerinde önemli bir role sahiptir. Soruna yönelim kişinin sorunu nasıl ele aldığı ile ilgilidir.

Genel anlamda kişilerin sorunlar karşısında gösterdikleri bilişsel, duyuşsal ve davranışsal özelliklerin tümüne “sorun yönelimi” denmektedir (Eskin 2009) Bir başka tanım itibariyle sorun yönelimi meta-bilişsel bir süreçtir. Bu meta-bilişsel süreç kişinin yaşamda karşılaştığı sorunlarla ve sorunları çözme konusundaki yeteneklerine ilgili olan genel inançlarını, yorumlarını ve duygularını yansıtan sabit bilişsel-duygusal şemalardan oluşmaktadır. Sorun yönelimi sosyal sorun çözümede önemli motivasyonel bir işleve sahiptir (D’Zurilla ve ark 2004).

Sorun yönelimi olumlu ve olumsuz olmak üzere iki farklı görüntüye sahiptir:

Olumlu sorun yönelimi, kişilerin sorunlar karşısında yapıcı bir tutumu içinde olmalarını ifade etmektedir (Eskin 2009). Olumlu sorun yönelimine sahip kişilerin sergilediği özellikler (D’Zurilla ve ark 2004, Nezu 2004, Eskin 2009),

- Sorunları göz ardı etmeden doğru bir biçimde algılayabilme
- Bir kazanç ya da yarar sağlayabilecekleri bir fırsat olarak soruna meydan okuyabilme
-

- Sorunların çözülebileceğine inanma, iyimser olma
- Sorunların başarıyla çözülmesinde kendi yeteneklerine güvenme
- Sorunların başarıyla çözümlenmesinin zaman ve çaba gerektirdiğinin farkında olma
- Sorunlardan kaçmaktansa onları yaşamlarından gönderebilmeyi deneme
- Sorunları yaşamın bir parçası olarak görme
- Sorunların nedenlerini doğru kaynaklara atfedebilme
- Sorunu çözme konusunda kararlı olma, olarak sıralanmaktadır.

Olumsuz sorun yönelimi, ise olumlu sorun yöneliminin tersine sorunlar karşısındaki işlevsiz ya da engelleyici genel eğilimi ifade eder. Bu eğilim,

- Sorunları, kişinin psikolojik, sosyal veya ekonomik alanda iyilik halini tehlikeye atan önemli bir tehdit unsuru olarak görme
- Sorunları başarıyla çözebilme konusunda kendi kişisel yeteneklerinden şüphe duyma
- Sorunlarla karşılaşıldığında kolayca engellenmiş ve alt-üst olmuş hissetme
- Sorunları çözülemez olarak görme
- Sorunların nedenlerini yanlış atıflar vererek açıklama
- Sorunlar meydana geldiğinde onları görememe ya da görmezden gelme (D’Zurilla ve ark 2004, Nezu 2004) gibi özellikler olarak belirtilebilir.

Olumlu sorun yönelimi, kişinin sorunu çözmedeki motivasyonun gelişmesine katkı sağlarken, olumsuz sorun yönelimi kişinin sorunla karşılaştığı andan itibaren sürecin tamamında kişinin sağlıklı ilerleyişini çelmeleyen bir özelliğe sahiptir.

Bunun yanında sorun çözme sürecinde önemli rol oynadığı düşünülen bu özelliklerin, sorun çözme becerilerini etkili bir şekilde ortaya koyabilme üzerinde de önemli bir role sahip olduğu düşünülebilir. Süreç boyunca kişiden beklenen etkili sorun çözme becerileri kişinin varolan bu genel tutumu ile desteklenmektedir. Eğer kişi olumlu sorun yönelimine sahipse akılcı yollar geliştirmesi, olumsuz sorun yönelimine sahipse kaçınan veya dürtüsel/dikkatsiz davranması ile ilişkili olacaktır (Eskin 2009).

1.2.2.2. Sorun Çözme Tarzları: Akılcı, Dürtüsel-Dikkatsiz ve Kaçınan Sorun Çözme Tarzı

Sorun çözme sürecinin diğer önemli bileşeni sorun çözme tarzıdır. D’Zurilla ve ark (2004) bu kavramından modelin ilk dönemlerinde sorun çözme becerisi olarak bahsedildiğini bildirmiş son dönemde sorun çözme tarzı olarak kullanıldığını ifade etmişlerdir. Sorun çözme tarzını, sorunlarla baş etmek için kişinin sorunu anlamak ve etkili çözümler bulmak için ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal aktivitelerin tümü olarak tanımlamışlardır. Eskin (2009) ise benzer şekilde sorun çözme tarzını kişilerin sorun durumlarıyla karşılaştıklarında ortaya çıkan davranışsal özellikler olduğuna vurgu yapmıştır.

Çağdaş sorun çözme modeline göre biri işlevsel diğer ikisi işlevsiz olmak üzere üç farklı sorun çözme tarzı olduğu tariflenmiştir. Bunlardan ilki işlevsel sorun çözme tarzı olan *akılcı sorun çözme tarzı*dır. Bu tarz üzerinde düşünülmüş, mantıksal ve sistematik uygulamaları içeren bir özelliğe sahiptir (D’Zurilla ve ark 2004).

D’Zurilla ve Goldfried (1971) sorunları akılcı bir tarzda çözebilmek için, sorun çözme becerisinin dört temel düzeyi olduğunu bildirmiş bunları (a) sorunun tanımlanması ve formüle edilmesi (b) çözüm seçeneklerinin üretilmesi (c) en etkili çözüm seçeneğine karar verme ve (d) çözümün uygulanması ve değerlendirme olarak sıralamışlardır.

Sorunu tanımlama ve formüle etme süreci kişiyi çözüme götürecek temel adımlardan ilkidir. Bu süreçte sorunu anlamak ve tariflemek için sorunla ilgili olabilecek somut ve spesifik bilgiler toparlanmakta, temel istekler ve bunun önüne geçen engeller ayırt edilmekte ve gerçekçi hedefler oluşturulmaktadır. Çözüm seçeneklerinin üretilmesinde ise, kişi ulaşılmak istenen hedefe odaklanarak sorunu çözebilecek gerek yaratıcı gerekse geleneksel tüm seçenekleri olabildiğince üretmeye çalışır. Ardından üretilen bu seçeneklerin sonuçları tahmin edilmeye çalışılır ve seçenekler birbiri ile karşılaştırılarak en iyi çözüm seçeneğinin ne olduğuna karar verilir. Son basamakta ise seçilen çözüm seçeneği gündelik yaşamda uygulanır ve sonuçları dikkatlice değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucuna göre, eğer başarıya ulaşılmışsa sorun çözme süreci tamamlanır, aksi durumda başarısızlığın nedenleri araştırılarak süreç uygun yerden yeniden başlatılır (D’Zurilla ve Goldfried 1971, D’Zurilla ve ark 2004, Eskin 2009).

Modelde anlatılan işlevsiz sorun çözme tarzları ise *kaçınan ve dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzları*dır. Kaçınan sorun çözme tarzına sahip kişiler bir sorunla

karşılaştığında sorunu görmezden gelme eğiliminde olup onunla yüzleşmeye isteksizdirler. Bununla birlikte sergiledikleri davranışlar genel olarak erteleme, boyun eğme, tepkisizlik, katlanma, hareketsizlik ya da bağımlılık gibi özellikleri içerir. Sorununun çözümüne ilişkin sorumluluk almaktan kaçınırlar, sorunun kendiliğinden çözülmesini beklerler ya da bu konuda başkalarının yardım ve desteğine ihtiyaç duyarlar. Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzına sahip kişiler ise, sorunu çözmek için aktif girişimlerde bulunurlar ancak bu girişimler oldukça kısıtlı, dürtüsel, dikkatsiz, aceleci veya eksiktir. Her hangi bir sorunla karşılaştıklarında sınırlı düzeyde çözüm seçeneği üretirler ve sıklıkla ilk akıllarına gelen seçenek ile hareket ederler. Buna ek olarak olası çözüm seçenekleri ve onların sonuçları üzerinde aceleyle, dikkatsizce ve sistemli olmayan bir tarzda dururlar ve bir o kadar da eksik bir değerlendirme sürecine sahiptirler (D’Zurilla ve ark 2004, Nezu 2004).

1.2.3. Terapi İşlem Basamakları

SÇT’nin iki önemli hedefinin olduğu ve tüm terapi sürecinin buna odaklanılarak yürütüldüğü düşünülebilir. Nezu ve D’Zurilla (2005) terapinin ana hedeflerini a) kişinin olumlu sorun yönelimi geliştirmek ve sorunun tanımlanması, çözüm seçeneklerinin üretilmesi, çözümün seçilmesi ve uygulanması gibi akılcı sorun çözme görevlerinin uygulanması, bir de b) kişinin olumsuz sorun yönelimi ve dürtüsel davranma ya da kaçınma gibi işlevsel olmayan davranışlarının en aza indirgenmesi olarak bildirmişlerdir. Araştırmacılar SÇT’nin didaktik açıklamalar, eğitici pratikler ve seanslar arasındaki uygulamaları güçlendirmeye dönük ev ödevleri gibi bir takım bilişsel ve davranışsal işlemleri kapsadığını vurgularlar.

Sorun çözme terapisi, bahsi geçen bu temel iki hedefe doğrultusunda sekiz adımda uygulanabilir. Eskin (2009) SÇT’yi kapsamlı olarak ele aldığı kitabında, bu sekiz seansın ilk basamağını değerlendirme görüşmesi, ikincisini ise sorun yönelimi eğitiminin verilmesi olarak anlatmıştır. Geri kalan altı seansın ise akılcı sorun çözme işlem basamaklarının kazandırıldığı seanslar olarak bildirmiştir. Seans başlıkları ve içeriğine ilişkin bilgiler,

Değerlendirme ve bilgilendirme görüşmesi: İlk görüşme olan bu basamakta, kişinin varolan şikayetlerinin ve sorun çözme beceri düzeyinin değerlendirilmesi ve terapinin içeriği hakkında genel bilgilerin verilmesi ile birlikte işbirliğine dayalı güvenli bir ortamın kurulması hedeflendir.

Soruna yönelim eğitimi: İkinci seansta genel olarak kişinin varolan sorunlarını fark etmesi ve bunları ele almada olumlu bir tutum sergilemesi amaçlanır. Bu basamakta kişinin sorunların çözülebileceğine inanma, sorunların hayatı bir parçası olarak görme, sorunlardan kaçmama gibi kişiyi olumlu sorun yönelimine çeken bir takım düşünce yapılarının kişiye kazandırması önemlidir.

Sorunların tanımlanması: Kişinin varolan sıkıntı veya şikayetleri ile bunların altında yatan neden ya da sorunların tespit ve formüle edildiği basamaktır. Kişinin sıkıntılara neden olabilecek sorunların nerde, ne zaman, ne sıklıkta, kimlerle ortaya çıktığının değerlendirilmesi ile birlikte kişinin sağlam atıflar ile sorunlarını tanımlayabilmesi hedeflenir.

Hedeflerin belirlenmesi: Varolan sorunların aşılmasından sonra kişinin kendini nerede gördüğü, nereye varmak istediği gerçekçi bir tutumla belirlenmeye çalışılır. Kişinin sorunu değiştirmeye dair mi yoksa varolan sorunun duygusal etkisini azaltmaya dönük mü bir hedef koyduğu ayrımı seansın önemli noktasıdır.

Olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi: Kişinin var olan sorununa ilişkin olabildiğince çok çözüm seçeneğinin üretildiği basamaktır. Çözüm seçeneklerinin ne kadar uygun olup olmadığı ya da etkili olup olmadığı tartışılmaksızın akla gelen her seçeneğin not edilmesi sağlanır.

Uygun çözüm seçeneğinin belirlenmesi: Üretilen tüm çözüm seçeneklerinden sorunu çözebilme ve hedefe ulaştırabilme gücü, kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği özelliklerine bakılarak değerlendirilir ve bu alanlardan en yüksek puanı alan seçenek belirlenir.

Seçilen çözümün uygulanması: Kişinin seçilen çözüm yolunu uygulamadan önce uygulamanın avantajlarının ve dezavantajlarının ya da uygulama gerçekleşmez ise bu durumun avantajları ya da dezavantajlarının konuşulması ve kişinin uygulama için hazırlandığı basamaktır.

Uygulamanın değerlendirilmesi: Uygulamanın sonuçlarının değerlendirildiği basamaktır. Sorunun ortadan kalkıp kalmadığı ya da hedefe ulaşıp ulaşılmadığı işlenir, uygulamanın başarısız olduğu durumda basamakların üzerinden tekrar geçilir ve yanlış

işlenildiği düşünölen bir basamak olduğuna karar verilirse geri dönöp oradan tekrar başlanır.

1.3. Sorun Çözme Terapisi ve Depresyon Tedavisi

1.3.1. Sosyal Sorun Çözme ve Depresyon

1970'lerin başında gündeme gelen sorun çözme kavramı ve daha sonrasında gelişen kuramsal alt yapı ile birlikte, Sorun Çözme Terapisi birçok ruhsal bozukluk alanında gerek önleyici gerekse tedavi edici programlar ile uygulanagelmıştır.

İlgili alanyazına bakıldığında yapılan araştırmaların, özellikle ruhsal bozukluklardan depresyon ile ilgili olduğu görölmektedir. Çalışmalar kişinin sahip olduğu sorun çözme becerisi ile olumsuz bir yaşam olayının ardından ortaya çıkabilecek depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, diğer bir ifade ile sorun çözme becerisinin, olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında aracı bir role sahip olduğunu göstermektedir.

Nezu ve ark (1986)'ın yaptıkları çalışmanın sonucuna göre yüksek stres düzeyi altında olan ve etkili sorun çözme becerilerine sahip kişiler, aynı stres düzeyine sahip ancak etkili olmayan sorun çözme becerilerine sahip kişilere kıyasla çok daha az depresif belirti bildirmektedirler. Nezu ve Ronan (1988)'ın yaptığı prospektif çalışmada ise, sorun çözme becerisinin, temel olumsuz yaşam stresörlerden kaynaklı depresif belirtiler yaşanması olasılığı üzerindeki aracı rolü araştırılmış, etkili sorun çözme becerisinin depresif belirtilerin ortaya çıkmasına karşı tampon bir işleve sahip olduğu bulunmuştur. Onlara göre, etkili olmayan sorun çözme becerisine sahip kişiler, stres verici olumsuz yaşam olayları karşısında depresyon geliştirmeye daha yatkındırlar.

Çalışmalar depresyonlu kişilerin etkili bir şekilde kişilerarası ve sosyal sorunlarını çözebilme becerilerinde yetersizlik olduğunu kanıtlar niteliktedir (Nezu, 1986). Gotlib ve Asarnow, orta düzeyde depresyonu olan üniversite öğrencilerinin normal grupla karşılaştırıldığında, adım adım çözüme ilerleme konusundaki becerilerinde önemli düzeyde yetersizlik bulgulamıştır (Nezu 1986). Yapılan bir başka çalışmada ise, depresyonlu üniversite öğrencilerinin sorun çözme becerilerinin, depresyondaki iyileşme üzerine olan etkisini araştırılmış, etkili sorun çözme becerisine sahip kişilerin sonraki ölçümlerinde depresyon puanları hafif düzeyde iken, etkili olmayan sorun çözme becerilerine sahip kişilerin depresyon puanları orta düzeyde bulunmuştur (Dixon 2000).

Depresyon ve sorun çözme arasındaki ilişkiyi açıklayan bazı araştırmalar, kişinin sahip olduğu umutsuzluk düzeyine de vurgu yapılmıştır. Cannon ve ark (1999)'a göre depresyondaki her kişinin umutsuzluk yaşamadığı ve umutsuzluk yaşayanların yaşamayanlara göre daha fazla intihar riskine sahip olduğu bildirilmiş, bu anlamda kişinin sahip olduğu umutsuzluğuun yordanmasının önemli olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmada umutsuzluk depresyonun şiddeti, işlevsel olmayan tutumlar ve etkili olmayan sorun çözme becerisi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu anlamda etkisiz sorun çözme becerisine sahip kişiler, depresyonun önemli bileşenlerinden biri olan umutsuzluğuun ortaya çıkmasında ve dolayısıyla intihar davranışı sergilemede daha çok risk altındadırlar.

Üniversite öğrencileri, genel psikiyatri hastaları ve intihar düşüncesi olan veya intihar girişiminde bulunmuş psikiyatri hastaları olmak üzere üç farklı örneklem grubunu kapsayan, depresyon, umutsuzluk, intihar davranışı ve sorun çözme bileşenlerinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise, üç örneklem içinde sonuçlar benzer olmakla birlikte; üniversite öğrencileri ve genel psikiyatri hastalarında olumsuz sorun yönelimi depresyon, umutsuzluk ve intihar davranışı değişkenlerinin tümü ile en yüksek ilişkili olan boyut olarak hesaplanmıştır. Ayrıca akılcı sorun çözme tarzı ise intihar düşüncesi veya girişimi olan psikiyatri hasta grubu içinde önemli bir yordayıcı olarak bulunmuştur (D'Zurilla ve ark 1998).

Çin'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise, yine sorun çözmenin, stresli yaşam olaylarından sonra depresyon ve umutsuzluk geliştirme üzerindeki aracı rolüne bakılmış, sorun çözmenin bu olumsuz duygusal tepkiler üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu bulunmuştur. Bu sorun çözmenin olumsuz duygusal tepkiler üzerinde kültürler arası geçerli olan güçlü bir bilişsel-davranışsal faktör olduğunu göstermektedir. (Cheng 2001)

Yine bu alanda yapılan bir başka çalışmada depresyondaki kimselerin olumsuz yaşam olaylarını daha stres verici bulduklarını ve sorun çözme becerilerinde yetersizlik olduğunu kantlar niteliktedir. Söz konusu çalışmada, olumsuz yaşam olayları, depresyonun şiddeti, işlevsel olmayan tutumlar ve sorun çözme becerisinin, ayaktan tedavi gören depresyon hastalarında antidepresan tedavisinden önce ve sonra varolan stres algısı düzeyine olan etkisi araştırılmıştır. Olumsuz yaşam olayları tedavi almamış hastalardaki algılanan stres düzeyini yordarken, 8 haftalık antidepresan tedavisinden sonra önemli bir

yordayıcı ilişki bulunmamıştır. Ayrıca sorun çözme, depresyonun şiddeti ve işlevsiz tutumların her biri birbiri ile ilişkili bulunmuş, bu değişkenlerde tedavi ile birlikte gelişme görülmüş, tedavi öncesi ve sonrasında algılanan stres ile bağlantılı bulunmuştur (Otto ve ark 1997)

Bu alanda ülkemizde yapılan bir çalışmada ise psikiyatri hastalarında sorun çözme beceri düzeyleri ve travmatik yaşam olaylarının depresyonun önemli klinik görünümünden olan intihar davranışı ile olan ilişkisi incelenmiştir. Psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmada intihar girişimini yordama da sorun çözme becerisi travmatik yaşam olaylarından daha etkili olduğu bulunmuştur. Araştırma sorun çözme becerisi düzeyleri düşük hastaların çok sayıda travmatik olaylar yaşaması halinde intihar davranışı riskinin yüksek olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Eskin ve ark 2006).

1.3.2. Depresyonun Sorun Çözme Modeli

Sorun çözme becerisi ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiye kanıt oluşturan yukarıdaki araştırma sonuçlarına açıklama oluşturabilecek “sorun çözme kuramının depresyon modeli”ni anlatan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Sorun çözme ile ilgili alanyazında depresyonu açıklayan kuramsal yaklaşımların özellikle Nezu’nun 80lerin sonuna doğru yaptığı araştırma sonuçları ile şekillendiği görülmektedir. Nezu (1987) depresyonu bir sorun çözme beceri eksikliğinin neden olduğu bir durum olarak ele alan bir model önermiştir. Model, yaşamda sorun durumlarla karşılaşan herkesin depresyona yakalanmadığı gerçeğinden hareketle insanların depresyon geliştirmelerindeki temel etken olarak karşılaşılan sorunlar ya da olumsuz yaşam olayları karşısında etkili problem çözme becerilerine sahip olmamalarını göstermektedir. Kişi eğer sorunlarla etkili bir biçimde baş etme veya onları etkili çözme becerilerine sahipse, problemler veya kötü olaylarla karşılaşmasında depresyon gelişmeyecektir.

Depresyonun yaşam boyu stres çerçevesi içinde, sorun çözenin, olumsuz temel yaşam olaylarından kaynaklı stres düzeyi yüksek olan kimselerin sergiledikleri depresif belirtilerin bir aracısı olarak hizmet ettiği varsayılır. Bu varsayım, etkili bir şekilde sorun çözümede başarısız kişilerin olumsuz yaşam olayları karşısında sorunları etkili bir şekilde çözme becerisi iyi olanlara göre çok daha fazla depresif belirtiler sergileyeceğini savunur (Nezu 1987).

1980’lerde A. M. Nezu ve ark. tarafından yapılan bir dizi çalışmada ortaya atılan modelin ilk hali, son dönemde revize edilerek tekrar açıklanmıştır. Nezu ve Nezu (2010) modelin en son halinde yer alan tüm bileşenleri, bunların birbirleri ile ilişkilerini ve başarısız bir sorun çözme sürecinde depresyonun tekrar tekrar ortaya çıkışını veya şiddetini arttıran döngüyü anlatmışlardır.

Revize edilen kuram, önemli bileşenler olarak depresyonun etiyopatogenezini ve gidişine-yönüne vurgu yapan biyopsikososyal faktörleri kapsamaktadır. Kuramın bileşenleri:

- a. Biyolojik ve psikolojik hassasiyet
- b. Stresli yaşam olayları
- c. Duygusal stres tepkileri
- d. Sorun çözme yolu
- e. Ruminasyon
- f. Depresyonun olumsuz sonuçları, olarak sıralanmaktadır (Nezu ve Nezu 2010).

Yukarda sıralandığı üzere, kuram öncelikle depresyonun ortaya çıkma olasılığını arttıran, kişinin yaşamında daha önceden varolan belli hassasiyet veya risk faktörlerine vurgu yapmaktadır. Bu risk faktörleri gerek biyolojik gerekse psikolojik temelli olabilir (Nezu ve Nezu 2010). Bazı araştırmalar depresyonla ilişkili veya depresyon riskini arttıran biyolojik ve genetik etkenlerle ilgili önemli bulgulara ulaşmıştır. Örneğin, serotonin taşıyıcı gen olan 5-HTT ‘nin kişinin stresli bir yaşam olayı karşısında depresyona girmesi olasılığını hafiflettiği bulgulanmıştır (Caspi ve ark 2003). Psikolojik risk faktörlerinden kastedilen ise kişinin sorun çözme becerilerindeki eksiklidir. Nezu (1987) bu eksikliğin kişinin çocukluk boyunca, zayıf aile yapısı, yaşlıların model alınması, uygunsuz pekiştirme ya da uygun sosyal sorun çözme davranışının cezalandırılması ve stresli yaşam olayları ile baş etme girişimleri için gerekli fırsatların olmamasından kaynaklı olarak giderek kişide yerleştiğini bildirmektedir.

Stresli yaşam olayları ise risk faktörlerinin üstünde, depresyonun tetikleyicisi olma konusunda rol oynarlar. Stresli yaşam olayları *temel olumsuz yaşam olayları* ve *günderlik sorunlar* olmak üzere iki grupta toplanabilir. Temel olumsuz yaşam olayları kişinin hayatında büyük düzenlemeler gerektiren geniş çaplı deneyimlerdir. Günderlik sorunlar ise daha dar bir yaşam alanını ya da spesifik bir dizi deneyimi içerir. Çalışmalar her iki türdeki

stresörün de depresyonla ilişkisini ortaya koymaktadır (Nezu ve Nezu 2010). Ayrıca Nezu (1987) bu iki tür stresli yaşam olayının depresyon olasılığını arttırdığını söylerken, depresyonda olmanın da stresli olayların ortaya çıkması olasılığını arttırdığını vurgulamaktadır. Depresyondaki kişiler sorunu çözmek adına daha az motivasyona sahip olacağından, çözüm konusunda çabalamayacaklar böylece iki değişken arasında kısır bir döngü olacaktır.

Bu noktadan sonra ise kişinin depresyona kadar giden duygusal stres tepkileri geliştirip geliştirmeyeceği sahip olduğu sorun yönelimi ile ilgili olduğu vurgulanmaktadır. Eğer kişi olumsuz sorun yönelimine sahipse, kişinin en başta olumsuz bir duygulanım yaşamasına, ardından bu olumsuz duygulanım kişinin etkisiz bir sorun çözme tarzı geliştirmesine neden olacaktır. Etkisiz sorun çözme ile kişi stresörlerle baş etmede güçlük yaşayacak ve ortaya depresif belirtiler çıkacaktır. Ancak eğer kişi olumlu bir sorun çözme yönelimine sahipse o zaman etkili sorun çözme davranışları sergileme olasılığı yüksek olacak ve stresörlerle baş etme düzeyi artacaktır. Böylece depresif belirtiler gösterme olasılığı azalacaktır (Nezu ve Nezu 2010).

Modelde gösterilen bir diğer değişken ise sosyal sorun çözme özellikleridir. Nezu ve Nezu (2010) kişiler depresyondayken sorunu etkili bir şekilde tanımlayamadıklarını, gerçekçi hedefler oluşturamadıklarını ve böylece etkili çözümler üretmede de zorlandıklarını vurgulamışlardır. Araştırmalar depresif kişilerin sorunları tanımlarken çeşitli bilişsel çarpıtmalar yaptığını ve olumsuz yaşam olaylarının nedenlerine ilişkin daha içsel, sabit ve genelleşmiş atıflar kullandığını bulgulamakta, bununla birlikte de kişinin motivasyon kaybı ile engellenme hissetmesine ve kendini suçlama eğilimine girmesine neden olan sorunları çözmede mükemmeliyetçi davranmanın da depresyon ile ilişkili olduğu belirtmektedir (Abramson ve ark 1978, Flett ve ark 1996, Beck 2001).

Modele göre, stres verici olaylar yeni veya kendine has olma özelliklerinden dolayı kişinin sorun çözme sürecine bozucu bir etkide bulunabilir ve kişi yoğun bir stres yaşayabilir. Kişiler ortama bir sorun çözme becerisine sahip olabılırlerken, yüksek stres kaynağı olay veya önemli yeni durumlar kişinin varolan baş etme kapasitesini aşar. Modelin önerdiği hipoteze göre depresyon, ya bir dizi stres verici yaşam olayı kombinasyonunda belirginleşen yetersiz sorun çözme becerisinden ya da travmatik olaylar

gibi yoğun ve şiddetli stres düzeyine sahip durumlar ile baş etmede yetersiz kalan ortalama sorun çözme becerisinden kaynaklanmaktadır (Nezu ve Nezu 2010).

Model, kişinin depresyonunu sürdürmede rol oynadığı düşünülen, kişinin sahip olduğu depresif belirtiler ile ilgili ısrarlı bir takım düşüncelere sahip olmasının üzerinde de durmaktadır. Nolen-Hoeksema (1991) yayınladığı makalesinde kişilerin sergiledikleri depresyon belirtilerine nasıl tepki verdikleri bu belirtilerin kalış süresini etkilediğini bildirmektedir. Eğer kişi ilgisini depresyon belirtileri üzerinden başka bir tarafa kaydıramazsa ve sahip olduğu belirtilere karşı ruminatif tarzda tepkiler gösterirse bu depresyonun kalış süresini uzatacaktır. Ruminatif tepkiler, yazar tarafından kişinin depresyona sahip olması, ne tür depresif belirtileri olduğu, bu belirtilerin nedenleri, anlamı veya sonuçları üzerinde tekrar edici tarzda odaklanmış düşünce ve davranışlar olarak tanımlanmıştır. Bu tepkilerin kişinin uygun davranışları sergilemesinde ve etkili sorun çözme becerileri üzerinde bozucu bir etkiye neden olmasından dolayı depresyonun daha uzun sürdüğü belirtilmektedir. Donaldson ve Lam (2004)'ın yaptığı çalışmada elde edilen sonuçlar bu yöndedir. Ruminatif tepki puanları yüksek depresyonlu kimselerin, düşük puan alanlara göre daha kötü bir ruha haline ve daha düşük etkili sorun çözme becerisine sahip oldukları bulgulanmıştır.

Kuramın vurguladığı son bileşen ise, depresyonun olumsuz sonuçlarıdır. Bu sonuçlar kişinin hayatında depresif belirtilerini sürdürmeye üç ana yolla hizmet etmektedir: (a) mevcut sorunların stresli doğasını daha da şiddetlendirme; (b) kişisel kaynaklar, sosyal destek gibi varolan pozitif pekiştireçlerin fark edilmesinde bir düşme yaratarak itici veya cezalandırıcı uyanların artışına neden olma; ve (c) uygun sorun çözme aktiviteleri üzerinde çalışmaya olan motivasyonu düşürme. (Nezu 1987, Nezu ve Nezu 2010). Kişi bu tür işleyişlerle depresyonun neden olduğu olumsuz sonuçlara maruz kalmakta ve bu durum da depresyonun sürdürülmesinde rol oynamaktadır.

1.3.3. Sorun Çözme Terapisinin Depresyon Tedavisinde Etkililiği

Sorun çözme terapisinin depresif bozukluklar üzerindeki etkililiğini araştıran çalışmaların alanda önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Bu yönde yapılan ilk çalışmalardan olan tek uçlu depresyonda sorun çözme terapisinin etkililiği araştırmasında Nezu (1986), depresyon tanısı almış psikotik özellik göstermeyen 26 hastayı, sorun çözme terapisi, sorun odaklı terapi ve bekleme grubu olarak üç grupta karşılaştırmıştır. Tedavi ve

6 aylık izlem sonrasında Beck Depresyon Envanteri ve MMPI-D'den alınan ölçümler, sorun çözme grubundaki kişilerin gerek sorun odaklı terapi gerekse de bekleme grubundaki kişilere göre depresyon puanlarında daha belirgin bir düşmenin olduğu bulgulanmıştır.

Nezu ve Perri (1989)'nin yaptığı bir diğer çalışmada ise hem sorun çözme terapisinin tek uçlu depresyon üzerindeki etkililiği araştırmış hem de tüm model içinde sorun yönelimi eğitiminin katkısı incelenmişlerdir. Depresyon tanısı alan 39 hasta sorun çözme terapisi, kısa sorun çözme terapisi (sorun yönelimi eğitimi hariç, sadece akılcı sorun çözme becerilerinin öğretilmesi) ve bekleme gruplarına atanmışlardır. Elde edilen sonuçlar sorun çözme terapi grubunda %85.71 (14 hastanın 12'si), kısa sorun çözme terapi grubunda %50 (14 hastanın 7'si) ve bekleme grubunda %9.10 (11 hastanın 1'i) 'unda depresyon puanlarının düştüğü görülmüştür. İzlem ölçümlerinde de yaklaşık aynı değerler elde edilmiş, sonuçlar sorun çözme terapisinin tek uçlu depresyonda etkili bir yol olduğunu desteklemekle birlikte sorun yönelimi eğitiminin tedavi paketinde önemli bir bileşen olduğu bulgulanmıştır.

Dowrick ve ark (2000)'larının yaptığı çalışmada, sorun çözme terapisinin ve grup psikoeğitiminin toplum tarafından kabul edilebilirliğinin belirlenmesi ve gerek depresif belirtiler gerekse de kişisel işlevsellik üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Finlandiya, İrlanda, Norveç, İspanya ve İngiltere olmak üzere beş ülkeden toplanan depresyon tanısı almış toplam 452 katılımcı, bireysel sorun çözme terapisi, grup psikoeğitimi ve hiçbir tedavinin verilmediği üç gruba seçkisiz olarak atanmışlardır. 6 hafta süren sorun çözme terapisi ve 8 hafta süren grup psikoeğitiminden sonra elde edilen sonuçlar her iki yöntemin de tedavi almayan gruba göre, kişisel işlevsellikte ve depresyon üzerinde önemli bir gelişme sağladığı bulgulanmıştır. Ancak tedavi devamlılığa bakıldığında, sorun çözme terapisine katılan hastaların %63'ü terapiyi tamamlarken, grup psikoeğitimine katılanların ancak %44'ü eğitimi tamamlamıştır. Buna göre hastalar için sorun çözme terapisinin daha çok kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

Sorun çözme terapisinin etkili bir tedavi yöntemi olup olmadığını araştıran bir başka çalışmada örneklem grubunu depresyonu olan, yönetsel işlevlerinde sorunlar yaşayan ve antidepresanlara karşı direnç gösteren yaşlı hastalar oluşturmuştur (Arean ve ark 2010). DSM IV'e göre depresyon tanısı alan 60 yaş ve üzerindeki 221 hasta, sorun çözme terapisi ve destekleyici terapi gruplarına seçkisiz olarak atanmışlardır. 12 hafta

süren ve 3, 6, 9, ve 12. haftalarda ölçümleri alınan hastalardan elde edilen sonuçlara göre, ilk 6 haftada iki gruptaki iyileşme düzeyi arasında bir fark yokken 6 haftadan sonra SÇT grubundaki kişilerde daha büyük bir oranda iyileşme görülmüştür.

Yaşlılarla yapılan bir diğer çalışma ise birinci basamak sağlık hizmetine başvuran depresyon ya da distimi tanısı almış 60 yaş ya da üzeri 433 hasta, sorun çözme terapisi ve spesifik herhangi bir psikoterapi içermeyen, daha çok danışma hizmetinin yer aldığı ve genel tedavi paketinin içinde sunulan toplum-temelli terapi olarak iki gruba atanmışlardır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, birinci basamak sorun çözme terapisi alan grubun 12. ay ve 24. ayda alınan depresyon ölçümlerinde toplum temelli terapi grubuna göre daha büyük oranda bir iyileşme bulgulanmıştır. Bu sonuçlar SÇT'nin ileri yaşlarda görülen depresyonun birinci basamak hizmetinde uygulanabilecek etkili bir tedavi olduğunu göstermektedir (Arean ve ark 2008).

Gellis ve Kenaley (2008) SÇT'nin yetişkinlerde görülen depresyon üzerindeki etkisini araştıran 22 çalışmayı incelemiş ve sonuçlara göre çalışmalar arasında yöntembilimsel bir takım farklılıkların olduğu görülse de, SÇT'nin depresyonu tedavi etmede etkili bir yöntem olduğunu kanıtlayan bulgulara dikkat çekmişlerdir. Ayrıca yazarlar SÇT ve farmakoterapinin birlikte uygulanmasının, yalnız başına SÇT'den daha iyi sonuç verdiğini bildirmişlerdir.

Chen ve ark (2006)'nın yaptıkları bir çalışmada bilişsel-davranışçı terapilerin depresyonu iyileştirmekte etkili bir yol olduğunu vurgulamakla birlikte, BDT'nin depresyonu azaltmadaki mekanizmasının hala çok anlaşılır olmadığını bildirmişlerdir. Söz konusu mekanizmanın anlaşılabilmesi için kişinin sahip olduğu sorun çözme becerisi üzerinde durmuşlardır. Araştırmacılar grup formatında 30 depresyonlu hastaya BDT uygulamışlar ve elde ettikleri sonuçlara göre hastaların sorun çözme becerilerinin gelişmesi ile depresyonlarının azaldığını bulgulamışlardır. Böylece bulgular araştırmacıların sorun çözme becerisinin BDT ve depresyon arasında aracı bir role sahip olduğu varsayımını doğrulamıştır.

Becker-Weidman ve ark (2010) çocuk ve ergenler arasında sorun çözmenin hangi boyutunun depresyon ve intiharla daha çok ilişkili olabileceğini araştıran çalışmalarında 439 depresyonlu ergene 12 hafta boyunca BDT uygulamışlardır. Tedavi öncesinde ve sonrasında alınan ölçüm sonuçlarına göre, kaçınan ve dürtüsel dikkatsiz sorun çözme

tarzlarının intiharı yordadığı bulunurken, olumlu ve olumsuz sorun çözüme tarzlarının ise tedavi sonuçları üzerinde aracı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir.

SÇT'nin etkililiğini konu edinen araştırmaları değerlendiren meta-analiz çalışmaları da bulunmaktadır. Cuijpers ve ark (2007)'ın yaptığı çalışmada 13 bilimsel çalışma incelenmiş, sonuçlara göre SÇT'nin depresyonu tedavi etmede etkili bir yöntem olabileceğini ancak daha fazla kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir. 21 birbirinden bağımsız çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasına göre, problem çözme terapisi depresif belirtileri azaltmada, diğer psikoteraplere ve medikal tedaviler ile eşit düzeyde etkililiğe sahip olduğu bulgulanırken, tedavi almayan ve destekleyici görüşmeler alan kontrol grubuna göre ise anlamlı derecede daha etkili olduğu sonucu elde edilmiştir (Bell ve D'Zurilla 2009). Yapılan bu iki meta-analiz çalışmasında depresyon için SÇT'nin orta etki büyüklüğüne sahip olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde bu alanda yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlardan Eskin ve ark (2008) tarafından yapılan çalışmada, SCID-I'e göre depresyon tanısı alan lise ve üniversite öğrencileri için SÇT'nin etkili bir tedavi yöntemi olup olmadığı araştırılmıştır. Katılımcılardan 27 öğrenci SÇT grubuna, 19 öğrenci bekleme listesi kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Beck Depresyon Envanteri ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği sonuçlarına göre terapi grubundaki öğrencilerin anlamlı oranda bir iyileşme bulgulanmış, bekleme listesine alınan öğrencilerin tedavi öncesi ve sonrası ölçümlerinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bir yıl sonra alınan ölçümler yine bu bulguları desteklemiştir.

Eskin ve ark (2012) tarafından yapılan sosyal sorun çözme eğitiminin ruhsal sıkıntıyı azaltmada etkili olup olmadığının araştırıldığı bir başka çalışmada ise, seçkisiz olarak atanmış üniversite hastanesinde çalışan 15 hemşireye sorun çözme eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrası alınan ölçümler hastaların depresyon, algılanan stres düzeyi ve olumsuz sorun yöneliminde eğitim öncesi ölçümlere göre anlamlı oranda bir düşüş bulgulanmıştır.20 kontrol grubu üyesinde ise böyle bir farklılık bulgulanmamıştır. 6 ay sonra alınan izlem ölçümlerinde de bu gelişmenin korunduğu görülmüştür.

Ülkemizde doktora tezi kapsamında yapılan birinci basamak sağlık hizmetinde kadınların sorun çözme becerilerindeki gelişmenin, depresif belirtiler üzerindeki etkisi araştırılmış, 76 kadın örneklem grubu kontrol ve deney grubuna seçkisiz olarak atanmıştır.

8 oturum süren sorun çözme eğitim programını alan grup ile 2 oturumdan oluşan kontrol grubundaki kişilerin kabul anındaki ölçümleri, 3. ve 6. aydaki izlem ölçümleri karşılaştırılmıştır. Deney grubunda yer alan kişilerin depresyon ve sorun çözme düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde iyileşme bulunduğu bildirilmiştir (Kelleci 2003)

Küçük (2006)'ün doktora tez kapsamında yaptığı çalışmada ise diyaliz hastalarına sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulamış, 30'ar kişiden oluşan deney ve kontrol gruplarının yer aldığı araştırmada programın sorun çözme becerisi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi araştırmıştır. Sonuçlara göre deney grubunun kontrol grubuna göre, depresyon ve anksiyete düzeyinin sorun çözme becerileri geliştikçe azaldığı ve stresle baş etmede daha etkili yollar geliştirdikleri bulgulanmıştır.

Depresyon, yukarıda bildirilen araştırma sonuçlarının gösterdiği üzere tüm dünyada yaygınlık ve sıklık oranları en yüksek ruhsal bozukluklardan biridir. Ülkemizde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi (2004)'ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi kapsamında en fazla yeti yitimi yaratan hastalık olarak tek uçlu depresif hastalık saptanırken, yine üretken çağ olan 15-59 yaş aralığında tek uçlu depresif hastalık ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında sakatlıkla kaybedilen yaşam yılının hesaplandığı çalışmada ise depresyon %4.4 ile dördüncü sırada yer alırken, ölümcül olmayan yetiyitimi nedenleri arasında %12 ile ilk sırada olduğu bulgulanmıştır (Üstün ve ark 2004).

Şüphesiz ki depresyonla gelişen intihar olayları depresyonun en önemli klinik görüntüsünden biri olarak görülebilir. Depresif hastaların yaklaşık olarak üçte ikisinde intihar düşüncesi olduğu ve intihar sonucu ölüm oranının ise %10-15 olduğu bildirmektedir (Göğüş 2000). Ateşçi ve ark (2002)'nin yaptığı çalışmada bir yıl boyunca intihar girişimi ile acil servise başvuran 60 hastanın eksen I tanıları değerlendirilmiş ve hastaların %46.6'sının depresif bozukluklardan birini karşıladığı bulgulanmıştır. Özgüven ve ark (2003) tarafından yapılan bir çalışmada ise intihar girişimi olan kriz vakası, intihar girişimi olmayan kriz vakası ve herhangi bir psikolojik yakınması olmayan kişilerin oluşturduğu üç grup üzerinde sorun çözme becerisi, depresyon ve intihar değişkenleri incelenmiştir. Bulgular intihar girişimi bulunmayan depresyon vakalarının intihar girişimi olanlara göre anlamlı derecede daha fazla sorun çözme becerilerine sahip olduğunu göstermiştir. Bu

sonuca göre, etkin sorun çözme becerisinin intiharı önlemede koruyucu bir rolü olduğu söylenebilir.

Depresyon ölümle sonuçlanan ciddi bir klinik tabloya dönüşebilecek yaygın bir ruhsal bozukluk olmasına rağmen araştırmalar hastaların medikal tedavilere gösterdiği uyumun düşük olduğu bildirmektedir. Ervatan ve ark (2003) depresyon hastaların tedaviye uyumunu doğal gözlem ile araştırmışlar, altı aylık izlem sonucunda elde edilen bulgular 97 hastanın 26 (%26.8)'sında tedaviye uyum göstermediğini ortaya koymuştur. Hastalar tedaviyi yarıda bırakma sebeplerini ise, tedaviden fayda görmeme, artık iyileşmiş olduklarını düşünme ve ilaçların yan etkileri olarak göstermişlerdir. Son yıllarda Japonya'da yapılan bir çalışmada ise bu oranın daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçlar 367 major depresyon hastasının sadece 161(%43.3)'nün altı ay boyunca tedaviyi sürdürdüğünü göstermekte, tedaviyi bırakan kişilerin ise çoğunun doktoruna danışmadan bunu gerçekleştirdiği bildirilmiştir (Sawada ve ark 2009).

Depresyonlu kişilerin medikal tedavilere uyumunun düşük olması tedavide çok yönlü bir yaklaşımın gerekliliğini akla getirmektedir. Psikoterapi özellikle kendilerini bir yaşam krizi içinde bulan ve kötü giden bir ilişki ya da tehlikeye girmiş bir kariyer gibi çözümlenmesine ve karara bağlanmasına ihtiyaç duyulan önemli durumlarda kişiye yardımcı olur. Antidepresan kullanımını içeren tıbbi tedavi ise daha çok kişinin varolan belirti ya da şikayetlerine dönük bir rahatlamaya yardımcı olması olarak gösterilebilir. Depresyonun eklettik bir yaklaşımla tedavi edilmesi bu anlamda önemlidir (Weissman ve ark 2007).

Sorun çözme terapisi yukarıda bildirilen çalışmalar ile depresyonun tedavisinde etkin bir yol olarak gösterilebilir. Ancak bu çalışmaların çoğunun yurt dışında gerçekleştirildiği ve ülkemizde az sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Ülkemizde gerçekleştirilmiş bu nadir çalışmaların ise sekiz seansa dayalı ve bireysel olarak uygulanan etkililik çalışmaları olduğunun bilinmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı sorun çözme terapisinin depresyondaki kişilere daha kısa sürede ve grup formatında bir eğitim programı olarak sunulduğunda depresyonu tedavi etmede fayda sağlayıp sağlayamadığının araştırılmasıdır. Müdehalenin daha kısa sürede ve grup formatında olması, kısa zamanda birçok kişiye ulaşmayı mümkün kıldığından hem zaman hem de maliyet açısından önem taşıdığı düşünülmüştür.

Araştırma ayrıca Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin alt ölçeklerini oluşturan tüm sorun çözme bileşenlerinin tek tek ele alınması olanağını sağlayacak olması bakımından da önemlidir. Bell ve D'Zurilla (2009)'nın yaptığı meta-analiz sonucunda sorun çözme terapisi depresyon tedavisinde etkili bir yöntem olarak bildirilirken, bazı çalışmaların depresyon belirtilerinin, sorun çözme bileşenlerinin spesifik olarak bazıları ile daha ilgili olabileceğini bildirdikleri vurgulamışlardır. Bu sebeple gelecekte sorun yönelim eğitiminin ve diğer dört sorun çözme becerisinin terapötik müdahaledeki önemini araştırılması gerektiğini bu konuda alanda eksiklikler olduğunu söylemişlerdir. Bu çalışma sorun çözme bileşenleri ile ilgili karşılaştırma sağlayacağından alana önemli katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Deseni bakımından araştırma etkililik çalışması olarak sınıflandırılmıştır. Seligman ve Kazdin'in 1990'lı yıllardaki araştırmalar ve değerlendirmeleri tanımlama ve sınıflandırma imkanı sunan görüşleri, bu tip çalışmaları etkinlik ve etkililik çalışmaları olarak ayırmıştır (Sundberg ve ark 2002). Planlanan bu çalışma, kontrol, bekleme grubu ya da her hangi bir başka terapi grubu ile karşılaştırılmaksızın belli sayıda gönüllülük esasına dayalı olarak alınan hastalarca yapılan gerçek yaşamla ilintili bir çalışma olduğundan ve uygulanan terapinin sonuçlarını değerlendirme hedefi taşıdığından etkililik çalışması olarak isimlendirilmiştir. Çalışma aynı zamanda Kazdin'in bildirdiği psikoterapi değerlendirme stratejilerinden de, sadece belli sayıdaki deney grubunun tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirmesini içerdiğinden süreç stratejisi kategorisine girmektedir (Sundberg ve ark 2002).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini 2011-2012 yıllarında Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve depresyon tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. 20 (%83.3) kadın ve 4 (%16.6) erkek hastadan (N=24) oluşan örneklem grubunun yaş aralığı en küçük 16, en büyük 58 olmak üzere, yaş ortalaması 38.12 (SS=10.55) olarak hesaplanmıştır.

Araştırma için gereken örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi yapılmış, $\alpha=0,005$ $\beta=0,20$ (Power=%80), minimum fark 10,7 (111.6 -100.9), standart sapma=18.8 (Eskin M ve ark 2008, Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults, Cogn Ther Res 32:227-245 makalesine göre) olacak şekilde en az 24 kişiye ihtiyaç olduğu bulunmuştur. Örneklem toplama, hedeflenen sayıya ulaşmaya dek sürmüş, kişiler gönüllülük esasına uygun şekilde araştırmaya dahil edilmişlerdir.

Hastaların seçimi bazı temel koşullar dikkate alınarak yapılmıştır. Hastaların araştırmaya alınma kriteri, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvurma ve SCID-I 'e göre depresif bozukluklardan herhangi birinden tanıyı karşılama, okuma yazma bilme ve bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalama olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya alınmama kriterleri ise, belirtilen alınma kriterlerini karşılamama ve buna ek olarak hastalarda öz-bildirim ölçeklerini kendi başına anlayıp doldurmasına engel oluşturacak düzeyde zeka geriliği veya psikotik bozukluğu olma ile delirium, demans, amnestik sendrom gibi bir kognitif bozukluk tanılarında birine sahip olma olarak oluşturulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen depresyon hastalarının 4'ünü (%16.7) daha önceden intihar girişimi olduğu bildirmiştir. Ayrıca araştırma sürecinde hastaların 20'sinde (%83.3) ilaç tedavisi aldığı bulgulanmış, araştırmanın herhangi bir döneminde serviste yatışı gerçekleşen hastaların 4'ünde (%16.7) de başka bir terapi türü olan grup terapisi almışlardır. Hastaların görüşme sonrasında karşıladıkları DSM IV TR'ye göre Eksen I depresyon tanıları ise, 10'u (%42) çifte depresyon, 7'si (%30) major depresyon-tek epizod, 3'ü (%13)

kronik major depresyon, 3'ü (%13) distimi, 1'i (%4) major depresyon-rekürren, şeklinde olmuştur.

Katılımcıların cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımları Çizelge 1'de gösterilmiştir.

Çizelge 1. Araştırmada yer alan katılımcıların cinsiyete göre medeni durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri (SED) ve eğitim düzeylerinin dağılımları

Değişkenler	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Medeni durum						
Bekar	4	16.6	1	4.1	5	20.8
Evli	9	37.5	3	12.5	12	50
Dul	2	8.3	-	-	2	8.3
Boşanmış	5	20.8	-	-	5	20.8
SED						
Kötü	2	8.3	-	-	2	8.3
Orta	14	58.3	2	8.3	16	66.6
İyi	4	16.6	2	8.3	6	25
Eğitim Düzeyi						
İlkokul	8	33.3	-	-	8	33.3
Ortaokul	1	4.1	1	4.1	2	8.3
Lise	4	16.6	-	-	4	16.6
Yüksekokul	1	4.1	1	4.1	2	8.3
Üniversite	5	20.8	2	8.3	7	29.1

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Sorun çözme eğitimi alan depresyon hastalarının depresyon ve anksiyete kabul puanının (1.ölçüm) eğitim öncesi puan (2.ölçüm) ile arasında fark yokken, eğitim sonrası puan (3. ölçüm) arasında fark vardır.

Hipotez 2: Sorun çözme eğitimi alan depresyon hastalarının depresyon ve anksiyete eğitim sonrası (3.ölçüm) puan ile izlem ölçümü (4.ölçüm) arasında fark yoktur.

Hipotez 3: Sorun çözme eğitimi alan depresyon hastalarının olumlu sorun yönelimi, olumsuz sorun yönelimi, akılcı sorun çözme tarzı, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme ve kaçınan sorun çözme tarzı kabul puanının (1.ölçüm) eğitim öncesi puan (2.ölçüm) ile arasında fark yokken, eğitim sonrası puan (3. ölçüm) ile arasında fark vardır.

Hipotez 4: Sorun çözüme eğitimi alan depresyon hastalarının olumlu sorun yönelimi, olumsuz sorun yönelimi, akılcı sorun çözüme tarzı, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözüme ve kaçınan sorun çözüme tarzı eğitim sonrası puanı (3.ölçüm) ile izlem puanı (4.ölçüm) arasında fark yoktur.

Hipotez 5: Sorun çözüme eğitimi alan depresyon hastalarının sosyal sorun çözüme kabul puanının (1.ölçüm) eğitim öncesi puan (2.ölçüm) ile arasında bir fark yokken, eğitim sonrası ile arasında fark vardır.

Hipotez 6: Sorun çözüme eğitimi alan depresyon hastalarının sosyal sorun çözüme eğitim sonrası puan (3.ölçüm) ile izlem puanı (4.ölçüm) arasında fark yoktur.

2.3. Veri Toplama Araçları

Onamı alınan hastalara SCID-I yarı yapılandırılmış görüşme ölçeği uygulanarak hastaların DSM-IV'e göre esken I tanıları belirlenmiştir. Hastaların depresif belirtilerini değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği, anksiyete düzeylerinin belirlenmesi için Beck Anksiyete Ölçeği ve sorun çözüme becerileri düzeylerinin değerlendirilmesi içinse Sosyal Sorun Çözüme Envanteri kullanılmıştır. Ayrıca medeni durum, eğitim düzeyi, aile yaşamı ve ekonomik düzeye ilişkin soruların yer aldığı Demografik Bilgi Formuna ek olarak hastaların uygulanan eğitim programına ilişkin düşüncelerinin değerlendirildiği Eğitim Değerlendirme Formu da uygulanmıştır.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleği, çalışma durumu, nerede ve kimle yaşadığı, eğitim düzeyi, ekonomik durumuna ilişkin bilgilerin edinildiği sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form Ek-3'de verilmiştir.

2.3.2. SCID-I / CV

DSM-IV eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş SCID-I yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırılması ile tanılarının geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir (First ve ark 2009).

SCID'in DSM-IV için düzenleme çalışmaları 1993 yılında başlamış ve gözden geçirmenin taslak uyarlaması, ilgili araştırmacılar tarafından 1994'te sahada test edilmiştir. SCID'in DSM-IV'e göre olan son hali 1996 yayımlanmıştır (First ve ark 2009).

SCID'in Klinik Versiyonu (SCID-CV) değerlendirmede standardizasyonu sağlanmanın bir yolu olarak, klinik değerlendirmede kullanılmak için geliştirildi. SCID-CV yalnızca klinik pratikte en yaygın görülen DSM-IV tanılarını içermekte, çoğu hastalıklar için tam tanı ölçütlerine yer verilirken, bazı hastalıklarda tam tanı ölçütleri yerine hastalıkların kısa tanımlanmasının sağlandığı özetlenmiş ölçütler bulunmaktadır. SCID-CV bir adet yeniden kullanılabilir Kullanım Kılavuzu (Uygulama Kitapçığı) ve bir adet bir kere kullanılabilen Puanlama Cetvelinden oluşmaktadır (First ve ark 2009). Türkçeye güvenirlik geçerliliği Çorapçoğlu ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır.

2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerinin derecesini ölçmek amacıyla 1961'de Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan öz bildirim türü bir ölçektir. Her madde depresyonun belirtilerine ilişkin bir belirti kategorisini yansıtmakta olup, maddeler azdan çoğa doğru ilerleyen, dört dereceli ve 0-3 arası puan alan kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yükselmesi, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir (Savaşır ve Şahin 1997).

Hisli'nin yaptığı çalışmaya göre ölçeğin güvenirliğine ilişkin sonuçlarına bakıldığında, test tekrar test güvenirliğine göre Miller ve Seligman, üç aylık ara ile güvenirlik katsayısını .74 olarak bulunurken, Beck çalışmasında iki yarım test güvenirliğine göre, güvenirlik katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır (Savaşır ve Şahin 1997). Geçerlilik çalışmalarına ilişkin olarak ise, batıda üniversite öğrencileri ile geçerliği üzerine yapılan çalışmalarda (kriter geçerliği, yordayıcı geçerlik vb.) geçerlik katsayılarının .65-.68 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin ölçüte dayalı geçerliği "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği" kriter olarak kullanıldığında, korelasyon katsayısı .75 olarak bulunmuştur (Savaşır ve Şahin 1997).

Ülkemizde de yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. 1980’de Tegin tarafından ilk Türkçe uyarlama özelliği taşıyan çalışmada, üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test ve test-tekrar test yöntemi ile, güvenilirlik katsayıları sırasıyla $r = .78$ ve $r = .65$ olarak belirlenmiştir (Şahin ve ark 2002). Ardından Hisli’nin 1988’de psikiyatrik örneklem üzerinde yapmış olduğu çalışmada MMPI-D skalası birlikte geçerlik kriteri olarak kullanılmış, iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı $r = .63$ olarak bulunmuştur (Şahin ve ark 2002). Aynı araştırmacı tarafından 1989’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışmada da, tek ve çift maddelerden oluşan iki yarım test korelasyonu $r = .74$, iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .80$ olarak verilmektedir (Şahin ve ark 2002). Hisli tarafından 1990’da 14-20 yaşları arasında 146 öğrenci üzerinde yapılan bir başka çalışmada da, BDE’nin test-tekrar test güvenilirliği $.73$ olarak belirtilmektedir. Ayrıca ölçeğin Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu $.58$ ($p < .001$), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile ise $.28$ ($p < .05$) olarak belirtilmektedir (Şahin ve ark 2002).

2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

1988’de Beck ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi ile depresyon ve anksiyetenin birbirinden ayırt edilmesi amacı ile kullanılmaktadır. 21 maddeden oluşan 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir (Aydemir ve Köroğlu 2009). Her madde için “Hiç”, “Hafif derecede”, “Orta derecede”, “Ciddi derecede” seçeneklerden uygun olanın seçilmesi istenir. Puan aralığı 0-63 tür. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı kaygının şiddetine işaret eder (Savaşır ve Şahin 1997).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ulusoy, Sahin ve Erkmen tarafından 1993 yılında yapılmıştır (Savaşır ve Şahin 1997). Ölçeğin orijinal formundaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı $.92$, test tekrar test güvenilirlik katsayıları $r = .75$ ve $r = .67$ düzeyinde olduğu belirtilirken, toplam 177 psikiyatrik hastadan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan Türkiye’deki çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı $.93$, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $.57$ olarak bildirilmiştir. Madde toplam puan korelasyon katsayıları ise $.45$ ile $.72$ arasında değişmektedir. Ölçeğin Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu $.41$, Beck Umutsuzluk Ölçeği ile $.34$, Beck Depresyon Envanteri ile $.46$, Durumluk Kaygı Envanteri ile $.45$, Sürekli Kaygı Envanteri ile $.53$ olarak bulunmuştur

2.3.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri

D’Zurilla ve Maydeu-Olivares tarafından 1995 ve 1996 yıllarında oluşturulan ve D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares tarafından 2002’de son revizyonu yapılan sosyal sorun çözme envanteri (SSÇE-G), 5 basamaklı Likert tipi 52 maddeden oluşmaktadır (Eskin ve Aycan 2008). Envanterde, sosyal sorun çözme sürecinin farklı yönlerini değerlendiren beş alt ölçek bulunmaktadır:

- (1) Olumlu sorun yönelimi (OSY, 5 madde),
- (2) Negatif sorun yönelimi (NSY, 10 madde),
- (3) Akılcı sorun çözme tarzı (ASÇT, 20 madde),
- (4) Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı (DDSÇT, 10 madde) ve
- (5) Kaçınan sorun çözme tarzı (KSÇT, 7 madde).

Yirmi beş maddelik SSÇE-G’nin kısa formu (SSÇE-G-K) ise söz konusu alt ölçeklerin her birinin beş maddeye indirilmesi ile oluşturulmuştur. SSÇE-G’nin uzun formu için ölçek puanları 0 ile madde sayısının 4 katı arasında değişmekteyken, kısa formu için 0 ile 20 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar daha iyi problem çözme yeteneğine işaret etmektedir. D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares özgün SSÇE-G’nin, sosyal sorun çözme yapısını ölçmede yüksek düzeyde uygun olduğu ve yeterli düzeyde psikometrik özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir (Eskin ve Aycan, 2008). Bu araştırmada ölçeğin uzun formu kullanılmıştır.

Hem kısa hem uzun formunun Türkçeye uyarlaması Eskin ve Aycan (2008) tarafından yapılan ölçeğin, iç tutarlık katsayıları .62 ile .92 arasında, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise .60 ile .84 arasında değiştiği bulunmuştur. Uzun ve kısa SSÇE-G ölçek puanları birbirleri ile istatistiksel ve kuramsal olarak anlamlı yönde bağıntı göstermektedir. SSÇE-G ölçekleri ve Problem Çözme Envanteri’nin (PÇE) boyutları arasındaki bağıntı katsayılarını hesaplandığında, hem uzun hem de kısa SSÇE-G ölçekleri PÇE puanlarıyla anlamlı düzeyde ve beklenen yönde bağıntı katsayısına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca uzun ve kısa SSÇE-G ölçekleri ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Kişiler Arası Davranış Ölçeği (KADÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) arasındaki bağıntı katsayıları

da hesaplanmıştır. SSÇE-G'nin pozitif boyutları olan Olumlu Sorun Yönelimi ve Akılcı Sorun Çözme Tarzı ölçek puanları, BDE, BUÖ ve İÖÖ puanları ile negatif yönde bağıntı katsayısı gösterirken KADÖ, RBSÖ ve not ortalaması ile pozitif yönde bağıntı göstermektedir. SSÇE-G'nin üç negatif boyutu olan NSY, DDSÇT ve KSÇT ölçek puanları, BDE, BUÖ ve İÖÖ puanları ile pozitif yönde bağıntı katsayısına sahipken KADÖ, RBSÖ ve not ortalaması ile negatif yönde bağıntıya sahiptir.

2.3.6. Eğitim Değerlendirme Formu

Eskin tarafından 2008'de geliştirilen bu form, katılımcıların aldıkları eğitimi değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Hastaların uygulanan eğitimin beklentilerine uyup uymadığı, eğitimi faydalı bulup bulmadıkları ya da bir başka arkadaşına tavsiye edip etmeyeceklerine ilişkin 7 madde bulunmaktadır. Katılımcıların soruları 5'li Likert tipi ile "tamamen katılıyorum (1)" ve "hiç katılmıyorum (5)" arasında puanlamaları istenir. En yüksek puan 35 iken en düşük 7 olarak hesaplanan formda 2,5 ve 7. sorular ters olarak kodlanmıştır. Formun 6 maddesinin kullanıldığı Eskin ve ark (2012)'nin çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 0.73 olarak bildirilmiştir.

2.4. İşlem

2.4.1. Değerlendirme Görüşmesi ve İlk Ölçümlerin Alınması

Araştırmanın uygulama aşamasından önce Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi dekanlığından etik kurul onayı alınmıştır. (Protokol No: 2011/35) Hasta örneklem grubu Temmuz 2011- Aralık 2011 tarihleri arasında ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasından toplanmıştır. Hastaların araştırmacıya yönlendirilmesi, hastaları ruhsal muayeneye alan sorumlu asistan doktorlar tarafından yapılmıştır. Hastaların görüşmesinin ardından depresif belirtileri olan ve katılım kriterlerini karşılayan hastalara bu tür bir psikoeğitim olanaklarının olduğu söylenmiş, söz konusu eğitimle ilgilendiğini bildiren hastalar araştırmacıya yönlendirilmiştir.

Randevu verilen hastalar değerlendirme için görüşmeye alındıklarında, ilk olarak araştırmanın amacı açıklanmış, nasıl bir uygulama yapılacağı, araştırmanın ne kadar süreceği, katılımcıların sorumluluklarının neler olduğu gibi konularda bilgilendirme yapılmıştır. Ardından sözlü onayı alınan hastaların yazılı bilgilendirilmiş onam belgeleri imzalatılmıştır. Devamında hastaya SCID-I yarı yapılandırılmış test görüşmesi

uygulanarak, hastanın karşıladığı tanılar saptanmıştır. Depresif bozukluklardan herhangi bir tanıyı karşılayan hastalar eğitim grubu listesine eklenmiştir. Görüşmenin ardından olgunun şikayetlerinin özelliğini ve yoğunluğunu ölçmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile soruna yönelim ve sorun çözme tarzına ilişkin bilgi alabilmek için SSÇE-G özbildirim ölçeklerinin doldurulması istenmiş ve ilk ölçümleri alınmıştır. Olgudan alınan tüm verilerin ardından olgunun 2-3 aylık bir beklemeden sonra eğitim için kendisine haber verileceği söylenip ön görüşme tamamlanmıştır. Hasta değerlendirme işlemi ilk üç grubun eğitim süreci boyunca devam etmiştir.

Araştırmanın toplamda 52 hastaya duyurulduğu tespit edilmiş, 50'sinin katılabileceğini bildirmesine rağmen sadece 35'inin ön görüşmeye geldiği görülmüştür. Görüşmesi yapılan hastaların eğitim için çağrıldıklarında, 2'sine ulaşılamamış 7'si ise çeşitli sebeplerle gelemeyeceğini veya vazgeçtiğini bildirmiştir. 26 hasta ise eğitimin ilk seansına katılmış ancak bunlardan 2'si ilk seanstan sonra eğitimi bıraktığını bildirmiştir. 24 hasta eğitim sürecini 4 grup olarak tamamlamıştır. Hastalar 2 ile 5 ay arasında (ortalama 4 ay) değişen bir bekleme sürecinden sonra eğitim gruplarına alınmıştır. Her eğitim grubu 4 seans (4 hafta) sürmüştür, gruplar ard arda (ortalama 3 haftalık aralar ile) eğitime alınmışlardır. Hastaların izlem ölçümleri ise 4 ile 8 ay (ortalama 6 ay) arasında tamamlanmıştır.

2.4.2. Sorun Çözme Eğitiminin Uygulanması

2.4.2.1. Sorun Çözme Eğitimi

Eğitimin verilebilmesi için öncelikle, hastaların grup devamlılığının uzun süre korunmasında zorluklar yaşanabileceği düşünülmüş ve nitekim araştırmanın daha çok psikoeğitim temellerine dayanacağı göz önüne alındığında Sorun Çözme Terapisi'nin sekiz haftalık rutin süreci, bu eğitim programı için dört seansa (4x2=8 saat) dönüştürülmüştür. Genel terapi sürecindeki hiçbir basamak atlanılmadan, yoğunlaştırılmış olarak verilmesi hedeflenmiştir. Eğitim programının yapısını genel olarak,

- 1) Eğitim basamaklarının slaytlar aracılığı ile anlatılması,
- 2) Araştırmacı tarafından kurgulanmış bir olgu örneği üzerinden basamakların somutlaştırılması ve gündemin olgu üzerinde çalışılması (Ek-4)

- 3) Her hafta gündem olan basamağın, hastaların kendi sorunları üzerinde ev ödevi olarak çalışılması ve bir sonraki seansta deneyimlerin paylaşılması olarak oluşturulmuştur.

Oturumun içeriğini ise Sorun Çözme Terapisi'nin sekiz basamağının sırayla işlenmesi oluşturulmuştur.

- 1. Oturum:** İlk oturumun içeriğini Sorun Çözme Terapisi'nin ilk iki basamağı olan “değerlendirme ve bilgilendirme” ile “soruna yönelim” oluşturmuştur. Eğitime gelen hastalara öncelikle Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Sosyal Sorun Çözme Envanteri verilerek eğitim öncesi (2.ölçüm) ölçümleri alınmış, ardından ilk seans olması nedeniyle araştırmacı ve hastalar kısaca kendilerini tanıtmışlardır. Değerlendirme ve tanışmadan sonra hastaların eğitimle ilgili beklentileri alınmıştır. Ardından eğitim hakkında bilgilendirme aşamasına geçilmiş, slaytlar aracılığı ile eğitimin yapısı, içeriği ve amaçları açıklanmıştır. Bilgilendirme aşamasına ek olarak gizlilik ilkelerine uygun şekilde araştırmacı ve hastalar tarafından eğitimdeki paylaşımların eğitim dışına taşınmaması için söz birliği sağlanmıştır. Ancak terapistin hastaların kendilerine veya çevrelerine zarar verme ihtimalinin bulunması, durumlarının ağırlaşması halinde psikiyatri bölümü tedavi ekibine yönlendirilebileceği açıklanmış ve onay alınmıştır.

Tüm bu işlemlerden sonra “şikayet”, “sorun”, “sorun çözme”, “çözüm” gibi eğitimin temelini oluşturan ana kavramlar ve sorun çözme ile depresyon arasındaki ilişki açıklanmış, ardından “soruna yönelim” eğitimine geçilmiştir. Bu basamaktaki temel kuram ve önemli olan kavramlar hastaların katılımı ve etkileşimi desteklenerek resimler ve kurgu olgu üzerindeki uygulamalar ile açıklanmıştır. Hastalar için bu basamaktaki hedef bir sorunla karşılaştıklarında ne düşünüp, ne hissettikleri ile nasıl davrandıklarına ilişkin farkındalık kazandırmak olmuş ve bu anlamda olumlu sorun yönelimi kazandırılmaya çalışılmıştır. Bir sonraki hafta paylaşılacak üzere hastaların bir sorunla karşılaştıklarında kendi davranışları ile ilgili gözlem yapmaları ve kendi sorun yönelimleri ve sorun çözme tarzlarını belirlemeye çalışmaları ev ödevi olarak verilmiştir.

- 2. Oturum:** Eğitimin yapısını öncelikle geçen hafta öğrenilenleri hatırlama ile ardından verilen ev-ödevinin kontrolü oluşturmuş, sonra ikinci haftanın gündemine

geçilmiştir. İkinci oturumun gündemini Sorun Çözme Terapisi'nin “Sorunu Tanımlama” ve “Hedef Belirleme” olan üçüncü ve dördüncü basamakları oluşturmuştur.

Slaytlar aracılığı ile hastalara sorunu tanımlama ve hedefi belirleme başağında yer alan kavramlar açıklanmış, işlemler sırasında dikkat etmeleri gereken noktalar hakkında bilgilendirme yapılmış ve basamağı gerçekleştirebilmeleri için onlara yardım edecek yöntemler öğretilmiştir. Sorun tanımlama basamağında hastaların şikayetlerinin altında yatan sorunları gerçekçi bir nedensellik ilişkisi içinde, doğru kaynak göstermeler ile tarif edebilmeleri hedeflenmiş bunun için, kurgu olgu üzerinde uygulama yaptırılmıştır. Tahta üzerinde çalışılan basamakta, kurgu olgunun sorunları tespit edildikçe tanımlamalar istenmiş ve kurgu olgunun bir sorun listesi oluşmuştur. Ardından üzerinde çalışılması gerektiğı düşünölen en önemli sorunun belirlenmesi için sorun üzerinde çalışılmaya başlanmıştır. Hedef belirleme basamağında ise “duygu odaklı” ve “sorun odaklı” hedef ayrımı açıklandıktan sonra, uygulama yapmak üzere kurgu olguya hedef belirlenmiştir. Tüm bu işlemlerin ardından hastalara bir sonraki oturuma kadar kendi sorunlarını belirlemeleri, puanlayıp içlerinden birini seçerek hedef oluşturmaları ödevi verilmiştir.

3. Oturum: Oturumun gündemini “olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi”, “uygun çözüm seçeneğinin seçilmesi” ve “seçilen çözümün uygulanması” basamakları oluşturmuştur.

Gündeme geçilmeden önce bir önceki seansta işlenen konular hatırlanmış, üyeler yapılan ev ödevlerinin diğeri ile paylaşılması ve geri bildirimler yapılması için desteklenmiştir. Gündem, basamakların slaytlar aracılığıyla teorik olarak tanıtılması ile başlamıştır. Ardından kurgu olgunun belirlenen sorunu için olabildiğince çok sayıda çözüm seçenekleri üretilmiş, seçenekler “sorunu çözebilmesi” “hedefle uyumu” “uygulanabilirliğı” ve “kabul edilebilirliğı” kriterlerine göre puanlanarak en uygun olanı belirlenmiştir. En yüksek puanı alan çözüm seçildikten sonra, hastaların kurgu olgunun çözüm seçeneğini uygulaması ve uygulamaması durumunda hayatında iyi veya kötü neler olabileceğı tartışmaları istenmiştir. Hastaların uygulama aşamasında zorlanmaları durumunda bu

değerlendirme ile cesaret ve kararlılıklarını sürdürebilmeleri hedeflenmiştir. Hastalara kendi hayatlarında belirledikleri soruna ilişkin çözüm seçenekleri üretmeleri ve en uygun olanını seçmeleri ev ödevi olarak verilmiştir. Hastaların seçilen bu çözümü uygulamaları ve sonuçlarını sonraki oturumda değerlendirmeleri istenmiştir.

4. Oturum: Son oturumun gündemini “değerlendirme” başmağı oluşturmuştur. Bu basamakta hem hastaların sorunlarına ilişkin geliştirdikleri çözüm ve uygulamaların hem de tüm eğitim sürecinin genel değerlendirilmesi yapılmıştır. Son işlenen gündem üzerinde hatırlama yapıldıktan sonra ev ödevlerine geçilmiş, grup her üyenin kendisi için oluşturduğu çözüm listesi ve belirlediği çözüm seçeneğini dinlemiştir. Uygulama aşamasını tamamlayan hastalar uygulamanın sonuçları hakkında değerlendirme yaparak başarıya ulaşıp ulaşmadıkları tartışılmıştır. Uygulamaya geçemeyen hastalar ve uygulama sonucunda başarısız olan hastaların ise bu süreçte hangi basamakta sorun yaşamış olabileceği düşünülmüş, o basamaktan tekrar başlamaları sağlanmıştır. Son olarak eğitim sürecinin genel değerlendirmesi yapılmış, hastalardan hem kendi yaşamları hakkında hem de eğitim programı hakkında geri bildirimler alınmıştır. Hastaların eğitim sonrası (3.ölçüm) ölçümleri alınarak eğitim tamamlanmıştır.

Eğitimin görsel anlamda zenginleştirilebilmesi adına ilk üç oturum için gündeme ilişkin slaytlar hazırlanmıştır. Slaytlarda genel olarak temel başlıklar ve önemli kavramlara yer verilirken, konunun yorumlanabileceği çeşitli resimler ile zenginleştirilmiştir.

Üzerinde durulan basamağın daha kolay anlaşılabilmesi ve öğrenilenlerin gündelik yaşamda etkin bir şekilde kullanılabilmesi için eğitimde yer alan soyut kavramların somut örnekler kullanılarak açıklanmasının önemli olduğu düşünülmüş, bunun için araştırmacı tarafından hayali olarak bir olgu örneği oluşturulmuştur. Söz konusu olgu kahramanı, araştırmaya dahil edilen depresyon hastaları gibi benzer şikayetlere ve bir takım kişisel ve kişilerarası sorunlara sahip bir bayan hasta olarak kurgulanmıştır. Örnek olgu metninde kahramanın sahip olduğu şikayetler, sorunlar, soruna yönelim, sorun çözme tarzı gibi özelliklerin hepsi örtük olarak verilmiş, hastaların kahraman hakkında düşünüp, değerlendirme yapabilmeleri hedeflenmiştir. Hastalar ilk seansın sonunda örnek olgu ile

tüm metni sesli olarak okuyarak tanışmışlar ve o seansın gündemi işlendikten sonra olguya dönülerek uygulama yapılmıştır.

Ayrıca her hastaya araştırmacılar tarafından Prof. Dr. Mehmet Eskin 'e ait olan Sorunlarımı Çözebilirim, Danışan İçin Elkitabı (Eskin 2010) sağlanmış, kitap ilk seansta hastalara dağıtılmıştır. Böylece sorun çözme basamaklarını anlatan ve hastaların uygulamalarını not alması için çeşitli çizelgelere yer veren kitap aracılığı ile o haftanın gündeminin evde tekrar edilmesi ve gündeme ilişkin çizelgelerin doldurulması gibi ev ödevleri verilmiştir.

Dört seans boyunca grupla birlikte eğitime devam etmenin şikayetlerin azalması ve iyileşme üzerinde önemli rol oynadığı açıklanmış ancak hastaların herhangi bir seansa katılamama durumlarında araştırmacı ile görüştüğünden sonra, o seansın tekrarının işlendiği bir ek-eğitim seansından faydalanabilecekleri ve bunun için randevu almaları gerektiği açıklanmıştır.

2.4.2.2. Eğitim Grupları

Değerlendirmesi yapılan hastalardan 2'sine ulaşamamış ve 6 kişi eğitime katılacaklarını bildirmelerine rağmen eğitim için telefonla çağrıldıklarında şehir dışında olma, yeni bir işe başlama ve yoğun olma, maddi olanaksızlıklardan dolayı eğitime katılmanın kendilerini zorlaması gibi sebeplerle eğitime katılmaktan vazgeçmişlerdir.

- 1. Grup:** 18 kişinin değerlendirmesi yapıldıktan sonra her biri ilk grup için çağrılmaya başlanmış, 10 hasta bildirilen tarihte eğitime katılacağını söylemiştir. Ancak sadece 9 hasta ilk seansa gelmiş, bunlardan 1 kişi ise grup ortamından sıkıldığını söyleyerek ilk seanstan sonra katılmak istememiş ve gruptan ayrılmıştır. İlk grup 8 kişi ile tamamlanmış, bunlardan 5 kişi hem 3. hem de 4. seansa katılmamışlardır. Eğitime katılmayan 5 kişi ek eğitim randevusu almak istemiş, 5 hasta 2, 2 ve 1 kişi olmak üzere 3 farklı randevu ile 3. oturumu tamamlamışlardır. Ancak bunlardan 2 hasta 4. Oturuma katılamayacağını bildirmiş eğitim sonrası ölçümleri 3. oturumun sonunda alınmıştır. Diğer 3 hasta 4. oturuma 2 ve 1 kişi olarak iki farklı ek eğitim saatinde eğitim sürecini tamamlamışlardır. Özetle 1. Gruba katılan 9 hastadan düzenli olarak her hafta eğitime katılan 3 kişi olmuş, kalan kişilerden 5'i ek eğitim seansları ile eğitimi tamamlamışlardır. Eğitimin ilk

oturumu 2 saat 20 dakika, ikici oturum 2 saat 10 dakika, üçüncü oturum 2 saat 15 dakika ve son oturum 1 saat 45 dakika sürmüştür.

- 2. Grup:** İkinci eğitim grubu için 8 hasta eğitime katılacağını bildirmiştir. Ancak ilk gün sadece 5 hasta eğitime gelmiş, bunlardan 1 kişi ilk seanstan sonra yoğun olduğunu bildirerek eğitimden çekilmiştir. 2. eğitim grubu 4 kişi ile tamamlanmış bunlardan iki hasta 3. eğitim seansına katılamamış ve ek-eğitim randevusu almışlardır. Son eğitim seansına tüm grup üyeleri katılmıştır. Eğitimin ilk oturumu 2 saat 15 dakika, ikici ve üçüncü oturum 2 saat ve son oturum 1 saat 50 dakika sürmüştür.
- 3. Grup:** Araştırmaya alınan ancak diğer grup tarihlerinde uygun olmayan ve sonraki gruplara katılabileceğini söyleyen hastalar ile yeni dahil edilen hastalara ulaşılmış, 8 hasta eğitime katılacağını bildirmiştir. Ancak ilk seansa sadece 5 hasta gelmiştir. İlk iki hafta boyunca her hastanın geldiği eğitim sürecinde 3 hasta 3. hafta gelmemiş, söz konusu 2 hasta birlikte 3. seansın ek eğitimini almışlardır. Gelmeyen diğer hasta, 3. seansın gündemini almadan dördüncü hafta gruba katılmıştır. Eğitimin ilk oturumu 2 saat 10 dakika, ikici oturum 2 saat, üçüncü oturum 1 saat 50 dakika ve son oturum 1 saat 45 dakika sürmüştür.
- 4. Grup:** Araştırmanın başlangıcında 3 grupta 24 kişinin toplanması planlanmış ancak sadece 17 kişiye ulaşıldığı için ihtiyaç duyulan 7 kişi için 4. bir grup yapılmıştır. Gruba kesin katılacağını bildiren 7 kişi ile eğitime başlanmış ancak bunlardan 1 hasta ilk gruptan sonra diğer tüm eğitim seanslarını ek-eğitim seansı ile bireysel olarak almıştır. Diğer tüm hastalar her hafta eğitime düzenli olarak katılmış ve eğitim grubu 7 kişi ile tamamlanmıştır. Eğitimin ilk oturumu 2 saat 15 dakika, ikici oturum ve üçüncü oturum 2 saat ve son oturum 1 saat 50 dakika sürmüştür.

Eğitim seansları ortalama 2 saat sürmüş, en uzununu 2 saat 20 dakika en kısası 1 saat 45 dakika olup, genel olarak ilk seansın diğerlerine göre daha uzun sürdüğü görülmüştür. Bunun nedeninin eğitiminin genel yapısının anlaşılması ve grubun tanışması adına ısınma seansı da olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür. Eğitim seansı boyunca ara

verilmeyeceği ancak herhangi bir talep olursa grup kararı ile ara verilip tekrar devam edilebileceği söylenmiştir. Ancak ara talep eden bir grup olmamıştır.

2.4.3. İzlem Ölçümlerinin Alınması

Eğitim bitiminde hastalara durumlarının takibi için 3-4 ay sonra tekrar bir ölçüm alınacağı bildirilmiş, hastalar grup sırasına göre çağrılmaya başlanmıştır. Ancak şehir dışında bulunma, yoğun olma ve sağlık sorunları gibi nedenlerle izlem ölçümleri 4 ile 8 ay arasında (ortama 6 ayda) tamamlanmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın grup içi değişkenlerini Depresyon Düzeyi, Kaygı Düzeyi ve Sorun Çözme Becerisi oluşturmaktadır. Mevcut araştırmanın amaçları doğrultusunda elde edilen verilerin analizinde 2 farklı analiz izlenmiştir. İlk analizde uygulanan Sorun Çözme Eğitimi'nin araştırmanın örneklemini olan depresyon hastalarının depresyon, kaygı ve sorun çözme becerilerinde herhangi bir etki yaratıp yaratmadığının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. İkinci analiz ise depresyon ve anksiyete düzeyindeki değişimin nedenini eğitim ile gelişen sorun çözme becerisi ile açıklanıp açıklanmayacağını değerlendirmesi için yapılmıştır.

İlk analizde Sorun Çözme Eğitimi uygulanan katılımcıların verilen eğitim sonunda depresyon, anksiyete ile sorun çözme beceri düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek için 8 adet Tekrarlı Ölçümler için Varyans Analizi (Repeated Measures ANOVA) yapılmıştır. Diğer analizde ise depresyon ve anksiyete puanları ile sorun çözme toplam puanlar arasındaki nedensel etkiyi araştırmak için ise 2 adet Cross-Lagged Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Bunun öncesinde araştırma sonucunda elde edilen verilere gerekli analizlerin yapılması için, analizlere ait varsayımlar test edilerek verilerin analize uygun olup olmadıkları incelenmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak, her bir grup içi değişkenin 4 farklı ölçümü için normal dağılım gösterip göstermedikleri değerlendirilmiştir. Bu nedenle, aşırı değerlerin olup olmadığını belirlemek için Box Plot'lar, histogram, normal dağılım eğrileri ve Kolmogorov – Smirnov analizinden yararlanılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda grup içi değişkenlerden alınan puanların normal dağılım gösterdikleri görülmüştür. Tekrarlı Ölçümler için Varyans Analizi için geçerli olan Küresellik varsayımına

bakıldığında, depresyon, kaygı ve sorun çözme becerisi değişkenleri için küresellik varsayımının sağlandığı görülmüştür. Gerekli varsayımların karşılandıkları görüldükten sonra analiz aşamasına geçilmiştir.

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizlerinde “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 17.0) paket programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Depresyon, Anksiyete ve Sosyal Sorun Çözme Beceri Düzeylerine İlişkin Karşılaştırmalar

Yapılan Tekrarlı Ölçümler için Varyans Analizleri (Repeated Measures ANOVA) sonuçlarına göre, depresyon, anksiyete, sosyal sorun çözme envanterinden alınan toplam puan, olumsuz sorun yönelimi ve dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzları düzeyinin uygulanan eğitime göre değişiklik gösterdiği görülmüştür. Öte yandan olumlu sorun yönelimi, akılcı sorun çözme tarzı ve kaçınan sorun çözme tarzı düzeyinin uygulanan eğitime göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak herhangi bir değişiklik göstermediği görülmüştür.

Dört farklı ölçüm zamanında elde edilen depresyon, anksiyete ve sorun çözme becerileri puanlarına ait ortalama, standart sapma değerleri ve ANOVA sonuçları Çizelge 2'de gösterilmiştir.

Çizelge 2: Katılımcıların kabul, eğitimin öncesi, eğitim sonrası ve izlem ölçümüne göre depresyon, kaygı ve sorun çözme becerileri düzeylerine ait ortalama, standart sapma değerleri ve ANOVA sonuçları

	Kabul Ölçümü (1)		Eğitim Öncesi (2)		Eğitim Sonrası (3)		İzlem Ölçümü (4)		F	p=	η ²
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Depresyon (BDÖ)	26.54	10.31	22.42	10.16	10.54	8.04	13.25	11.25	30.37	.000	.57
Anksiyete (BAÖ)	29.79	11.52	24.5	12.35	14.08	8.83	18.71	12.11	17.44	.000	.43
SSÇE-G toplam puan	10.35	2.74	11.03	2.78	12.16	2.86	12.57	2.89	11.06	.000	.33
Olumlu sorun yönelimi	14.75	3.58	15.21	3.16	16.96	3.57	16.75	4.48	3.33	.050	.13
Olumsuz sorun yönelimi	31.88	10.75	29.63	11.13	24.08	9.92	22.91	8.65	12.35	.000	.35
Akılcı sorun çözme tarzı	68.83	13.7	60.54	15.83	66.08	16.12	65.21	17.55	1.37	.258	.06
Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı	23.88	7.02	21.46	7.34	19.3	7.21	19.8	5.21	6.09	.001	.21
Kaçınan sorun çözme tarzı	15.54	6.41	13.5	4.63	15.42	7.27	12.88	4.13	3.37	.023	.13

Bonferroni düzeltmesi ile yapılan çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre,

Katılımcıların kabul ölçümlerindeki depresyon düzeyi ve eğitim öncesi depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Buna karşın, katılımcıların kabul ölçümündeki depresyon düzeyi, eğitim sonrası depresyon düzeyi ve izlem ölçümü depresyon düzeyinden anlamlı olarak ($p \leq .001$) daha yüksektir. Katılımcıların eğitim öncesi depresyon düzeyi de, eğitim sonrası depresyon düzeyi ve izlem ölçümü depresyon düzeyinden anlamlı olarak ($p \leq .001$) daha yüksektir. Eğitim sonrası depresyon düzeyi ve izlem ölçümü depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Katılımcıların kabul ölçümü kaygı düzeyi ve eğitim öncesi kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Buna karşın, katılımcıların kabul ölçümü kaygı düzeyi, eğitim sonrası kaygı düzeyinden anlamlı olarak ($p \leq .001$) ve izlem ölçümündeki kaygı düzeyinden anlamlı olarak ($p \leq .01$) daha yüksektir. Katılımcıların eğitim öncesi kaygı düzeyi de, eğitim sonrası kaygı düzeyinden anlamlı olarak ($p \leq .001$) daha yüksektir. Eğitim sonrası kaygı düzeyi ve izlem ölçümü kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Katılımcıların kabul ölçümü sosyal sorun çözme envanteri toplam puanları ve eğitim öncesi sosyal sorun çözme envanteri toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Katılımcıların kabul ölçümü sosyal sorun çözme envanteri toplam puanlarının, eğitim sonrası sosyal sorun çözme envanteri toplam puanlarından anlamlı olarak ($p \leq .01$) ve izlem ölçümü sosyal sorun çözme envanteri toplam puanlarından anlamlı olarak ($p \leq .001$) daha düşük olduğu görülmüştür. Aynı zamanda katılımcıların eğitim öncesi sosyal sorun çözme envanteri toplam puanlarının, izlem ölçümü sosyal sorun çözme envanteri toplam puanlarından anlamlı olarak ($p \leq .05$) daha düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim sonrası sosyal sorun çözme envanteri toplam puanları ve izlem ölçümü sosyal sorun çözme envanteri toplam puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

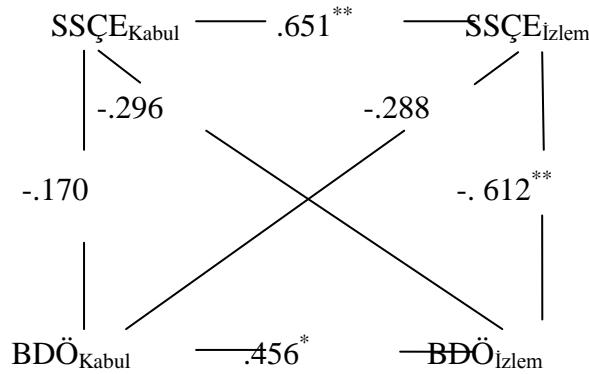
Katılımcıların kabul ölçümü olumsuz sorun yönelimi puanları ve eğitim öncesi olumsuz sorun yönelimi puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Buna karşın, katılımcıların kabul ölçümü olumsuz sorun yönelim puanları, eğitim sonrası olumsuz sorun yönelim puanlarından anlamlı olarak ($p \leq .01$) ve izlem ölçümü olumsuz sorun yönelim puanlarından anlamlı olarak ($p \leq .001$) daha yüksektir. Katılımcıların eğitim öncesi olumsuz sorun yönelim puanları ve eğitim sonrası olumsuz sorun yönelim puanları arasında anlamlı

bir fark görülmemiştir. Buna karşın, eğitim öncesi olumsuz sorun yönelim puanları, izlem ölçümündeki olumsuz sorun yönelim puanlarından anlamlı olarak ($p \leq .05$) daha yüksektir. Eğitim sonrası olumsuz sorun yönelim puanları ve izlem ölçümü olumsuz sorun yönelim puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Katılımcıların kabul ölçümü dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puanları ve eğitim öncesi dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Katılımcıların kabulde ölçülen dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzının, eğitimden hemen sonra ölçülen dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzına göre anlamlı olarak ($p \leq .01$) ve izlem dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı ölçümünden anlamlı olarak ($p \leq .05$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim sonrası dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puanları ve izlem ölçümü dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

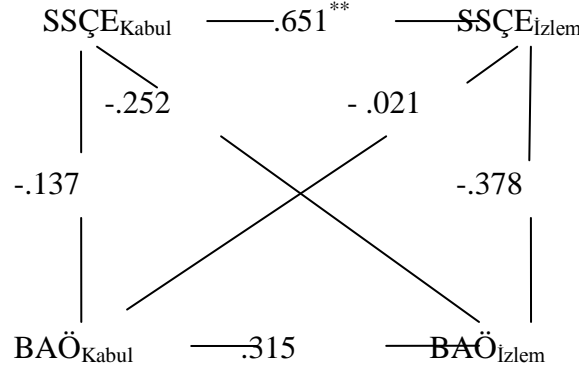
3.2. Depresyon ve Anksiyete Düzelerinin Sosyal Sorun Çözme Düzeyi İle İlişkisi

BDÖ kabul ölçümü ve izlem ölçümü ile SSÇE-G toplam kabul ölçümü ve izlem ölçümü hesaplanarak yapılan cross-lagged korelasyon analizi sonucunda SSÇE_{Kabul} ile SSÇE_{İzlem} puanları arasında ($r=.651$, $p<0.01$) yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Buna göre SSÇE_{Kabul} puanları yükseldikçe SSÇE_{İzlem} puanları da yükselmektedir. BDÖ_{Kabul} ile BDÖ_{İzlem} puanları arasında ($r=.451$, $p<0.05$) orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Buna göre BDÖ_{Kabul} puanları yükseldikçe BDÖ_{İzlem} puanları da yükselmektedir. SSÇE_{İzlem} ile BDÖ_{İzlem} puanları arasında ($r=-.612$, $p<0.01$) yüksek düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Buna göre SSÇE_{İzlem} puanları yükseldikçe BDÖ_{İzlem} puanları düşmektedir.



Şekil 1. Sorun çözme kabul ve izlem puanları ile depresyon kabul ve izlem puanları ilişkisi

BAÖ kabul ölçümü ve izlem ölçümü ile SSÇE-G toplam kabul ölçümü ve izlem ölçümü hesaplanarak yapılan cross-lagged korelasyon analizi sonucunda $SSÇE_{Kabul}$ ile $SSÇE_{Izlem}$ puanları arasında ($r=.651$, $p<0.01$) yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Buna göre $SSÇE_{Kabul}$ puanları yükseldikçe $SSÇE_{Izlem}$ puanları da yükselmektedir.



Şekil 2. Sorun çözme kabul ve izlem puanları ile anksiyete kabul ve izlem puanları ilişkisi

3.3. Eğitim Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Son olarak hastaların uygulanan sorun çözme eğitiminden memnun kalıp kalmamaları değerlendirilmiştir. Toplamda 7 soru bulunan ve 1 ile 5 arasında puanlanan Eğitim Değerlendirme Formuna verilen yanıtların ortalaması 31.25 (SS=3.20) olarak bulunmuş ve katılımcıların %30'unun 35 tam puan aldığı görülmüştür. Ölçekten alınan minimum puanın 7 maksimum puanın 35 olduğu ve yüksek puanın memnuniyete işaret ettiği düşünüldüğünde ortalama puanın maksimum puana oldukça yakın olması katılımcıların eğitimden genel olarak memnun kaldıklarını düşündürmüştür.

4. TARTIŞMA

Çalışmada depresif bozukluklardan herhangi bir tanıyı karşılayan hastaların sorun çözme eğitimi ile sosyal sorun çözme becerilerini geliştirmenin depresyon ve anksiyete belirtileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Öncelikle depresyon, anksiyete ve sorun çözme düzeyleri ayrı ayrı ele alınmış ardından değişkenler birbirleriyle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Elde edilen bulgular BDÖ'ye göre hastaların depresyon düzeyinde bir iyileşme olduğunu destekler niteliktedir. Hastaların kabul ölçümü ve eğitim öncesi ölçüm arasında anlamlı olarak bir farklılık bulunmamasına ek olarak, hastaların eğitimin hemen sonrasında alınan depresyon puanları önceki iki ölçümden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. İzlem ölçümü ile de eğitim sonrası alınan ölçüm arasında anlamlı farklılığa rastlanmaması hastaların depresyon düzeylerindeki iyileşmeyi koruduklarına işaret etmektedir.

Hastaların BAÖ'ye göre kaygı düzeylerine bakıldığında alınan dört ölçüme göre hastaların bu alanda da bir iyileşme bildirdikleri görülmüştür. Kaygı kabul ölçümü eğitimden alınan ölçümden bir farklılık göstermezken eğitimden sonraki ölçümden ve izlem ölçümünden anlamlı oranda farklılaşmaktadır. Ayrıca hastaların eğitimden sonra alınan ölçüm sonuçlarının izlem ölçümünden farklılaşmadığı bulunmuş, kaygı belirtilerindeki iyileşmenin aylar sonra da korunduğu görülmüştür.

Depresyon ve kaygı düzeyindeki anlamlı oranda olan bu düşme, literatürdeki çalışmalar ile uyumlu görünmektedir. Yukarıda anlatılan Nezu (1986) Dowrick ve ark (2000), Küçük (2006), Eskin ve ark (2008) ve Eskin ve ark (2012) tarafından yapılan etkililik çalışmalarında çeşitli ölçeklere göre alınan depresyon ve anksiyete puanları terapi alan grup için terapi öncesi ve sonrası farklılık gösterirken bekleme listesi grubu için ölçümler arası bir farklılık olmadığı bulgulanmıştır. Ayrıca söz konusu çalışmalarda 6 ayla 1 yıl arasında değişen izlem ölçümlerinde de hastaların iyileşme düzeylerini korudukları görülmüştür. Yapılan bu çalışmada da hastaların kabulden eğitime kadar olan bekleme döneminde depresyon ve anksiyete düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşmamışken, eğitim sonrasında ve izlemde önemli düşme görülmüştür.

Hastaların dört ölçüm boyunca bildirdiği sorun çözme beceri düzeylerine bakıldığında envanterinin sadece olumsuz sorun yönelimi, dürtüsel dikkatsiz sorun çözme

tarzı alt ölçeklerinde ve toplam sorun çözme puanında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu farklılıkların yine izlem ölçümlerinde korunduğu görülmüştür.

Olumsuz sorun yönelimi ve toplam sorun çözme puanında eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçümlerde anlamlı düzeyde bir farklılık bulgulanmamıştır. Ancak kabul ölçümü eğitim öncesi ölçümden farklılaşmazken, eğitim sonrası ve izlem ölçümünden farklılaştığı görülmektedir. Aynı şekilde eğitim öncesindeki ölçüm izlemde alınan ölçümden farklılaşmıştır. Bu durum hastalarda kabulden eğitime kadar anlamlı olmayan oranda bir iyileşme olduğunu ancak eğitimle birlikte bu düzelmelerin anlamlı bir orana ulaştığını ve bu durumun da aylar sonra bile korunduğunu göstermektedir. Bu sonuç, Eskin ve ark.'nın (2012) hemşirelerin depresyon ve stres düzeyini azaltmada sorun çözme eğitiminin etkililiği araştıran çalışmalarında bulgularan olumsuz sorun yönelimindeki anlamlı düzeyde düşüş ile örtüşmektedir.

Dürtüsel dikkatsiz sorun çözme beceri düzeyine bakıldığında ise, eğitim öncesi ölçüm eğitim sonrası ve izlem ölçümden farklılaşmamaktadır. Ancak kabul ölçümü eğitim öncesi ölçümden farklılaşmazken, eğitim sonrası ve izlemden anlamlı oranda yüksektir. Bu durum bekleme sürecinde anlamlı olmayan bir iyileşmenin etkisi ile açıklanabilir. Eğitimin ardından bu alandaki iyileşme anlamlı düzeye ulaşmıştır. Özetle olumsuz sorun yönelimi ve dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı alanlarında ortaya çıkan anlamlı düzeydeki bu farklılaşmalara bakıldığında, sorun çözme eğitiminin, kişinin iyilik halini tehdit eden olumsuz tutum ve davranışların azalmasına yardımcı olduğu söylenebilir.

Diğer alt ölçeklerinin anlamlı farklılıklar göstermediği görülmüştür. Ancak olumlu sorun yönelimi sonuçları arasında anlamlı farklılığın olmadığı görülse de, kabul ve eğitim öncesi puanlardan, eğitim sonrası ve izlem ölçümüne doğru giderek yükselen bir eğilimin olduğu dikkat çekmektedir.

Sorun çözme becerisinin alt alanları karşılaştırıldığında ise, kişilerin olumlu sorun yönelimi ve akılcı sorun çözme tarzı alanlarına kıyasla, olumsuz sorun yönelimi ve akılcı olmayan sorun çözme tarzlarında daha çok iyileşme gösterdikleri görülmektedir. Bu durum kişilerin öncelikle varolan işlevsiz düşünce ve davranışlarını fark etmeleri ve ancak bunun ardından uygun olan yolların belirlenip uygulanması ile açıklanabilir. Nitekim eğitim boyunca hastaların sık sık neyi nasıl yapmaları gerektiğinden ziyade öncelikle neyi hatalı veya yanlış yapıyor olduklarını anlamaya çalıştıkları ve yoğunlaştıkları görülmüştür.

Yapılan cross-lagged korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre, sorun çözme kabul ve izlem puanları arasında yüksek, depresyon kabul ve izlem puanlarını orta düzeyde anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Buna göre varyans analizinde anlamlı düzeyde giderek bir artış gösteren sorun çözme becerisi, bu analizde ortaya çıkan ölçekler arası yüksek ilişki, ortalamadaki farklılığın anlamlı ancak yüksek düzeyde olmadığına işaret edebilir. Benzer şekilde varyans analizi ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ancak korelasyon analizine göre puanların orta düzeyde pozitif ilişki göstermesi, farklılığın ancak yüksek oranda olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Nitekim Çizelge 2’de görüldüğü üzere depresyon ölçümlerinin etki büyüklüğü .57, sorun çözme toplam puan ölçümlerine ait etki büyüklüğünün .33 olduğu görülmektedir. Cohen etki büyüklüğüne dair getirdiği açıklamalarda, yüksek etkinin .80’nin üzerinde olması gerektiğini vurgulamaktadır (Yıldırım ve Yıldırım 2011). Bu çalışmadan elde edilen etki büyüklüğü puanlarının ancak orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Cross-lagged korelasyon analizinde nedensel etkiye açıklık getirebilecek çapraz ilişkiler arasında anlamlı sonuçlar bulunamamıştır. Ancak gerek depresyon puanlarında gerekse de anksiyete puanlarında sorun çözme puanları ile negatif yönde bir ilişki görülmektedir. Bu sonuçlar anlamlı olmasa da sorun çözme becerileri geliştikçe anksiyete ve depresyon belirtilerinde azalmanın olacağı beklentisi ile uyumludur. Öte yandan yüksek düzeyde anlamlı ilişkiye sahip sorun çözme izlem ve depresyon izlem puanları varyans analizindeki eğitim sonrası ölçümlerin anlamlı farklılığı ile örtüşmektedir. İki analizinde desteklediği bu durum, depresyonda anlamlı düzeydeki azalmanın sorun çözme becerisinde anlamlı düzeydeki gelişme ile yüksek ilişkili olduğu şeklinde özetlenebilir ve sorun çözme eğitimi ile açıklanabilecek nedensel bir etkiye işaret edebilir. Öte yandan depresyon ve sorun çözme izlem puanlarındaki negatif yönlü yüksek ilişkiye rağmen kabul ölçümlerinde anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Başlangıçta önemli düzeyde olmayan ancak sonrasında belirginleşen negatif yönlü bu ilişki hastaların eğitim sonrasında sosyal sorun çözmeye ait kavramsallaştırmalarının artmış olabileceğini ve kişilerin sorunları çözme ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye dair daha bilinçli yanıt verdiklerini düşündürmüştür.

Hastalardaki gerek depresyon gerek anksiyete ve gerekse de toplam sorun çözme becerisinde kabulden eğitime kadarki süreçte anlamlı olmayan düzeyde bir düzelme eğilimi olduğu görüşmüştür. Bu durumun bazı hastaların araştırma dönemi boyunca aldığı ilaç tedavisi ve grup terapisi gibi diğer tedavi yöntemlerinin etkisi ile açıklanabilir. Nitekim

nedensel analiz sonuçlarına göre anlamlı oranda ilişkisellik her değişken arasında bulgulanmamıştır. Hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerindeki düzelmeleri bu tip kontrol edilemeyen değişkenlerin etkisi ile açıklanabilir. Gellis ve Kenaley (2008) SÇT ve farmakoterapinin birlikte uygulanmasının, yalnız başına SÇT'den daha iyi sonuç verdiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada da araştırma boyunca hastaların 20'i ilaç tedavisi aldığı düşünüldüğünde depresyon ve anksiyete belirtilerindeki anlamlı düzeydeki iyileşmeye katkı sağlamış olabileceği unutulmamalıdır.

Alandaki SSÇE'nin hangi alt ölçeğinin depresyon düzeyi ile ilgili olduğu inceleyen çalışma sonuçları tutarsızlık göstermektedir (Nezu ve ark 2004). Çalışmalar en çok akılcı sorun çözme tarzının BDÖ ile ilişkili bulunup bulunmamasına göre farklılık göstermektedir. Örneğin hem genel psikiyatri hastaları ile hem de normal örneklem ile çalışan D'Zurilla ve ark (1998) bu alt ölçeği BDÖ ile ilişkili bulmazken, normal örnekleme çalışan Kant ve ark (1997) bu iki ölçek arasında ilişki saptamıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında ise depresyon düzeyindeki iyileşmeye rağmen akılcı sorun çözme ölçeğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

D'Zurilla ve ark (1998) %53'ü depresyon hastası olan genel psikiyatri hastalarında akılcı sorun çözme alt ölçeği dışında tüm alt ölçekleri BDÖ ile ilişkili bulunmuştur. En çok ilişkili olan alt boyutun ise olumsuz sorun yönelimi olduğunu ve bunu izleyen en yakın alt ölçeklerden birinin de olumlu sorun yönelimi olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma bulgularının bazı yönleri bu çalışma sonuçları ile örtüşür niteliktedir. Depresif hastaların depresyon belirtilerde anlamlı iyileşme yaşanırken, diğer sorun çözme bileşeninden ziyade olumsuz sorun yöneliminde de anlamlı düzeyde bir gerileme söz konusudur. Ancak söz konusu çalışmada edilen bulgulardaki olumlu sorun yöneliminin de BDÖ ile anlamlı ilişkiye sahip olduğu sonucu bu çalışma ile uyumlu görünmemektedir. Bu durum bu çalışmanın sadece %16.6'sının erkek olması ile açıklanabilir. Nitekim çalışmada olumlu sorun yöneliminin erkekler için anlamlı olduğu bildirilmiş, olumsuz sorun yönelimi kadın olma ile ilişkili bulunmuştur. Bu araştırmada çoğunluğunun kadın olması olumsuz sorun yönelimdeki anlamlı düzeydeki farklılığı açıklar niteliktedir. Aynı çalışmada olumsuz sorun yönelimi dürtüsel dikkatsiz tarz ve kaçınan tarz alt ölçeği ile de en yüksek ilişkiye sahip boyutlar olarak bulunmuştur. Bu çalışmada olumsuz sorun yönelimindeki anlamlı düzeyde iyileşmeye sadece dürtüsel dikkatsiz tarz ölçeğinde de anlamlı farklılık eşlik etmiştir.

Benzer sonuçlar Kant ve ark (1997)'nin orta yaşlı normal örneklem ile yapılan çalışmadan da elde edilmiştir. Çalışmaya göre diğer tüm sosyal sorun çözme beceri bileşenlerine göre, olumsuz sorun yöneliminin depresif belirtilerin şiddeti ile daha yüksek ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmanın örneklem yaş ortalamasının (38.12) söz konusu çalışmadaki (46.5) yaş ortalamasına yakın oluşu düşünüldüğünde bulguların örtüşür olması yaş değişkeni açısından beklenir bir durum olarak değerlendirilebilir.

Hastalar uygulama öncesinde alınan eğitimle ilgili beklentilerini, genel olarak varolan ruhsal sıkıntılarında kurtulmak için yaşadıkları sorunların ele alınacağı oturumlar olarak ifade etmişlerdir. İlaç tedavisi alan hastalar ilaçların kendilerini rahatlattığını ancak konuşmaya ve paylaşmaya ihtiyaç duydukları sorunları olduğunu, bu nedenle eğitimden fayda göreceklarine inandıklarını bildirmişlerdir. Öte yandan birkaç hasta, grup içinde kendini açmaktan çekineceğini ve bu sebeple eğitimden fayda görmeyeceği yönünde endişeleri olduğunu bildirmiştir. Eğitimin ardından gerek yazılı gerekse de sözlü olarak bildirilen eğitim hakkındaki görüşler genel olarak beklentilerle uyumlu olmuştur. Hastalar eğitimde sunulan sorun çözmeye ait kavramlar ve yapılandırma sayesinde daha net düşünebildiklerini ve kafa karışıklıklarının azaldığını bildirmişlerdir. Özellikle sosyal ortamda kendini açma kaygısı taşıyan kişiler, gruptaki diğer üyelerin kendileri ile benzer sorunlar yaşadıklarını görmeleri ile rahatladıklarını ifade etmişlerdir. Foulkes tarafından 1950'lerde "ayna tepkisi" olarak adlandırılan bu durum kişinin bir başka grup üyesinde kendisini görmesi olarak tariflenmiştir (Fehr 2000). Kişi için bu deneyim, sıkıntılarının sadece kendinde olmadığını görmesine ve yalnızlık hissetmesinin önlenmesine yardımcı olur. Araştırmaya katılan hastaların çoğunun ifade ettiği bu durum, hastaların sorunları evrenselleştirme ve hayatın bir parçası olarak görme gibi olumlu sorun yönelimine ait hedeflere ulaşmalarında kolaylaştırıcı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Grup üyelerinin her bir üye için sorunlarını tanımlama ve çözümler üretme konusunda da çalıştığı görülmüştür. Ev ödevi olarak verilen bilişsel veya davranışsal görevlerde başarılı olamayan grup üyeleri için etkileşimler ortaya çıkmıştır. Bireysel düzlemde hastanın sorunların tespiti, çözümler üretme ve uygulama basamaklarında kullanılan birçok bilişsel teknik diğer grup üyelerinin varlığı ile sosyal bir ortamda kendiliğinden oluşmuştur. Örneğin Eskin (2009)'nin Sorun Çözme Terapisi kitabında çözüm seçeneklerinin üretilmesinde kullanılan "arkadaşa tavsiye verme" tekniği hastaların bezer sorunları olan grup üyeleri için çalışmaları esnasında kendilerinin de kullanabileceği

seçenekleri keşfetmelerine yardımcı olmuştur. Grubun bu tür etkileşimi hastaların sorun çözme eğitim basamaklarında ilerlemelerini hızlandırmıştır.

Hastaların uygulama hakkında hem fikir olduğu diğer bir konu ise seans sayısıdır. Toplamda 4 seans olarak uygulanan eğitimin 5 ya da 6 seans sürmesi durumunda daha verimli olacağı ifade edilmiştir. Ancak 4 hafta boyunca düzenli olarak katılan hasta sayısının yarı yarıya olduğu görülmektedir. Oturum sayısındaki artış ile hastaların devamlılığındaki düşüşün artabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ

5.1. Sınırlılıklar Ve Öneriler

Bu çalışmaya dair bazı yöntemsel sınırlılıklar söz konusudur. Etkililik çalışması olan bu çalışma süreci boyunca hastaların bazıları ilaç tedavisi ve grup terapisi gibi tedaviler almışlardır. ADÜ Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşan araştırma örnekleminin çoğunun ilaç tedavisine başlamış olması ve yatışları yapıldığı taktirde serviste grup terapilerine katılıyor olmaları eğitime katılacak gönüllü hastaların sayısını oldukça daraltmıştır. Bekleme, eğitim veya izlem dönemine denk düşen sorun çözme eğitimi dışındaki bu tedavilerden faydalanan hastalar bu nedenle araştırmanın dışında bırakılmamıştır. Uygulanan eğitimin ölçülen etkililik düzeyinin, varolan diğer müdahale ve tedavilerden etkilenme olasılığı veya payı göz ardı edilmemelidir.

Araştırmada öz bildirim araçlarının kullanılmış olması da, katılımcıların kendilerini olduğundan daha farklı gösterme eğilimiyle yanıt verme olasılığını doğurmaktadır. Öte yandan grup formatında sunulan bu eğitimde, grup etkisinin ne düzeyde tedaviye katkı sağladığı bilinmemektedir. Aynı şekilde uygulamacının cinsiyet yaş gibi kişilik özellikleri ile araştırma sürecinde hastalara genel yaklaşımı veya bilgi düzeyinin hastaların tedavilerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunun değerlendirilememesi diğer sınırlılıklardandır.

Bunun yanında araştırmanın sadece belli sayıda bir deney grubunu ile yürütülmesi ve bir kontrol grubu bulunmaması da sınırlılıklar arasında gösterilebilir. Her ne kadar işlem gören bu grup bir süre bekleme sürecinde değerlendirilse de farklı hastalar olmadığından tam bir kontrollü karşılaştırma sağlamamakta ancak kontrol koşulu gibi işlev görmektedir.

Araştırmaya alınan hastaların depresif bozukluklardan herhangi bir tanıyı karşılaması esas alınmış ve araştırmadaki veriler bu koşula göre değerlendirilmiştir. Ancak hastaların ek tanılarının veya kişilik bozukluğu tanılarının varolup olmadığı, katılımın devamlılığı ya da tedaviden yarar görme gibi konular üzerinde nasıl bir etkiye sahip oldukları araştırılmamıştır. Bu noktada da yöntemsel bir sınırlılıktan söz edilebilir ve gelecek araştırmalar bu noktalara göre şekillenebilir.

Uygulama ve eğitim sürecinin sınırlılıkları düşünüldüğünde ise, hastaların dört oturuma katılmaları beklenmiş ancak bazı hastalar son oturuma katılmamışlar ölçümleri üçüncü oturumda alınmak durumunda kalmıştır. Ayrıca bazı hastaları katılmadıkları oturumlar için bireysel görüşmelerle telafi seansları düzenlenmiştir. Bu tip durumlar eğitim

sürecini ve grup etkileşimini sekteye uğrattığından etkililiği düşürücü sınırlılıklar olarak gösterilebilir.

Hastaneye depresyon şikayetleri ile başvuran ve eğitime gönüllü olan hastaların çoğunun kadın olması araştırmanın örneklem grubunun da çoğunun kadın olmasına yol açmıştır. Cinsiyet değişkeninin kontrol edilememesi, sonuçlarda bu yönde bir yanlılığın önlenmesini engellemiştir.

Tüm sınırlılıklarına rağmen grup formatında uygulanan sorun çözme eğitiminin depresyon ve anksiyete belirtilerini iyileştirmede etkili bir yol olarak gösterilebilir. Sonuçlar literatür bulgularını destekler niteliktedir. Ancak sorun çözme terapisinin depresyon üzerindeki etkililiğine ilişkin çalışmaların çoğunluğu bireysel formatta olduğu için tartışma ve değerlendirme daha çok bu çalışmaların sonuçlar ile karşılaştırarak yapılmıştır. Özellikle ülkemizde bu alanda grup etkileşimine fırsat veren daha kısa sürede daha çok kişiye ulaşmaya olanak sağlayan sorun çözme eğitime dair çalışmaların etkililiğine ihtiyaç vardır. Özellikle en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan biri olan depresyonun gelişiminde ve sürmesinde rol oynadığı bilimsel çalışmalarda desteklenen sorun çözme becerisinin, sorun yönelimi ve diğer sorun çözme bileşenlerinin hangilerinin bu yönde daha çok rol oynadığının anlaşılması tedavilerdeki başarıyı arttıracaktır. Bunun yanında araştırmaya sınırlılıklarından olan eş tanılarının ve kişilik bozukluğu tanılarının da değerlendirilip, elde edilen sonuçlar üzerinde nasıl bir rol oynadığının araştırılması da yeni çalışmalarda araştırılabilecek bir noktadır. Nitekim depresyon tanısına ek bir tanının eşlik etmesi veya kişilikle ilgili sıkıntıların yoğun olması, sadece depresif özellikler göstermeye göre, tedaviye devam etme veya fayda görme gibi konularda farklılık yaratabilir.

ÖZET

Demirbağ E. Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği

Sorun çözme terapisi, yapılan etkililik çalışmalarından elde edilen bulgulara göre depresyonun tedavisinde etkili bir yol olarak gösterilmektedir. Bu çalışmada temel olarak, sorun çözme terapisinin, daha kısa ve grup formatında psikoeğitim şeklinde uygulanmasının depresyon belirtilerini azaltmada etkili olup olmadığı araştırılmıştır. SCID-I'e göre depresyon tanısı alan 24 hastaya, 4 grup olarak, 4 hafta boyunca sorun çözme eğitimi uygulanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği , Beck Anksiyete Ölçeği ve Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile hastalardan, kabul ölçümü, eğitim öncesi ölçüm, eğitim sonrası ölçüm ve izlem ölçümü olmak üzere 4 ölçüm alınmıştır. Elde edilen bulgular, hastaların eğitim sonrası ve izlemde ölçülen depresyon ve anksiyete düzeylerinin, kabul ve eğitim öncesine göre anlamlı oranda daha düşük olduğunu göstermiştir. Bunun yanında, hastaların eğitim sonrasında ve izlemde ölçülen sorun çözme beceri düzeylerinde, kabul ölçümüne göre anlamlı oranda bir yükselme bulgulanmıştır. Sonuç olarak sorun çözme eğitiminin depresyonun tedavisinde etkili bir yol olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: sorun çözme terapisi, sorun çözme eğitimi, depresyon, anksiyete, sorun çözme becerisi

SUMMARY

Demirbağ E. Efficacy of problem solving training in treatment of depression

According to the outcome of efficacy study , problem-solving therapy is pointed to be an effective way of depression treatment. Basically , in this study , it has been surveyed whether problem-solving therapy's practice of short and group-formatted psychoeducation is effective for reducing the symptoms of depression or not. 24 patients with a diagnosis of depression in accordance with SCID-I , have been performed problem-solving training 4 groups for 4 weeks . Through Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Social Problem-Solving Inventory- Revised, 4 evaluations which are acceptance score , pre-training score, post-training and follow-up score have been taken from patients. Findings indicate that patients' depression and anxiety levels evaluated during the post-training and follow-up process are considerably lower compared to acceptance and pre-training ones. Besides, patients' problem-solving skills evaluated during the post-training and follow-up process have been found significantly increased compared to acceptance score. In conclusion, problem-solving training can be regarded as an effective way of depression treatment

Keywords: problem-solving therapy, problem-solving training, depression, anxiety, problem-solving skills

KAYNAKLAR

- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978;87(1):49-74.
- Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review* 1989;96(2):358-372.
- Alper Y. Depresyon psikoterapisi. 1.Baskı. İstanbul: Alfa Basım; 2001.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanınması ve sayımsal elkitabı, gözden geçirilmiş 4. baskı (DSM-4 TR). Köroğlu E (Ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2004.
- Arean PA, Hegel M, Vannoy S, Fan M, Unutzer J. Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist* 2008; 48: 311–323
- Arean PA, Raue P, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, Alexopoulos GS. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *Am J Psychiatry* 2010; 167(11): 1391–1398
- Arkar H. Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1992; 5(1-3):37-40.
- Aslan AA, Sarı BA, Kuruoğlu A. Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri* 2012; 15:56-64
- Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5:22-27
- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Anormal psikoloji, psikolojiye giriş, Alogan Y (Eds). 2.Baskı. Ankara: Arkadaş Yayınevi; 2002, p:523-568
- Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 4. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2009.

Batur S, Demir HK. Depresyonun tedavisi: bilişsel-davranışçı yaklaşım. In: Savaşır I, Soygüt G, Barışkın E (Eds), Bilişsel davranışçı terapiler. 4.Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2009. p. 19-56

Beck JS. Bilişsel terapi ve temel ilkeler ötesi. Hisli Şahin N (Eds). 1. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2001. p. 87-106

Becker-Weidman EG, Jacobs RH, Reinecke MA, Silva SG, March JS. Social problem solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48(1): 11–18

Bell AC, D’Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2009; 29: 348-353

Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lepine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora MEM, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9:90

Boratav C. Duygudurum bozuklukları ve nozoloji: eleştirel bir inceleme. *Duygudurum Dizisi* 2000; 1:18-28.

Cannon B, Mulroy R, Otto MW, Rosenbaum JF, Fava M, Nierenberg AA. Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorders* 1999; 55:45–49.

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington HL, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress in depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301:386–389.

Chen SY, Jordan C, Thompson S. The effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on depression: the role of problem solving appraisal. *Research on Social Work Practice* 2006; 16:500-510

Cheng SK. Life stress, problem solving, perfectionism and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Cognitive Therapy and Research* 2001;25:303-310

- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *European Psychiatry* 2007;22:9-15
- Davison GC, Neale JM. Anormal psikolojisi. Dağ İ (Eds). 7. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2004. p. 241-47
- Dixon WA. Problem-solving appraisal and depression: evidence for a recovery model. *Journal of Counseling & Development* 2000;78: 87-91
- Donaldson C, Lam D. Rumination, Mood And Social Problem-Solving In Major Depression. *Psychological Medicine* 2004;34:1309–1318
- Dowric C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V, Casey P, Wilkinson C, Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G. Problem Solving Treatment and Group Psychoeducation For Depression: Multicentre Randomised Controlled Trial. *BMJ* 2000;321:1-6.
- D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 1971;71(1):107-126
- D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2007.
- D’Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social problem solving: theory and assessment. In: EC Chang, TJ D’Zurilla ve LJ Sanna (Eds). *Social problem solving: theory, research and training*. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
- D’Zurilla T J, Nezu AM. Problem-solving therapy-general, Freeman A, Felgoise SH, Nezu CM, Nezu AM, Reinecke MA (Eds). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. New York: Springer Science+Business Media, Inc; 2005.
- D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy, therapies. In: Dobson SK (Eds). *Handbook of cognitive behavioral*. 3.Baskı. New York: Guilford Press; 2010. p.197-225
- D’Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A, Kant GL. Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences* 1998;25: 241-252

Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapan H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri 2003; 6:5-11

Eskin M. Sorun çözme terapisi. 1. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009. p.105-138

Eskin M. Sorunlarımı çözebilirim: sorun çözme elkitabı. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2010.

Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışı ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17:266-275.

Eskin M, Aycan Z. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Türkçe'ye (Tr-SSÇE-G) uyarlanması güvenilirlik ve geçerlik analizi. Türk Psikoloji Yazıları 2008;12:1-10.

Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. Cognitive Therapy and Research 2008;32:227-245.

Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(4):382-389

Eskin M, Kurt İ, Demirkıran F. Does social problem-solving training reduce psychological distress in nurses employed in an academic hospital?. Journal of Basic and Applied Scientific Research 2012; 2(10):10450-10458

Fehr SS. Grup terapisine giriş. 1. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2000.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, kullanıcının rehberi. 1. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009.

Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Solnik M, Brunshot MV. Perfectionism, social problem solving ability and psychological distress. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy 1996;14(4):245-274.

Gellis ZD, Kenaley B. Problem-solving therapy for depression in adults: A systematic review. Research on Social Work Practice 2008;18: 117-131

Göğüş AK. Depresyonun klinik belirtileri. *Duygudurum Dizisi* 2000;1:3-43.

Greenberg RL. Depresyon. In: Leahy RL (Eds). Hacak H, Macit M, Özpilavcı F (Eds). *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. 2. Baskı. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2007, p: 105-125.

Heppner PP. A review of the problem-solving literature and its relationship to the counseling process. *Journal of Counseling Psychology* 1978; 25(5):366-375.

Hinrichsen GA, Clougherty KF. Interpersonal psychotherapy for depressed older adults. *Interpersonal psychotherapy: origins, structure, research, and applications*. 1. Basım. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.

Kant GL, D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Social problem-solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research* 1997;21:73-96.

Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Ek 6):3-10

Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research* 2004;121:293-301.

Kelleci M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınların sorun çözme becerilerini geliştirmenin depresif semptomlara etkisi. *Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2003*

Koptagel-İlal G. Psikodinamik açıdan depresyon. In: E Eker (Eds). *Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller*. 1. Baskı. İstanbul; 1999. s.53-58.

Köknel Ö. *Duygudurum bozukluklarının tarihçesi*. *Duygudurum Dizisi* 2000;1:5-11.

Küçük L. Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin anksiyete, depresyon ve başatma biçimlerine etkisi. *Yayınlanmış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2006*

- Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası* 1998;1:5-12.
- Lee S, Tsang A, Huang YQ, He LY, Liu ZR, Zhang MY, Shen YC, Kessler RC. The epidemiology of depression in metropolitan China. *Psychol Med* 2009; 39(5): 735–747.
- Markowitz JC. Depresyon ve distimik bozukluk sağaltımında kişiler-arası psikoterapi. In: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (Eds), Timuçin O (Eds). *Duygudurum bozuklukları temel kitabı*. Sigma Publishing; 2007, p:373-388.
- Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry* 2006;5(4):119-122.
- Nezu AM. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986;54(2) 196-202
- Nezu AM. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review* 1987;7:122–144
- Nezu AM. Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy* 2004;35:1-33
- Nezu AM, Perri MG. Social problem solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57:408–413.
- Nezu AM, Ronan GF. Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: a prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1988;35(2):134-138
- Nezu AM, Nezu CM. Problem-solving therapy for relapse prevention in depression. Richards CS, Perri MG (Eds). *Relapse prevention for depression*. 1. Baskı. Washington, DC,US: American Psychological Association; 2010, p: 99-130.
- Nezu AM, Nezu CM, Saraydarian L, Kalmar K, Ronan GF. Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy And Research* 1986;10:489-498.

Nezu AM, Wilkins VM, Nezu CM. Social problem solving, stress, and negative affect. In: Chang EC, D'Zurilla TJ, Sanna LJ (Eds). Social problem solving: theory, research, and training. Washington, DC: American Psychological Association; 2004. p: 49–65.

Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 1991;100:569–582.

Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of Psychiatric Research* 2007;41:207-213

Otto MW, Fava M, Penava SJ, Bless E, Muller RT, Rosenbaum JF. Life Event, Mood, and Cognitive Predictors of Perceived Stress Before and After Treatment for Major Depression *Cognitive Therapy and Research* 1997;21(4):409-420.

Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S, Gençöz T. İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2003;18(52)-1-11.

Özmen M. Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizisi* 2001;6:283-287.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004, p. 267-305.

Rich AR, Bonner RL. Mediators and moderators of social problem solving. In: Chang EC, D'Zurilla TJ, Sanna LJ (Eds). Social problem solving: theory, research and training, Washington DC: American Psychological Association; 2004. p:29-45

Sadock BJ, Sadock VA. Klinik psikiyatri. 4. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2005.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock klinik psikiyatri el kitabı. Bozkurt A (Eds). 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2009.

Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. 1.Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.

Savrun M. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. In: E Eker (Eds). Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller. 1. Baskı. İstanbul; 1999. p.11-17

Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanable K, Kikuchi T, Handa T, Kashima H. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review. *BMC Psychiatry* 2009;9:38

Seligman MEP, Maier SF. Alleviation of Learned Helplessness In The Dog. *Journal of Abnormal Psychology* 1968;73(3):256-262.

Sundberg ND, Winebarger AA, Taplin JR. Being accountable: research and evaluation. In: *Clinical psychology: evolving theory, practice, and research*. 4. Basım. New Jersey: Prentice Hall; 2002. p. 172-175.

Şahin NH, Durak Batıgöl A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13(2):125-135

Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. *Duygudurum Dizisi* 2000;2:77-98.

Thase ME. Bilişsel davranışsal terapi. In: Yalom ID (Eds). Engin Y (Eds). *Depresyon terapisi*. 1. Basım. İstanbul: Prestij Yayınları; 2006. p: 57-100.

Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R, Şaşmaz T, Kurt O, Çamdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *European Psychiatry* 2004;19(5):264-271.

Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:8-15.

Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:386-392.

Yıldırım HH, Yıldırım S. Hipotez Testi Güven Aralığı, Etki Büyüklüğü ve Merkezi Olmayan Olasılık Dağılımları Üzerine. *İlköğretim Online* 2011;10(3):1112-1123.

Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004;49:124-138.

Weissman M M, Markowitz J C, Klerman G L. Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy, What is IPT?. New York: Oxford University Press; 2007. p. 3-5

Williams DR, Neighbors HW. Duygudurum bozuklukları üzerine sosyal bakış açıları. In: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (Eds). Timuçin O (Eds). Duygudurum bozuklukları temel kitabı. 1. Baskı. Türkiye: Sigma Publishing; 2007. p: 145-158.

EKLER

Ek 1. Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Bu form son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik, 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki 4 cevabı dikkatle okuduktan sonra size en çok uygun olanı, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzüntülü ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
8. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler bile şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13. (0) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
(2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.

16. (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım her zamanki kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
19. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 2. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddeyi bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama katlandım	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	()	()	()	()
2. Sıcak/ ateş basmaları	()	()	()	()
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	()	()	()	()
4. Gevşeyememe	()	()	()	()
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	()	()	()	()
6. Baş dönmesi veya sersemlik	()	()	()	()
7. Kalp çarpıntısı	()	()	()	()
8. Dengenizi kaybetme duygusu	()	()	()	()
9. Dehşete kapılma	()	()	()	()
10. Sinirlilik	()	()	()	()
11. Boğuluyormuş gibi olma hissi	()	()	()	()
12. Ellerde titreme	()	()	()	()
13. Titreklik	()	()	()	()
14. Kontrolü kaybetme duygusu	()	()	()	()
15. Nefes almada güçlük	()	()	()	()
16. Ölüm korkusu	()	()	()	()
17. Korkuya kapılma	()	()	()	()
18. Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	()	()	()	()
19. Baygınlık	()	()	()	()
20. Yüzün kızarması	()	()	()	()
21. Terleme (Sıcaklığa bağlı değildir)	()	()	()	()
Toplam İşaret Sayısı	()	()	()	()

Ek 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruların tümünü yanıtlamaya çalışınız. Cevap seçenekleri verilen sorularda, uygun seçeneğin önündeki numarayı daire içine alınız. Diğer soruların yanında yer alan boşluklara cevabını yazınız. Teşekkür ederiz.

A. Kimlik Bilgileri	
Adınız Soyadınız? ()	
Yaşınız? ()	Cinsiyetiniz? (1) erkek (2) kadın

B. Medeni durum ve ev ortamı				
Medeni durumunuz;				
(1) bekar	(2) evli	(3) ayrı	(4) boşanmış	(5) dul
Şimdiye kadar kaç kez evlendiniz? ()				
Kaç çocuğunuz var? ()				
Yaşadığınız yer?				
(1) kendi evim (2) ana/babamın evi (3) çocuklarımla evi (4) yurt/huzurevi (5) diğer				
Kiminle yaşıyorsunuz?				
(1) yalnız (2) eş/çocuklarla (3) anne/baba/kardeşlerle (4) arkadaşlarla				
Ailede siz dahil toplam kaç kardeşsiniz? ()				
Siz kaçınıcı çocuksunuz? ()				

C. Eğitim ve çalışma durumu			
Öğrenim durumunuz (<i>eğitimde geçirdiğiniz yılı aşağıda işaretleyiniz</i>)			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25			
İlköğretim	lise	yükseköğretim	lisansüstü
Çalışma durumunuz?			
(1) öğrenci (2) ev hanımı (3) çalışıyor (4) emekli (5) işsiz			
Mesleğiniz?			
Sosyoekonomik durumunuz?			
(1) çok kötü (2) kötü (3) orta (4) iyi (5) çok iyi			

Ek 4. Kurgu Olgu: Ayşe Hanım ve Sorunları

Ayşe Hanım, 30 yaşında, evli ve iki çocuk annesidir. İlkokul mezunu olan Ayşe Hanım bir kamu kuruluşunda temizlik personeli olarak çalışmaktadır. Orta boylu, oldukça zayıf, sıklıkla bol kıyafetler tercih eden, düz saçlarını at kuyruğu şeklinde toplayan, sade görünümlü, alçak sesle konuşan genellikle güler yüzlü bir bayandır.

4 aydan beri aralıksız süren hayattan keyif alamama, gün içinde sebepsiz ağlamalar, günlük işlerini yapmada isteksizlik, evden çıkmak istememe gibi sıkıntılar ile hastaneye başvurmuştur. İlaç tedavisine başlayan Ayşe hanım, o dönemlerde şikayetlerini başlatacak herhangi belirgin bir sebebin olmadığını, ancak genel anlamda yorucu ve stres dolu bir hayatının olduğunu düşünmektedir.

Tek katlı müstakil bir evde eşi ve çocuklarıyla birlikte oturmakta olan Ayşe hanım eşinin ailesi ve kardeşleri ile aynı mahallede birlikte yaşamaktadırlar. Eşi kuaför olan Ayşe Hanım bundan 2 yıl kadar önce yoğun maddi sıkıntılar nedeniyle eşinin de razı olması üzerine ablasının memur olarak çalıştığı bir yerde temizlik görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. Evliliğinin ilk yıllarından beri bu tür maddi sıkıntılar olmuş ancak çocukların büyümesiyle ihtiyaçlar artmış ve başka bir çözüm yolu bulamamıştır.

10 yıldır evli olan Ayşe Hanım'ın bir kız bir erkek çocuğu vardır. Eşi ile görücü usulü ile evlenmiş olan olgumuz, kuaför olan eşi Mehmet Beyle ile iyi anlaşmaktadır. Ayşe hanım eşini sessiz sakin ve kimsenin işine karışmayan biri olarak anlatmaktadır. Hatta sıklıkla hakkını arayamadığı ve insanlara hayır diyemediği için sıkıntılar yaşan biri olarak tarif etmektedir. Ödemesi gereken borçlardan dolayı sabahın erken saatlerinden geceye kadar çalışan Mehmet bey eşi ve çocuklarına çok vakit ayıramamakta, hatta evin sorumlulukları ile de ilgilenememektedir. Kira, faturalara ödemeleri veya eve yapılan alışverişler gibi sorumluluklarla Ayşe hanım ilgilenmekte, ayrıca çocuklarına da zaman ayırması gerekmektedir. Ayşe hanım eşinin iyi biri olduğunu, ona çok güvendiğini ancak evle ilgili konularda bu şekilde zaman zaman düşüncesizce davrandığı için arada kızıp söylendiğini anlatmaktadır. Örneğin elektrik faturasını eşine verip, ödemesini istemiş ancak eşinin bunu unutmaması üzerine elektrikleri kesilmiş ve bir gece elektriksiz kalmışlardır. Mehmet bey ertesi gün sorunu halledeceğini söyleyip, eşinden olayları büyütmemesini istemiştir. Ayşe hanım eşinin bu tavrına çok sinirlenmiş bu olaydan sonra evin

sorumluluklarını eşine bırakmamaya çalışmış ve hepsini günü gününe kendisi halletmeye başlamıştır.

Çocuklarının biri 7 diğeri ise 5 yaşındadır. İlkokula başlayan büyük çocuğunun okula uyum sağlamada herhangi bir sorunu yoktur ancak düzenli olarak dersleri ile ilgilenilmesi gerekmektedir. Ayşe Hanım çocuğu ile elinden geldiğince ilgilenmekte ancak artan sıkıntılarından dolayı onu da ihmal ettiğini düşünmektedir. Ayrıca 5 yaşındaki çocuğu astım-bronşit hastasıdır ve sık sık durumu ağırlaştığından vakitlerinin çoğunu hastanelerde geçmektedirler. Bazen güçlkle nefes alan çocuğunu yetiştirdikleri hastaneden uykusuz halde doğrudan işe gitmek zorunda kalan Ayşe hanım günlerce uykusuz kalabilmektedir. Belli saatlerde ilaçlarını alması gereken çocuğu ile kayınvalidesi ilgilenmektedir. Ayşe hanım her ne kadar kayınvalidesinin çocuğuna iyi baktığını düşünse de aklı genellikle gün içinde çocuğunda olmakta, zaman zaman işi bırakmayı düşünmektedir.

Müstakil bir evde eşi ve çocukları ile yaşayan Ayşe Hanım eşinin ailesi ile kapı komşusudur ve genellikle kayınvalidesi ve eltileri ile birlikte dir. Özellikle kayınvalidesinin bütün ev düzenine karıştığını düşünen Ayşe Hanım sık sık oğluna evle ilgili konularda baskılar yapmaktadırlar. Örneğin eve alınacak her hangi bir eşyada kayınvalidesine de danışılmaktadır. En son yaşanan bir olay ailede şu şekilde gerçekleşmiştir. Ayşe hanım senelerdir kullandıkları ikinci el buzdolabında arıza çıkması ve tüm yiyeceklerin bozulması üzerine kazandığı parayla evine yeni bir dolap almak istemiş ancak kayınvalidesi oğlunun evin geçimini zor sağladığını, her tarafa borçları olduğunu söyleyip dolabın alınmasına engel olmuştur. Mehmet bey “Eski buzdolabını son kez tamir ettirelim de bir kez daha denedikten sonra duruma göre tekrar düşünelim” demiş ancak Ayşe hanım kazandığı paraya hükmü bile geçmediğini düşünerek günlerce ağlamıştır. Durumlarının farkında olduğunu ancak bu tür şeylerin zaten en temel ihtiyaçlar olduğunu düşünen Ayşe hanım kayınvalidesinin kendisini sürekli gereksiz harcamalar yapmakla suçladığını anlatmakta ve aksini düşündüğü için çok öfkelenmektedir.

Evlerinde pişen yemekten mutlaka bir tabak da karşı tarafa götürmek adet olan ailede Ayşe hanım bunlara dikkat etmediği taktirde kendisine darıldıklarını gücendiklerini bildirmiştir. Ayrıca Ayşe hanım kayınvalidesinin ev düzeni ile ilgili bu tavrının yanında, kılık-kıyafetine de konu-komşu ne der diye karıştığını, evde olmadığı saatlerde nerede olduğunu sorguladığını bildirmiştir. Bir gün dayanamadığı bir anda Ayşe hanım kayınvalidesine kendisine güvenmediği için mi yoksa evini ihmal edeceğini düşündüğü için

mi böyle davrandığını sorup diklenmiş ama kayınvalidesinin olayı herkese taşıyıp daha çok altında bir şeyler araması üzerine ses çıkarmamaya başlamıştır. Bu durum için Mehmet bey eşine annesinin çok yaşlandığını ve onu idare etmesi gerektiğini söylemektedir. Ayşe hanım özellikle son dönemde bu konu ile ilgili sık sık gerginlikler yaşadığını bildirmiştir.

Ayşe Hanım yaşadıkları maddi sıkıntılardan dolayı bir kurumda temizlik görevlisi olarak işe başlamıştır. Önceden herhangi bir işte çalışmadığını, ilk günlerde oldukça yorucu bir iş olması nedeniyle çok zorlandığını söylemiş ancak duruma katlanmak zorunda kaldıkları için dayanmaya çalıştığını söylemiştir. Ayrıca bunların yanında Ayşe hanım sık sık üstlerinin ona şahsi işlerini yaptırmaya çalıştıklarını bu durumun onu çok zorlamasına rağmen kendisine düşmanlık göstererek iş yükünü arttıracaklarını düşündüğünden göz yumduğunu bildirmiştir. Örneğin çalışanlardan birkaç kişinin sürekli onun faturalarını yatırmaları için bankaya yollamakta ancak Ayşe hanım bu duruma ses çıkaramamaktadır. Nasılsa aynı muameleyi tüm görevlilere yaptıklarını kendisinin elinden tek başına bir şey gelmeyeceğini düşünmektedir.

Ayşe hanım 4 çocuklu bir ailenin en küçük çocuğudur. Annesiyle arası genel anlamda iyi olmakla birlikte, annesini çocuklarının çok üstüne düşmeyen, rahat biri olarak anlatmaktadır. İki ablası olan Ayşe hanım annesinden ziyade bir çok konuda kendisine ablalarının destek olduklarını ve bir çok şeyi onlardan öğrendiğini anlatmaktadır. Babasının ise bir o kadar otoriter ve katı biri olduğunu söyleyen Ayşe hanım şuan ondan hala çok korktuğunu, en ufak şeye bile günlerce küs kalmasından dolayı hep alttan aldığını bildirmiştir. 1 yıl önce kadar ise Ayşe hanımın annesi geçirdiği bir kazadan dolayı yatalak kalmıştır ve şuan düzenli olarak bakıma ihtiyaç duymaktadır. Hafta içi çalışmayan bir ablasının annesine baktığını hafta sonları ise diğer ablasıyla dönüşümlü olarak annesine baktıklarını anlatmıştır. Ancak ablaları özellikle de çocuğunun sık sık hastalandığını bildiklerinden Ayşe hanıma anlayış göstermektedirler. Ayşe hanım babasının ekonomik olarak durumunun çok iyi olmasına rağmen annesi için bakıcı tutmaya yanaşmadığını söylemekte, ayrıca çocuklarına da maddi olarak hiç destek olmadığını anlatmaktadır.

Görüştüğü konuştuğu pek dostu olmayan Ayşe hanım, komşularına bile gidip oturmaya fırsat bulamadığını söylemiştir. Sıkıntılarını paylaşacak pek kimsesinin olmadığını zaten paylaşa da düzelmeyeceğini düşünmektedir. İnsanlarla tartıştığında genellikle küs kalmayıp onları kırmamak için genellikle içindekileri söylemediğini ve ancak hep kendisinin kırgın kaldığını, karşıdakilerin bunu anlamadığını söylemiştir. Ayşe hanım kendisini daima

sessiz içine kapanık biri olarak tarif etmektedir. Hayatı boyunca kendisine hiç vakit ayırmadığını hep bir şeyler ya da birileri için çabaladığını anlatmaktadır. Aslında bu kadar yükü sorumluluğu kaldırdığını gördüğü için kendisinin güçlü bir insan olduğunu düşünmek de ama haksızlığa uğradığında ve çok öfkelenildiğinde hakkını arayamadığını kendini savunamadığını anlatmaktadır.

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri:

Adı Soyadı: Elvan DEMİRBAĞ

Doğum Yeri: Antalya

Doğum Tarihi: 09.03.1987

Eğitim Bilgileri:

1993 – 1998 Mustafa Adıyaman İlköğretim Okulu

1998 – 2001 Prof. Dr. İhsan Koz İlköğretim Okulu

2001 - 2005 75. Yıl Cumhuriyet Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)

2005 – 2009 Uludağ Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

2009 – 2013 Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji
Yüksek Lisans Programı

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca bana her konuda yol gösteren, tezimin tüm aşamalarında değerleri fikirleri ile danışmanlığını aldığım, karşılaştığım güçlüklerde desteğini ve ilgisini esirgemeyen ve eğitimimde büyük emeği olan sevgili hocam Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e,

Eğitim dönemim boyunca gerek teorik gerek uygulamaya dönük her alanda bana değerli bilgi ve görüşleri ile yön veren, disiplinli ve özverili bir eğitim anlayışıyla, alandaki ilke ve sınırları tanımamı ve mesleğimi sevmemi sağlayan sevgili hocam Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY'a

Azmine ve çalışma disiplinine hayran olduğum, bizlere alandaki kıymetli bilgi birikimi ile hep kucak açan, her daim bize karşı sevgi ve şevkat dolu değerli hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a

Sosyal psikoloji ve klinik psikolojiyi yan yana getirmemizi sağlayan ve bizlere iki disiplini birlikte değerlendirebilme ve işleyebilmenin olanağını tanıyan, daima güleryüzlü sevgili hocam Doç. Dr. Hacer HARLAK'a

Tez jürimde bulunan ve tezimi değerlendirip değerli fikirleri ile tezimin zenginleşmesinde bana yardımcı olan sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Serap TEKİNSAV SÜTÇÜ'ye

Deneysel psikoloji alanında yüksek lisansını tamamlamış ve özellikle veri analizi aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen çok sevgili arkadaşım Uzm. Psk. Melis ÖZTÜRK'e

Her zor anımda yanımda olan ve ilerlememde çok emeği geçen klinik psikolog adayı sevgili ev arkadaşım Psk. Servet KAÇAR'a

Tüm eğitimim boyunca yaşamımın iyi ve kötü her döneminde yanımda olan, her mutluluğu birlikte yaşadığımız, her sorunu omuz omuza birlikte aştığımız, bu program sayesinde tanışıp, çok değerli dostluğunu edindiğim, biricik dönem arkadaşım Uzm. Psk. Özge Yaren YAVUZ'a

Daima yanımda olan ve üzerimdeki emeklerini asla ödeyemeyeceğim aileme, çok teşekkür ederim.