



**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**2024
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK BİLİMİ**

Zeynep Buse AKSOY

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK
VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Zeynep Buse AKSOY

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Mart 2024**

Zeynep Buse AKSOY tarafından hazırlanan “KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ

.....

Tez Danışmanı, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 28/03/2024

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Nevin ONAN (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Esra ERDOĞAN (OMÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Doç. Dr. Zeynep ÖZCAN

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Zeynep Buse AKSOY

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Zeynep Buse AKSOY

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ

Mart 2024, 82 sayfa

Bu araştırmada kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik kırılma ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın tipi tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Katılımcılara Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Kırılma Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca, Kişisel Bilgi Formu ile kişilerin bazı demografik bilgileri toplanmıştır. Ölçekler, 126 kadın ve 79 erkek olmak üzere toplam 205 katılımcıya uygulanmıştır. Verilerin analiz sonucu elde edilen bulgulara göre; araştırmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılma puanı ortalaması $22,11 \pm 5,4$ olarak bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip bireylerin yüksek düzeyde psikolojik kırılma puanına sahip oldukları tespit edilmiştir. Araştırmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon puan ortalaması $19,59 \pm 9,7$ olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin orta düzeyde depresyona sahip oldukları tespit edilmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılma düzeyi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta

düzeyde birilişki bulunmuştur. Katılımcıların psikolojik kırılmalık ölçeği puanı; medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadıkları yer, aile tipi, sağlığı algılama durumu ve hastalığın yaşamı etkileme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. Katılımcıların depresyon ölçeği puanı; yaş, medeni durum, çalışma durumu, sağlığı algılama durumu son altı ay içerisinde hastaneye yatma durumu ve hastalığın yaşamı etkileme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Anahtar Sözcükler : Kronik hastalık, Psikolojik Kırılmalık, Depresyon

Bilim Kodu :1032

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

DETERMINATION OF PSYCHOLOGICAL VULNERABILITY AND DEPRESSION LEVELS IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES

Zeynep Buse AKSOY

**Karabük University
Institute of Graduate Programs
Department of Nursing Science**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Sevgi DİNÇ

March 2024, 82 pages

The aim of this study is to determine the psychological vulnerability and depression levels of individuals with chronic diseases. The type of research is a descriptive and cross-sectional study. Beck depression scale test and scale of psychological vulnerability were applied to the participants. In addition, demographic information of some people was collected with a personal information form. The scales were applied to a total of 205 participants, 126 women and 79 men. According to the findings obtained from the analysis of the data; In our research, the psychological vulnerability score average of individuals with chronic diseases has been found as $22,11 \pm 5,4$. It has been determined that individuals with chronic diseases have high levels of psychological vulnerability. In our research, the depression average of individuals with chronic diseases has been found $19,59 \pm 9,7$. It has been determined that individuals with chronic diseases have moderate levels of depression.

A statistically moderate positive relationship has been found between the psychological vulnerability levels and depression levels of individuals with chronic diseases. Participants' psychological vulnerability scale score has shown a statistically significant difference according to their marital status, educational status, employment status, where they live and family type, health perception and the impact of the disease on life. The depression scale score of the participants has shown a statistically significant difference according to age, marital status, employment status, health perception, hospitalization in the last six months and the impact of the disease on life.

Key Words : Chronic illness, Psychological Vulnerability, Depression

Science Code :1032

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, beceri ve tecrübesinden faydalandığım, çalışmam süresince katkılarını, desteğini ve anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ'e,

Hemşirelik eğitimimde bilgi ve deneyimleriyle bana rehber olan Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'ndeki hocalarıma,

Tezimi okuyarak katkılarda bulunan değerli jüri üyelerine,

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda çalışmayı uygulayabilmem için gerekli imkânları sağlayan yöneticilere,

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu süreçte de desteklerini esirgemeyen canım babacığım Erdoğan AKSOY'a, canım anneciğim Ferdane AKSOY'a ve canım kardeşim Sümeyye AKSOY'a en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ	1
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
BÖLÜM 2	4
GENEL BİLGİLER	4
2.1. KRONİK HASTALIKLAR	4
2.2. KIRILGANLIK KAVRAMI.....	6
2.3. PSİKOLOJİK KIRILGANLIK	7
2.4. DEPRESYON	10
2.5. DEPRESYON İLE İLGİLİ VERİLER.....	12
2.6. PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ. 14	
2.7. KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ.....	15
BÖLÜM 3	17
GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	17
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	17

Sayfa

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	17
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.4.2. Psikolojik Kırılganlık Ölçeği (PKÖ)	18
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	19
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	19
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER	19
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	20
BÖLÜM 4	21
BULGULAR.....	21
4.1. KRONİK HASTALIKLARA SAHİP BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE DAİR BULGULAR	21
4.2. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE DAİR BULGULAR.....	24
4.3. HASTALARA AİT DEĞİŞKENLERE GÖRE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİNE DAİR BULGULAR.....	25
4.4. HASTALARA AİT DEĞİŞKENLERE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNE DAİR BULGULAR.....	26
4.5. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYİ İLE DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR.....	30
BÖLÜM 5	31
TARTIŞMA	31
5.1. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	31
5.2. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	32
5.3. HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	36

5.4. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	37
5.5. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI	40
BÖLÜM 6	42
SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6.1. SONUÇLAR	42
6.2. ÖNERİLER	44
KAYNAKÇA	46
EK AÇIKLAMALAR A.	62
ETİK KURUL ONAYI	62
EK AÇIKLAMALAR B.	64
KURUM İZİNİ.....	64
EK AÇIKLAMALAR C.	66
KİŞİSEL BİLGİ FORMU	66
EK AÇIKLAMALAR D.	69
PSİKOLOJİK KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ	69
EK AÇIKLAMALAR E.	71
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	71
EK AÇIKLAMALAR F.	75
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	75
EK AÇIKLAMALAR G.	78
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	78
EK AÇIKLAMALAR H.	80
PSİKOLOJİK KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	80
ÖZGEÇMİŞ	82

ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 4.1. Hastalara ait tanımlayıcı bilgiler	22
Çizelge 4.2. Hastaların kronik hastalıklarının dağılımları ve süreleri	23
Çizelge 4.3. Hastaların Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Kırılganlık Ölçeği Puanları.....	24
Çizelge 4.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	27
Çizelge 4. 5. Ölçekler ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	30

KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DALY	: Disability Adjusted Life Years
DSM	: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: International Council Of Nurses
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PKÖ	: Psikolojik Kırılganlık Ölçeği
Prof. Dr.	: Profesör Doktor
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Vd	: Ve Diğerleri
WHO	: World Health Organisation
YLD	: Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE ÖNEMİ

Dünyada ve Türkiye’de her geçen gün artan kronik hastalık prevalansı nedeniyle hastalık yükü artış göstermektedir (WHO, 2018; TÜİK, 2020). Kronik hastalıklar 21. yüzyılda süresi, etkisi, sosyal ve maddi maliyetleriyle sağlık sorunları içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır. Dünya geneline baktığımızda kronik hastalığa bağlı ölümler ciddi düzeydedir (Sağlık Bakanlığı, 2013; Uysal, 2015; WHO, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2021). Kronik hastalıklar neticesinde ortaya çıkan fiziksel, sosyal, psikolojik problemler bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine neden olmakta (Türkmen, 2012; Gorman ve Sultan, 2014; Pelin, 2017) ve kronik hastalıkların yönetimini güçleştirmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013).

Kronik hastalıklar ile ortaya çıkan problemler ve zorluklar karşısında bireylerin psikolojik olarak baş etme becerisinin düşüklüğü ve incinebilir olması psikolojik kırılganlık kavramını gündeme getirmektedir. (Clark vd, 2007; Mechanic ve Tanner, 2007). Psikolojik kırılganlık, ruhsal travma yaşantılarına ve psikopatolojik sorunlara bağlı olarak ruhsal açıdan zedelenmeye, zarar görmeye yatkınlık halini ifade eder (Ingram ve Price, 2010). Kronik hastalıklar gibi zorlu yaşam olayları neticesinde de psikolojik kırılganlık ortaya çıkmaktadır (Zubin ve Spring, 1977; Thoits, 1982; Lyubomirsky ve Lepper, 1999; Levine, 2004). Kronik hastalıklarda ortaya çıkan olumsuz duygular psikolojik kırılganlığı arttırabilir. Psikolojik kırılganlık, bireylerin psikolojik düzeyde sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Crocker, 2002). Yapılan bir araştırmada psikolojik kırılganlığın; depresyon ile pozitif korelasyon içerisinde olduğunu göstermektedir (Sinclair ve Wallston, 1999). İçinde bulunduğumuz yüzyılda fiziksel hastalıkların psikolojik durumlar üzerindeki etkileri daha net olarak ortaya konulmuştur. Literatürde; farklı bedensel

problemlerin, insanların duygu durumları ve düşünceleri arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Beutel, 2011; Bag, 2014; Binbay vd, 2014). Kronik hastalıklar sırasında en sık karşılaşılan psikososyal duygu durum bozuklarının başında depresyon gelmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016). Kronik hastalıklar ile depresyon ilişkisini ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Lotfaliany, 2018; Buldan ve Kurban, 2018; Arıcı, 2018; Aytap ve Özer, 2021; Feng vd, 2023).

Ülkemizde psikolojik kırılganlık kavramıyla ilgili araştırmalar, son yıllarda artış göstermesine rağmen ulusal literatürde, uluslararası literatüre oranla daha az sayıda çalışma yer almaktadır. Literatür incelendiğinde psikolojik kırılganlığın birçok değişkenle ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir (Ülker ve Avşaroğlu, 2021). Buna rağmen konu ile ilgili araştırmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Psikolojik kırılganlık kavramını ele alan çalışmalar konunun daha derin irdelenmesine katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda, sayı olarak ciddi rakamlara ulaşan kronik hastalarda kırılganlığın boyutları ve kırılganlığın ilişkili olduğu faktörler cevap beklemektedir.

Kronik hastalığı olan bireylere yönelik yapılan çalışmalar, depresyon ya da psikososyal sorunları ele almasına rağmen incelediğimiz kadarıyla bu iki kavramın birlikte değerlendirildiği herhangi bir çalışma gerçekleştirilmemiştir. Çalışmamız kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ve psikolojik kırılganlık düzeylerinin ve psikolojik kırılganlık ve depresyonla ilişkili değişkenlerin belirlenmesi, bu konuda yapılacak çalışmalara yol göstermesi açısından önem taşımaktadır.

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma kronik hastalığı bulunan bireylerin psikolojik kırılganlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları şunlardır:

1. Kronik hastalığı bulunan bireylerin psikolojik kırılganlık düzeyi nedir?
2. Kronik hastalığı bulunan bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) ile psikolojik kırılganlık düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
3. Kronik hastalığı bulunan bireylerin depresyon düzeyi nedir?

4. Kronik hastalığı bulunan bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) ile depresyon düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
5. Kronik hastalığı bulunan bireylerin psikolojik kırılganlık düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIKLAR

Kronik hastalıklar; uzun süreli ve genellikle yavaş seyir gösteren, sıklığı giderek artan, bazı kalıcı yetersizliklere ve hasarlara neden olabilen hastalıklardır. Kronik hastalıklar, hastaların uzun süreli gözetimini, korunmasını, bakım ve rehabilite edebilmesini gerekli kılabilir (WHO, 2010; Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019). Dünya Sağlık Örgütü; kanserleri, solunum yolunun kronik hastalıklarını, diyabet ve kalp damar hastalıklarını temel kronik hastalıklar olarak tanımlamıştır (WHO, 2011). Kronik hastalıklar hafiften çok şiddetliye kadar farklı derecede ortaya çıkabilmektedir. Corbin ve Strauss, kronik hastalığın başlangıcından ölüme kadar olan dönemi 7 aşamaya ayırmışlardır. Bunlar; stabil, akut, geri dönüş, kriz, stabil olmayan, aşağı gidiş ve ölüm aşamalarıdır (Corbin, 1998). Rolland (1987) tarafından kronik hastalıkların kriz, kronik ve terminal olmak üzere üç aşamasının bulunduğu ifade edilmektedir.

Beklenen yaşam süresinin dünyada ve ülkemizde uzamasına bağlı olarak kronik hastalıkların prevalansı ve bu hastalıkların oluşturduğu hastalık yükü artmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalık Raporu, 2006; ICN, 2010). Kronik hastalıklar bulunduğumuz çağın en önemli sağlık sorunlarının başında yer almaktadır. Dünya genelinde kronik hastalıklar en önemli ölüm nedenleri arasında gösterilmektedir (Uysal, 2015; WHO, 2018). 2016 yılında dünyada kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklanan ölümler tüm küresel ölümlerin %31'ini; kansere bağlı ölümler %16'sını; kronik solunum yolu hastalıklarına bağlı ölümler %7'sini; diyabete bağlı ölümler ise % 3'ünü oluşturmaktadır (WHO, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayınladığı bir araştırmada ülke profillerinden bahsedilmiş; 2016 yılında Türkiye'deki ölümlerin başlıca nedenleri

arasında %34 ile kalp-damar hastalıklarının, % 23 ile kanserlerin, % 7 ile solunum yolu hastalıklarının ve %5 ile diyabetin yer aldığı belirtilmiştir. Yine TÜİK (2020), 2019 yılı istatistiklerine bakıldığında ülkemizde ölümlerin %36,8'i dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyledir. İkinci sırada tümörlere, üçüncü sırada solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler yer almaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki tüm gelişmelerle birlikte hastalığa bağlı ölümler azalma gösterirken kronik hastaların sayısı giderek artmaktadır (Yeşil vd, 2016). Bunun yanında kronik hastalıklar yaşamın herhangi bir evresinde görülebilmekte, yaş arttıkça kronik hastalık sıklığı da artmaktadır (Karadakovan ve Aslan 2010; Marengoni vd, 2010). Ülkemiz açısından durum incelendiğinde, Dudak vd. (2006)'nin 1472 yaşlı birey ile yaptığı çalışmalarında yaşlı bireylerin %79,4'ünde en az bir kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Ardahan vd. (2015) 100 yaşlı bireyle yaptıkları kronik hastalık çalışmasında en sık karşılaşılan kronik hastalıkların diyabet, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, romatizma ve eklem hastalıkları olduğunu saptamışlardır.

Kronik hastalıklar dünya çapında ve ülkemizde ölümlerin önde gelen nedeni olmakla kalmayıp, aynı zamanda toplam sağlık harcamalarının ortalama %60-80'ini oluşturmaktadır. Tüm dünya, kronik hastalıklardan kaynaklanan artan sakatlık ve ölüm oranlarıyla karşı karşıyadır (ICN, 2010). Korunma, tedavi ve bakım süreçleri doğru yönetilmediği takdirde kronik hastalıkların yakın gelecekte sakatlıklar ve ölümler açısından ciddi sorunlara yol açması beklenmektedir. Bu sorunlar ülkelerin sağlık sistemlerini tehdit etmekte, hastalıkların teşhis ve tedavileri ülke ekonomilerine önemli yükler getirmekte, sağlık sistemlerinin devamlılığını tehlikeye atmakta ve hizmet verimliliğinin azalmasına neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Kronik hastalıklar, toplumdaki genel algının aksine, yalnızca gelişmiş ülkelerin sorunu olmayıp, diğer sosyoekonomik düzeydeki toplumları da ilgilendirmektedir. Kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %80'ninden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.2. KIRILGANLIK KAVRAMI

Yaralamak, incitmek anlamına gelen Latince kökenli kırılğanlık, Türkçe sözlükte ‘birine karşı kırgın duruma gelmek, gücenmek, incinmek’ şeklinde ifade edilmiştir (TDK, 2022). Kırılğanlık kavramı Lee ve Scanlon (2007); tarafından sosyal, psikolojik ve fiziksel anlamda kişinin kendisine zarar verebilecek olumsuz faktörlere karşı duyarlı olması ve bu faktörler tarafından zedelenmeye, yaralanmaya karşı hedef haline gelmesi şeklinde tanımlanmıştır.

Psikolojik sorunlar ve hastalıklar karşısında bireyler kırılğan olabilmektedirler (Vansteenkiste ve Ryan, 2013). Beck (2002), kırılğanlığı bireylerin kişilik özellikleri noktasından ele almış, her bireyin kendine özgü bir kırılğanlığının ve duyarlılığının mevcut olduğunu belirtmiştir. Psikolojik rahatsızlıkların kökeninde kırılğanlığın rolü olduğunu savunmuştur.

Geçmiş yıllarda ortaya konulan psikopatoloji modelleri kırılğanlığı genetik faktörler veya biyolojik faktörlere bağlamaktadır. Güncel literatür incelendiğinde de kırılğanlık, bireyleri psikolojik sorunların gelişimi açısından riskli kılan bilişsel, davranışsal, sosyokültürel, ekonomik, demografik, faktörleri ve kişiler arası değişkenleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Monroe ve Simons, 1991; Garnezy, 1993; Aday, 1994). Çevreye ve bireye ait etmenler ile birlikte bilişsel etmenler bireyin kırılğanlığında artış meydana getirebilir. Kırılğanlık ruhsal bozukluklarının etiolojisinde temel bir sebep olarak değil bir risk etkeni olarak görülmelidir. (Gudjonsson, 2010).

Genel olarak araştırmacılar kırılğanlığın psikolojik, sosyal ve fiziksel boyutlar içerisinde şekillendiğini; fiziksel boyutu ile kırılğanlık olgusu kişinin fiziki sistemi, bedensel var oluşu ile ilişkili iken; sosyal ve psikolojik kırılğanlık olgularının ise içsel ve ruhsal iyilik durumlarına yönelik algıları ile ilişkili olduğunu aktarmışlardır (Ekşi vd, 2019). Lee ve Scanlon (2007)’da hastalar ile yaptıkları çalışmalarda benzer şekilde sosyal, fiziksel ve psikolojik kırılğanlık olmak üzere üç çeşit kırılğanlıktan bahsetmişlerdir. Bu kırılğanlık türleri içerisinde en karmaşık olanı psikolojik kırılğanlıktır. Bireylerin kendine zarar verme riskini doğuran psikolojik kırılğanlık

zor ve karmaşık bir tablodur. Psikolojik kırılmağı zorlu kılan diğer bir yönü ise kırılmağı açısından kimlerin duyarlı olabileceğini ve birey üzerindeki etkilerini tahmin etmenin zor olmasıdır (Lee ve Scanlon, 2007).

2.3. PSİKOLOJİK KIRILGANLIK

Psikolojik kırılmağı alanında ilk çalışmaları gerçekleştirmiş olan Sinclair ve Wallston (1999), psikolojik kırılmağı ‘dışsal kaynakların kişinin benlik değerini onaylaması ya da bireyin başarıyı elde etmeye olan bağımlılığını gösteren bilişsel inanç kalıpları’ şeklinde tanımlamışlardır (Sinclair ve Wallston, 1999). Psikolojik kırılmağıın bu tanımında ön plana çıkan sosyal onay ve başarı kavramları kırılmağıın oluşumu ve şekillenmesinde iki önemli unsuru oluşturmaktadır (Crocker ve Park, 2003; Clark vd, 2007, Ekşi vd, 2017). Crocker ve Park (2003) kırılmağı kavramının belirleyici unsuru olarak gördükleri başarı ve dışsal onay kavramları çerçevesinde bireylerin “ideal”, “istenir”, “kabul gören” mükemmelliğe ulaşmaya çaba gösterdiklerini dile getirmişlerdir (Crocker ve Park, 2003). İçinde yer alınan sosyal yapı bireyin psikolojik kırılmağıını etkileyebilmekte ve şekillendirebilmektedir. Birey düşünce ve davranışlarında içinde bulunduğu sosyal yapı tarafından kabul görme ve onaylanma gereksinimi hissederek insanların takdirini kazanma konusunda bağımlılık geliştirir. Dışsal geri dönüşlere bağımlı, sosyal yapının takdirini kazanma amacı güden birey bir yandan mükemmel olmaya çalışırken diğer yandan başarı ve başarısızlık durumlarına göre kendini değerlendirir ve yaşamını biçimlendirir. Çevre tarafından onay aldığı davranışlar olumlu, çevre tarafından onay görmeyen eylemler ise olumsuz olarak bireyin düşünsel gücünü etkilemektedir. (Sarıçalı ve Satıcı, 2017). Benzer bir yaklaşımla Mongrain ve Blackburn (2005), psikolojik kırılmağıı bireyin içerisinde yaşadığı çevrenin düşünce ve davranışlarına yönelik aşırı değer biçmesi ve kendi içsel duruşundan daha fazla anlam yüklemesi, dış dünyayı geçerli otorite olarak kabul etmesi sonucunda oluşan bir kavram olarak ele almışlardır.

Yıldırım ve Sarıçam (2022); psikolojik kırılmağıı olgusunu mükemmeliyetçilik kavram ile açıklamaya çalışmışlardır. Buna göre benlik değerleri, çevresindeki diğer insanların onaylamalarıyla anlam kazanan bireyin mükemmeliyetçi bir yapıya sahip

olması başarısız sayılabilecek sonuçlara, olumsuz değerlendirmelere karşı aşırı hassas ve tahammülsüz dolayısıyla psikolojik açıdan daha kırılgan olmasına neden olmaktadır (Ekşi vd, 2017). Lazarus ve Folkman (1984); psikolojik bağlamda kırılganlığın, bireyin ilişkisel tehlikelere yönelik edindiği inanç ve karar sistemlerinin yeterli olmadığına dair algısı ile ilişkili olduğunu aktarmışlardır (Lazarus ve Folkman, 1984). Psikolojik kırılganlık, bireyin problemler ve zorluklar karşısında hassasiyetini anlatan bir kavramdır. Bu noktadan hareketle psikolojik açıdan kırılgan bireyler sosyal yaşam içerisinde ilişkilerinde, istenmedik olumsuz duygu ve yaşantılarla baş başa kalmakta, stresli olaylarla başa çıkmada zorlanmaktadırlar (Lyubomirsky ve Lepper, 1999).

Psikolojik kırılganlık düzeyi yüksek olan bireylerin, sosyal açıdan kendilerine yönelik olumsuz değerlendirmeleri, sosyalleşmelerinde problemler yaşamalarına, ilişkilerinde olumsuz duygularla baş başa kalmalarına, umut düzeylerinin düşmesine bunun sonucunda öznel iyi oluşlarında düşüşler yaşanmasına neden olmaktadır (Ingram ve Price, 2010; Satici, 2016). Her bireyin psikolojik problemlere ve hastalıklara karşı kırılgan olma potansiyeline sahip olduğu kabul edilmektedir (Vansteenkiste ve Ryan, 2013). Bu kırılganlık düzeyini belirleyen önemli değişkenler bireysel algılar ve kişilik yapısıdır. Bireylerin kendilerine yönelik yaptığı değer atfı ve duyumsadığı özsaygı psikolojik kırılganlığın oluşmasında, kırılganlığı arttıran veya azaltan önemli bir etkidir. Bu açıdan bakıldığında bireyler benlik saygılarını korumanın, geliştirmenin ve sürdürebilmenin yollarını aramaktadırlar. Bu doğrultuda bireyler benlik değerlerini kaybetme riski taşıyan durumlardan kaçınırken başarılı olabilmek potansiyelleri olan durumlara yönelmeyi ve katılmayı tercih etmektedirler. Yaşam olayları karşısında bireylerin özsaygı ve benlik değerindeki azalma psikolojik kırılganlığını arttırır. Yüksek benlik değeri ve özsaygı ise kırılganlığı engelleyici bir yapıya sahiptir. Ağır travmatik yaşantıların dahi bazı bireylerde psikolojik açıdan kırılganlığa neden olmaması, görece daha hafif yaşamsal olayların ise bireylerde ağır kırılganlıklara yol açması bu öznel farklılık ve iki dinamikte açıklanmıştır. (Gewirth, 1981; Crocker, 2002).

Psikolojik anlamda kırılganlık öznel iyi oluş ile negatif bir ilişki göstermektedir. (Wright vd, 2013). Ingram ve Price (2010) gerçekleştirdikleri çalışmalarında

kırılmalığı olası ruh sağlığı hastalıklarına karşı bir eğilim olarak tanımlamışlardır. Buna göre psikolojik bağlamda kırılmalığ, olumsuz yaşam olayları karşısında bireyi ruhsal sorunlara yatkın kılmaktadır. Brown vd. (2016); farklı bir değerlendirmede bulunarak psikolojik kırılmalığı insan hayatına katkısı üzerine değinmiştir. Kırılmalığın insani bir oluşum olduğuna ve doğal bir eğilim olarak “kusurluluk”, “noksanlığ” hali olduğuna, bu bağlamda kişiler arası diyaloglarda doğru yönetildiğinde ilişkileri derinleştirecek ve zenginleştirecek bir potansiyel de sunabileceğine dikkat çekmiştir. Brown vd. (2016); Psikolojik kırılmalığın neden olduğumutsuzluk, korku ve utanç gibi duyguların yaşanması bireylerin varoluşuna yönelik içsel tatminin ve huzurunun oluşmasına fırsat tanıdığını, mükemmeliyetçi karakter üzerinde açtığı yaraların kişinin iyilik hali ve refahı için birer fırsat, doğal hali ile yaşama için imkânlar oluşturduğunu aktarmaktadır.

Kırılmalığ olgusunun kökenlerine yönelik yapılan araştırmalarda alan yazında sürecin başlangıcında kırılmalığ kavramı kalıtımsal, genetik faktörlere bağlı bir yapı olarak açıklanmıştır. Kırılmalığın oluşumunda sadece biyolojik faktörlerin etkili olamayacağı, kişinin psikolojik yapısı içerisindeki sosyal yapı ve çevresel faktörlerin etkisiyle değişebileceğini söyleyen araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalar neticesinde, kavramın hem genetik faktörlere bağlı hem de yaşam akışı içerisinde edinilebilir, oluşabilir bir olgu olduğuna dikkat çekilmiştir (Zubin ve Spring, 1977; Monreo ve Simons, 1991; Ingram ve Price, 2010).

Psikolojik kırılmalığla ilgili tartışma konularından biri de psikolojik kırılmalığın kalıcı, durağan, değişken özellikleri ile ilgilidir. Zubin ve Spring (1977); psikolojik kırılmalığın durağan bir özellik olduğumun vurgulamışlar, şizofren hastalar üzerinde yaptıkları araştırmalar neticesinde sürekliliğine vurgu yapmışlardır (Zubin ve Spring, 1977). Araştırmacılar psikolojik kırılmalığın kalıcı yönünü genetik etmenlerle açıklamışlar şizofreni gibi hastalıklarda kırılmalığın kalıcı bir yönünün olduğundan bahsetmişlerdir (Ingram ve Price 2010). Şizofreni hastalığı dışındaki çalışmalarda da kişinin kırılmalığını belirleyen temel etmenin genetik aktarımlar olduğumun düşündürmektedir. Bu bağlamda kuramsal yaklaşımlar değişimin sınırlı ölçüde mümkün olabileceğini vurgulamaktadır (Ingram ve Luxton, 2005).

Ingram vd. (1998) psikolojik kırılabilirliği; durağan bir kişilik özelliği olarak tanımlarken zamanla değişebileceğini de söylemektedir (Ingram vd. 1998). Psikolojik kırılabilirliğin sadece genetik faktörlerle açıklanamayacağını bunun yanında birçok psikolojik problemlerin de kırılabilirlikte etkin olabileceği düşüncesinden hareketle değişimin mümkün olabileceği savunulmaktadır (Ingram ve Luxton, 2005). Bireylerin psikolojik kırılabilirlik düzeyinde artma veya azalma gibi değişimler kırılabilirliğin durağan olmadığını düşündürmektedir. Bazı araştırmacılar kırılabilirliğin, bireylerin psikolojik durumundaki belirgin artış ve azalışlardan ya da psikolojik sorunlara yatkınlıktan kaynaklanan durağan ve endojen (içten gelen) bir süreç olduğunu savunsa da, bazı araştırmalar psikolojik kırılabilirliğin gözlemlenemediğini, dolayısıyla gizli bir süreç olduğunu ifade etmektedirler (Ingram ve Price, 2010). Nitekim terapi ile olumlu yönde değişimlerin ortaya çıkması kırılabilirliğin azalmasına; stres, kendine yabancılaşma, yalnızlık hissi, depresyon, travma gibi durumlar kırılabilirliğin güçlenmesine sebep olabilmektedir (Ingram ve Luxton, 2005; Ekşi vd, 2019).

Genel bağlamda bakıldığında doğal afetler, aile yaşantıları, doğum kaynaklı sorunlar çocuk ve yetişkin ilişkileri sonradan edinilen psikolojik kırılabilirlik sebepleri içerisinde değerlendirilebilir (Zubin ve Spring, 1977). Gudjonsson'a göre (2010); yaşam akışı içerisinde karşılaşılan olumsuz yaşam olaylarına karşı aşırı duyarlılık, hassaslık ve bu bağlamda zedelenmeye açık oluş olarak ele alınan psikolojik kırılabilirlik üç temel alandan etkilenmektedir. Buna göre kırılabilirliği oluşturan ve besleyen kişisel, çevresel ve bilişsel etmenler, süreçler bulunmaktadır. Kişinin sahip olduğu kırılabilirlik bu üç etmenin öznel bileşiminden etkilenmekte ve kişi için kırılabilirliği etkileyen olaylar değişiklik göstermektedir (Gudjonsson, 2010).

2.4. DEPRESYON

Latince de depressus olarak bilinen depresyon kelimesinin Türkçedeki karşılığı ruhsal çöküntü ve çökkünlük olarak bilinmektedir (Köknel, 2005). Tıp tarihinde ilk kez Hippocrates tarafından “melankoli” şeklinde ifade edilmiştir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon dünya genelinde görülen (Davison ve Neale, 2004; WHO, 2017), en yaygın ruhsal hastalıklarından biridir. Etiyolojisinde rol oynayan

etmenler, tedavi yanıtı ve prognoz gibi yönleriyle karmaşık ve heterojen bir hastalıktır (Hisli, 1988). Depresyon, uzun süreli, bireyin yaşamını bir bütün olarak olumsuz yönde etkileyen, mutsuzluk ve yaşamdan keyif almama halidir. Depresyonla birlikte kişinin duygu, düşünce, davranış ve fiziksel fonksiyonları eş zamanlı olarak olumsuz etkilenmektedir (Nolen Hoeksema, 2009).

Depresyon; duygusal, düşünsel, davranışsal ve fiziksel olarak farklı birçok belirti içermektedir (Tuğrul ve Sayılğan, 1997). (DSM-5) 'e göre, bir kişiye depresyon tanısı konulabilmesi için şu kriterlerin bulunması gerekmektedir: “Hemen hemen günün büyük bir bölümünde; depresif ruh hali, tüm etkinliklere yönelik ilgi ve zevkin belirgin bir şekilde azalması, iştahta azalma ya da artış, zihinsel ve fiziksel aktivitelerde durgunluk, hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı, değersizlik ya da suçluluk duygusu, konsantre olamama ya da düşünme yeteneğinin azalması tekrarlayan ölüm düşünceleri, belirli bir plan yapmadan tekrarlayan intihar düşüncesi, intihar teşebbüsü veya intihar için belirli bir plan yapma” Bu belirtilerden en az beşinin görülmesi durumunda depresyon tanısı konulabilmektedir.

Depresyon; yaygınlık, kronikleşme ve yinelenme oranı yüksek fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan ekonomik açıdan yüksek maliyetli dünya çapında halk sağlığını ciddi ölçüde tehdit eden bireysel ve toplumsal sağlık sorunudur (Kaya, 2004; Özdemir ve Rezaki, 2007; Moussavi vd, 2007; Kaya ve Kaya 2007; Tamam vd, 2012). Yaşam kalitesi depresyonlu bireylerde etkilenen alanlardan biridir ve hastalık şiddetlendikçe yaşam kalitesi önemli ölçüde düşüş göstermektedir. (Aydemir vd, 2009; Demirkol ve Tamam, 2016).

Depresyonlu bireylerde ruhsal problemlerle birlikte fiziksel problemler de görülebilir. Depresyon bedensel hastalıkların ortaya çıkışında ve şiddetinde bir risk etmeni olarak değerlendirilmekte, fiziksel hastalıklara bağlı ölüm oranlarını artırmakta ve prognozunu olumsuz etkilemektedir (Katon vd, 2007; Mete, 2008 Pan vd, 2011; Kessler, 2012).

2.5. DEPRESYON İLE İLGİLİ VERİLER

Günümüzde dünyada ve ülkemizde ruhsal sorunlar hızla artış göstermiş olup, topluma ve bireye olan etkileri açısından önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. En yaygın görülen ruhsal sorunların başında ise depresyon gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011; Helvacı ve Hoccoğlu, 2016). DSÖ'nün "Depresyon ve Diğer Yaygın Ruhsal Hastalıklar" hakkındaki 2017 raporunda, dünya çapında 322 milyon insanın depresyon sorunu yaşamakta olduğu belirtilmiştir. Bu sayı dünya nüfusunun yaklaşık % 4,4'üne tekabül etmektedir. 2005-2015 yılları arasında depresyon tanısı konulan kişi sayısının %18,4 oranında arttığı tespit edilmiştir (WHO, 2017). DSÖ'nün "Küresel Hastalık Yüğü" araştırmasına göre, işlevsizliğe adapte edilmiş yaşam yılları (Disability Adjusted Life Years - DALY) değerlendirildiğinde 2004 yılında üçüncü sırada yer alan depresyonun 2030 yılında hastalık yükünün en önemli belirleyicisi olacağı öngörülmektedir (WHO, 2011).

Ülkemizde de en fazla görülen temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yüküne (Yeti Yitimi İle Geçirilen Yıllar, YLD) sebep olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar almaktadır. Ülkemizde nüfusun hayat boyu bir ruhsal hastalık yaşama oranı %18 olup nöropsikiyatrik hastalık grubu %19 ile kalp ve damar hastalıklarının ardından ikinci sırada DALY nedenlerini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ülkemizde depresyon ile ilgili standart ölçeklerin kullanıldığı ilk araştırma olarak öne çıkan Güleç (1981) tarafından gerçekleştirilen çalışmada depresyon yaygınlığı %9,2 yaşam boyu yaygınlığı ise %23,6 bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın DSÖ projesi kapsamında gerçekleştirdiği ve ülkemizde depresyonun durumuna ilişkin önemli bilgiler ortaya koyan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında, en yaygın görülen ruhsal bozuklukların depresyon ve anksiyete olduğu, depresif nöbet yaygınlığının %4 olduğu bulunmuştur. Araştırmada depresyonun yaygınlık oranı kadınlarda %5,4 iken erkeklerde %2,3 olarak tespit edilmiştir (Kılıç, 1998). İzmir'de gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise major depresif bozukluk yaygınlığı %8,9 olarak bulunmuştur (Topuzoğlu vd, 2015). 2013 yılında Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre ülkemizde depresyon prevalansı %9

olarak bulunmuştur. Gerçekleştirilen farklı araştırmalarda depresyon prevalansının %23-34 arasında değiştiği bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

1970'lerden günümüze kadar gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında depresyon yaygınlığının belirgin Şekilde arttığı görülmektedir (Goodwin vd, 2007). Yapılan çalışmalarda depresyonun 30'lu yaşlarda başladığı, genç yaşta görülme sıklığının arttığı, orta yaşta görülme sıklığının daha yüksek olduğu ve erkeklerde genç başlangıçlı olduğu saptanmıştır. Depresyona ilişkin diğer bulgular, depresyon yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu, boşanmış, dul veya ayrılmış kişiler arasında daha sık grldğu Şeklinde-dir (Kaya ve Kaya 2007).

Weissman vd. (1996)'nin gerçekleştirmiş olduğu araştırmada, majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı açısından ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Aynı çalışmada tüm ülkelerde kadınlara depresyon oranları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. (Weissman vd, 1996). Dünya Sağlık rgt Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Konsorsiyumu tarafından yapılan ruhsal bozuklukların yaygınlığının uluslararası karşılaştırması başlıklı incelemede de benzer bir sonuçla yaygınlık oranları ülkelere göre farklılık göstermektedir (Andrade vd, 2003). 2011 yılında yapılan bir başka çalışmada yaşam boyu major depresif epizod yaygınlığı yüksek gelirli ülkelerde %14,6, düşük ve orta gelirli ülkelerde ise %11,1 olarak tespit edilmiştir (Bromet vd, 2011).

Kadınlarda depresyonun görülme oranı dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksektir. Araştırmalar, kadınlara erkeklerden neredeyse iki kat daha fazla depresyon tanısı konulduğunu göstermektedir. Dünya genelinde yaş grupları açısından bakıldığında depresyon en çok 55-74 yaş arası kadınlarda görülmektedir. Ülkemizde de benzer Şekilde yaş ilerledikçe depresyonun görülme sıklığı artmaktadır (WHO, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2013).

Çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmekle birlikte kentsel alanlarda depresyon yaygınlığının yüksek olduğu kırsal yaşama doğru yaygınlığın azaldığı bilinmektedir (Goodwin vd, 2007). Psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde rol oynayan önemli değişkenler arasında sosyal ve ekonomik etmenler yer almaktadır. İşsizlik, fakirlik,

göç, stresli yaşam hadiseleri, travmalar, aile dinamikleri, cinsiyet rolleri ve kültürel öncelikler gibi genel olumsuzlukların ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında, devamlılık kazanmasında en güçlü değişkenler olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir (Kaya, 2007). Benzer şekilde toplumsal eşitsizlikler ve ekonomik sorunların depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğunu ortaya koyan çalışmaların yanında, (Almeido-Filho vd, 2004) eğitim düzeyinin; sosyoekonomik düzeyi etkilemesi ile bağlantılı depresyon üzerinde etkisi olan güçlü değişkenlerden biri olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır. (Miech ve Shanahan, 2000; Stordal vd, 2003; Softa, 2015).

2.6. PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yaşam süresi içerisinde kişisel çevresel ve bilişsel etmenler sebebiyle karşılaşılan olumsuzluklar bireyin psikolojik kırılmasını etkileyebilmekte ve şekillendirebilmektedir (Gudjonsson, 2010). Her bireyin yaşamının herhangi bir döneminde karşılaşılabileceği bir rahatsızlık olan depresyon ise çeşitli sorunlar sebebiyle ortaya çıkabilmekte yine bu sorunlar sebebiyle var olan depresyonun şiddeti artabilmektedir (Kaya, 2007).

Depresyon ve psikolojik kırılma arasında bir ilişki bulunmaktadır. Kırılma yüksek bireyler yaşam içerisinde zorlu deneyimlerle karşılaştıklarında daha fazla olumsuz duygular deneyimleyebilmektedirler. Bu durum depresyon ve psikolojik kırılma arasındaki ilişkiyi açıklayabilir (Levine, 2004; Aday, 2001). Psikolojik ve fiziksel dengeyi bozan depresyon kritik bir psikolojik kırılma değişkeni olarak değerlendirilmelidir (Teasdale, 1988). Psikolojik kırılmanın oluşumu ve şekillenmesinde son derece önemli olan sosyal onay ve başarı kavramlarıyla paralel ‘Herkes benden hoşlanırsa mutlu olurum’ şeklinde başkalarının onayına bağımlı ve başkalarının tepkilerine aşırı hassas (Ekşi vd, 2017) insanlar depresif olmaya daha yatkın görünmektedirler (Updegraff ve Taylor, 2000; Van Der Does, 2005).

Literatüre bakıldığında psikolojik kırılma düzeyinin yüksek olması olumsuz duygudurum ile ilişkilendirilmektedir. Böyle bir durumda bireyler ruhsal ve bedensel açıdan olumsuz yönde etkilenmektedirler (Sinclair ve Wallston, 1999).

Teasdale (1988) depresyonun gelişiminde rol oynayan bilişsel etmenlerin temelinde kırılmanın olduğunu söylemektedir. Kırılma bireyler depresyona daha yatkındır (Van Der Does, 2005). Yapılan bir çalışmada kırılma bireylerin duyguları düzenleme noktasında da sorun yaşadıkları ve bu durumun da depresyona zemin hazırladığı belirtilmektedir (Ehring vd, 2010). Updegraff ve Taylor (2000) tarafından benzer şekilde psikolojik kırılma yüksek bireylerin depresyona yakalanma açısından riskli olduğu ifade edilmiştir. Antypa vd. (2017) çalışmalarında depresyonu olan bireylerin psikolojik kırılma düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Yeşilkanat (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada; depresyon, duygusal denge ve aleksitiminin sosyal ve psikolojik kırılma üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmada depresyon ile psikolojik kırılma arasında pozitif yönde düşük ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.

2.7. KRONİK HASTALIKLARDA PSİKOLOJİK KIRILMA VE DEPRESYON DÜZEYLERİ

Kronik hastalıklarda hastalığın getirdiği yükler, komplikasyonlara bağlı sakatlıklar kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, bunun yanında hastalık sayısı arttıkça yaşam kalitesindeki azalma daha belirgin hale gelmektedir. Kronik hastalıkları olan bireylerde psikolojik rahatsızlıkların görülme sıklığı da artmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Yuvalı, 2018). Bedensel hastalıklarla birlikte psikolojik rahatsızlıkların bulunması bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğini bozmakta, hastalığa uyumu ve iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Harter vd, 2003; Yazıcı vd, 2003).

Kronik hastalıklarda en sık karşılaşılan duygu durum bozukluğu depresyondur (Karamustafalıoğlu, 2011; Yumrukçal, 2011). Diyabet, hipertansiyon, solunum yolları hastalıkları, kalp hastalıkları, romatizmal hastalıklar, kanser v.s. gibi kronik hastalıklar depresyona eşlik edebilmektedir (Tav vd, 2010; Yıldırım ve Gürkan, 2010; Tutuk ve Altun, 2014; Beutel ve Schulz, 2015; Aydemir vd, 2015; Kale ve Carroll, 2016). Depresyon; bireyin tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, işlevselliği ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilirken aynı zamanda bu kronik hastalıklar da depresyona sebep olabilmektedir (Mete, 2008; Kafes, 2021).

Son yıllarda epidemiyolojik çalışmalarda fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların bir arada incelenmesine ilgi giderek artmaktadır (Bağ, 2014). Özellikle kronik hastalıklarla depresyonun birlikteliği oldukça sık incelenmektedir. Literatürde konuyla ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır (Arıcı, 2018; Volpato vd, 2021; Almutary, 2022; Abdan, 2023). Kronik hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişkiye dair farklı düşünceler olmasına karşın literatürde birçok çalışma tarafından birbirlerinin sıklığını attırdıkları ortaya konulmuştur (Egede, 2007; Atasoy vd, 2013; Cocksedge, 2014; Kim vd, 2021; Feng vd, 2023).

Bireylerin hayatı boyunca karşılaştığı her türlü olumsuzluklar, yaşadıkları inişli çıkışlı duygu durumları, çevresindeki diğer insanlarla olan ilişkileri gibi tüm unsurlar birer psikolojik kırılganlık sebebi olabilmektedir (Sinclair ve Wallston, 2010; Satıcı, 2016; Kırım, 2020). Birçok insan, sağlığının bozulması gibi zor bir yaşam deneyimi sürecinde duygusal ve psikolojik travma yaşamakta, psikolojik kırılganlıkla karşı karşıya kalabilmektedir (Sayıl vd, 2000).

Kronik hastalığa ilişkin umutsuzluk, hastalığa uyum süreci, hastalığın bireyin yaşam kalitesine olumsuz yansımaları, depresyonun gelişmesinde rol oynamaktadır. Bireydeki fiziksel ya da sosyal yaşam değişiklikleri öz saygıyı olumsuz etkilemekte ve bu durum; psikolojik kırılganlığın dolayısıyla depresyonun gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Özkan, 2016). Ayrıca kırılganlık, bireyin travmatik olaylar karşısında diğer insanlardan daha çok etkilenmesine sebep olmaktadır (Satıcı vd, 2013). Kırılgan bireyler diğer bireylere göre daha fazla olumsuz duygu durumu içerisinde bulunmakta ve stresli yaşam olaylarıyla baş etmekte zorlanmaktadırlar (Sinclair ve Wallston, 1999).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 450 yatağı ile hizmet vermekte olan Bartın Devlet Hastanesi'nin diyabet, hipertansiyon, alt ve üst solunum yolu hastalıkları, tiroid, böbrek ve bağırsak hastalıkları vb. değişik hastalıklar sebebiyle ayda ortalama 30 kronik hastanın izlendiği dâhiliye kliniğinde; 15 Aralık 2022-15 Mayıs 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı tarihler arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Bartın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bartın Devlet Hastanesi dâhiliye kliniğinde yatmakta olan kronik hastalığı bulunan bireyler oluşturmuştur.

Kurumun istatistiksel analizleri doğrultusunda Bartın Devlet Hastanesi dâhiliye bölümünde ayda ortalama 30 kronik hasta izlendiği ve servis için 1 yıllık ortalama hasta sirkülasyonu 360 olduğu belirtilmektedir. Evreni bilinen örneklem formülü ile %95 güven aralığı, %95 güç ve %5 hata payı ile ulaşılması gereken en az sayı 187 hasta olarak hesaplanmıştır. Araştırma 205 hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;

- Kronik hastalığı bulunmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşından büyük olmak

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri;

- 18 yaşından küçük olanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar
- Kronik hastalığı bulunmayanlar
- Bilişsel ve mental bozukluğu olanlar

3.4.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “Psikolojik Kırılganlık Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik ve kronik hastalık bilgilerine yönelik 16 sorudan oluşan bir formdur. Bu formda kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer, aile tipi, sağlığı algılama durumu gibi bilgiler yer almaktadır. Hastaların kronik hastalıklarına ilişkin tanıları, hastalığın süresi, son 6 ay içerisinde hastaneye yatma deneyimi, hastalığın yaşamlarını etkileme durumu, ilaç kullanım durumları, kontrollerine düzenli gidip gitmediği ve ilaç kullanımlarının düzgün olup olmadığı formda yer alan diğer bilgilerdir (Ek C.).

3.4.2. Psikolojik Kırılganlık Ölçeği (PKÖ)

Psikolojik kırılganlık ölçeği, yetişkin bireylerdeki psikolojik kırılganlık düzeyini belirlemek amacıyla Sinclair ve Wallston (1999) tarafından geliştirilmiştir (Sinclair ve Watson, 1999). Akın ve Eker (2011) tarafından Türk kültürüne uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilen Psikolojik Kırılganlık Ölçeği, toplam 6 maddeden oluşan 5’li likert tipi (1=Bana hiç uygun değil, 5=Bana tamamen uygun)

derecelendirme ölçeğidir (Ek D.). Ölçek sonucunda toplam puanın yüksek oluşu psikolojik kırılganlığın düzeyinin yüksekliğini ifade etmektedir (Akın ve Eker, 2011).

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği 21 belirti kategorisinden oluşmuştur (Ek E.). Hisli (1989) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin her bir belirti kategorisinde dört seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon belirti düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçekten alınan 10-17 puan hafif, 18-29 puan orta, 30-63 puan ise ciddi düzeyde depresyonu ifade etmektedir (Beck vd, 1961; Hisli, 1989).

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri; 15 Aralık 2022-15 Mayıs 2023 tarihleri arasında Bartın Devlet Hastanesi dâhiliye kliniğinde yatmakta olan kronik hastalığı bulunan bireylerden toplanmıştır. Çalışma kapsamındaki bireylere araştırma hakkında bilgi verilmiş, gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyenlerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek F.). Veriler araştırmacı tarafından hasta odalarında katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Her bir hastayla görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk Testi ve Kolmogorov-Smirnov Testi ile incelenmiştir. İkili gruplarda normal dağılıma uymayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uymayan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmış ve çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan ölçek puanları ve değişkenler

arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Analiz sonuçları ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0,050$ olarak alınmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni alınmıştır. (21/11/2022 tarih ve 1128 no'lu karar) (Ek A.). Araştırmanın Bartın Devlet Hastanesi'nde yürütülebilmesi için Bartın İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (206702346 sayılı) (Ek B.). Araştırmada kapsamında Psikolojik Kırılganlık Ölçeği'nin kullanım izni (Ek H.) Prof. Dr. Ahmet AKIN'dan Beck Depresyon Ölçeği'nin kullanım izni (Ek G.) Prof. Dr. Nesrin HİSLİ'den elektronik posta yoluyla alınmıştır. Araştırma öncesi çalışma kapsamındaki bireylere araştırma hakkında bilgi verilmiş, gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyenlerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu bölümde kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik kırılganlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. KRONİK HASTALIKLARA SAHİP BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE DAİR BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ait bilgiler Çizelge 1’de yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın (%61,5), 70 ve üzeri yaş grubunda (%51,2), evli (%63,4), ilkokul mezunu (%47,3), çalışmamakta (%58,5), gelir düzeyinin giderlerine eşit (%85,9), sosyal güvencesinin (%99), köyde yaşamakta (%55,6), çekirdek aile yapısına sahip (%83,4) olduğu görülmüştür (Çizelge 4.1).

Araştırmaya katılan hastaların sağlık algıları sorulduğunda en yüksek oran %43,4 ile kötü olarak tanımlayanlara aittir. Son 6 ay içerisinde kronik hastalığı nedeni ile hastaneye yatanların oranı %42,9’dur. Hastalığın yaşamını etkileme durumları sorulduğunda en yüksek oranda verilen yanıt %89,8 ile “evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor” yanıtı olmuştur. Kontrollerine düzenli olarak gidenlerin oranı %77,6, ilaçlarını düzenli olarak kullananların oranı %84,4’dür (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Hastalara ait tanımlayıcı bilgiler.

	Frekans (n)	Yüzde %
Yaş		
39 ve altı	10	4,9
40-49	14	6,8
50-59	29	14,1
60-69	47	22,9
70 ve üzeri	105	51,2
Cinsiyet		
Kadın	126	61,5
Erkek	79	38,5
Medeni durum		
Bekâr	14	6,8
Evli	130	63,4
Boşanmış/dul	61	29,8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	50	24,4
Okuryazar	26	12,7
İlkokul	97	47,3
Ortaokul	13	6,3
Lise	11	5,4
Üniversite ve üzeri	8	3,9
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	120	58,5
Yarı zamanlı çalışıyor/çalışıyor	12	5,9
Emekli	73	35,6
Gelir durumu		
Gelir giderden az	29	14,1
Gelir gidere denk	176	85,9
Gelir giderden fazla	0	0
Sosyal güvence durumu		
Var	203	99
Yok	2	1
Yaşanılan yer		
İl/ İlçe/Kasaba	91	44,4
Köy	114	55,6
Aile tipi		
Çekirdek Aile	171	83,4
Geniş Aile	34	16,6
Sağlığını algılama durumu		
Kötü	89	43,4
Orta	74	36,1
İyi	37	18
Çok İyi	5	2,4
Son 6 ay içinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu		
Hayır	117	57,1
Evet	88	42,9
Hastalığın yaşamı etkileme durumu		
Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor	184	89,8

Hayır, kendi hastalığımla başa çıkabiliyorum	18	8,8
Hayır, çevremdekilerin desteği ile başa çıkabiliyorum	3	1,5
Kontrollere düzenli gitme durumu		
Evet	159	77,6
Hayır	46	22,4
İlaçları düzenli kullanma durumu		
Evet	173	84,4
Hayır	32	15,6

Araştırmaya katılan hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde en yüksek oran %68,8 ile hipertansiyon olurken bunu %59,5 ile diyabet hastalığı ve %53,7 ile kalp yetmezliği hastalıkları takip etmektedir. Diğer kronik hastalıklar incelendiğinde en yüksek oran %28,6 ile anemi ve kolesterol hastalığında görülmüştür (Çizelge 4.2). Hastaların diyabet hastalık süresi ortalaması $161,59 \pm 138,67$, hipertansiyon hastalık süresi ortalaması $168 \pm 133,7$, astım hastalık süresi ortalaması $125,33 \pm 127,53$, troid hastalık süresi ortalaması $136,82 \pm 124,34$, osteoporoz hastalık süresi ortalaması $101 \pm 93,02$, romatizmal hastalık süresi ortalaması $238,67 \pm 306,44$ olarak elde edilmiştir (Çizelge 4.2). Son 6 ay içinde kronik hastalığı nedeniyle hastanede yatış ortalaması 3,22 (kez) dir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hastaların kronik hastalıklarının dağılımları ve süreleri.

Kronik hastalık*	Frekans (n)	Yüzde %
Diabetes Mellitus	122	59,5
Hipertansiyon	141	68,8
KOAH	48	23,4
Astım	27	13,2
Tiroid	28	13,7
Kanser	10	4,9
Böbrek Rahatsızlığı	78	38
Koroner Kalp Hastalığı	4	2
Osteoporoz	12	5,9
Nörolojik	34	16,6
İmmun Sistem Hastalığı	6	2,9
Romatizmal Hastalık	9	4,4
Kalp Yetmezliği	110	53,7
Diğer Kronik Hastalıklar		
Akciğer Ödemi	1	4,8
Anemi	6	28,6
Ankiloza spondit	1	4,8
Bronşit	3	14,3
Crohm Rahatsızlığı	1	4,8
Demans	1	4,8

Kolestrol	6	28,6
Siroz	1	4,8
Şizofreni	1	4,8
Kronik Hastalıklar ve Süreleri	Ortalama ± S. Sapma	Ortanca (min - mak)
Diyabet hastalık süresi (ay)	161,59 ± 138,67	120 (0,25 - 600)
Hipertansiyon hastalık süresi (ay)	168 ± 133,7	120 (12 - 540)
KOAH hastalık süresi (ay)	85,23 ± 80,08	60 (1 - 360)
Astım hastalık süresi (ay)	125,33 ± 127,53	120 (12 - 480)
Troid hastalık süresi (ay)	136,82 ± 124,34	120 (3 - 480)
Kanser hastalık süresi (ay)	59,4 ± 69,98	36 (2 - 240)
Böbrek rahatsızlığı hastalık süresi (ay)	59,75 ± 81,52	24 (0,25 - 360)
Kroner kalp hastalık süresi (ay)	249 ± 394,04	54 (48 - 840)
Osteoporoz hastalık süresi (ay)	101 ± 93,02	66 (12 - 360)
Nörolojik hastalık süresi (ay)	41,45 ± 79,47	12 (0,25 - 420)
İmmun Sistem Hastalığı hastalık süresi (ay)	54 ± 31,97	60 (12 - 96)
Romatizmal Hastalık süresi(ay)	238,67 ± 306,44	60 (12 - 840)
Kalp Yetmezliği kronik hastalık süresi (ay)	73,17 ± 100,92	48 (0,25 - 840)
Diğer kronik hastalık süreleri	105,52 ± 181,4	36 (1 - 720)
Son 6 ay içinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma sıklığı	3,22 ± 2,51	2,5 (2 - 20)

4.2. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNE DAİR BULGULAR

Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon düzeyleri %43,4'ünün orta düzeyde %14,6'sının ise şiddetli düzeyde depresyona sahiptir. Katılımcıların psikolojik kırılabilirlik ölçeği toplam puan ortalaması $22,11 \pm 5,4$ tür (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Hastaların Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Kırılabilirlik Ölçeği Puanları.

Depresyon Düzeyi	Ortalama ± S.sapma	Ortanca (min-mak)	n	%
Minimal Düzeyde Depresyon	6,82 ± 2,37	7 (0 - 9)	28	13,7
Hafif Düzeyde Depresyon	12,88 ± 2,03	13 (10 - 16)	58	28,3
Orta Düzeyde Depresyon	22,16 ± 3,92	21 (17 - 29)	89	43,4
Şiddetli Düzeyde Depresyon	36,83 ± 5,23	36 (30 - 48)	30	14,6
Toplam	19,59 ± 9,7	18 (0 - 48)	205	100
Psikolojik kırılabilirlik ölçeği	22,11±5,4	23 (6-30)	205	100

4.3. HASTALARA AİT DEĞİŞKENLERE GÖRE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİNE DAİR BULGULAR

Hastaların psikolojik kırılma düzeyleri ile medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadıkları yer, aile tipi değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 4.4).

Katılımcıların medeni durumlarına göre Psikolojik Kırılma Ölçeği puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,005$). Yapılan ileri analizde bekâr ile boşanmış/dul olanlar arasında farklılık olduğu, boşanmış/dul olan hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin bekâr hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,005$) (Çizelge 4.4).

Eğitim durumunun hastaların Psikolojik Kırılma Ölçeği puanları üzerinde etkili olduğu; üniversite ve üzeri mezunlar ile okuryazar olmayanlar/okuryazar olanlar arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin okuryazar olmayanlar/ okuryazar olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ($p = 0,004$) (Çizelge 4.4).

Çalışmayan hastalar ile yarı zamanlı çalışan / çalışan hastaların psikolojik kırılma ölçek puanı ortancaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin yarı zamanlı çalışan/çalışan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,029$) (Çizelge 4.4).

Katılımcıların yaşadıkları yere göre Psikolojik Kırılma Ölçek puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, köyde yaşayan hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin il/ilçe/kasaba yaşayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,010$) (Çizelge 4.4).

Aile tipi ile Psikolojik Kırılma Ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ve geniş aile yapısına sahip hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,016$) (Çizelge 4.4).

Hastaların sağlıklarını algılama durumlarına göre psikolojik kırılgnlık ölçeği puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($p=0,001$). Yapılan ileri analizde sağlığını kötü algılayanların psikolojik kırılgnlık düzeylerinin orta ve iyi/çok iyi algılayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.4).

Hastalığınin yaşamlarını etkileme durumuna göre hastaların psikolojik kırılgnlık ölçeği puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($p=0,007$). Hastalığınin yaşamını etkilediğini belirten hastaların psikolojik kırılgnlık düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. incelendiğinde hastalara ait diğer değişkenler ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,050$).

Katılımcıların son 6 ay içerisinde kronik hastalığı ile hastaneye yatış sayısı ile Psikolojik Kırılgnlık Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,074$) (Çizelge 4.5).

4.4. HASTALARA AİT DEĞİŞKENLERE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNE DAİR BULGULAR

Katılımcıların yaş kategorilerine göre Beck Depresyon Ölçeği puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,013$). Burada çoklu karşılaştırmalara bakıldığında bir farklılık olmadığı görülmüştür (Çizelge 4.4).

Çalışmayan hastalar ile yarı zamanlı çalışan / çalışan hastaların depresyon ölçek puanı ortancaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Çoklu karşılaştıрма sonucunda çalışmayan hastaların depresyon puanlarının yarı zamanlı çalışan /çalışan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür $p=0,002$ (Çizelge 4.4).

Hastaların medeni durumlarına göre BDÖ puanı ortanca değerlerinin farklılaştığı; boşanmış /dul olan hastaların depresyon puanlarının bekâr hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$) (Çizelge 4.4).

Hastaların sağlıklarını algılama durumlarına göre depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan ileri analizde sağlığını kötü algılayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.4).

Son altı ay içerisinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre BDÖ puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, hastaneye yatma öyküsü olanların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,032$) (Çizelge 4.4).

Hastalığının yaşamlarını etkileme durumuna göre hastaların depresyon puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($p=0,007$). Hastalığının yaşamını etkilediğini belirten hastaların depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksektir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. incelendiğinde hastalara ait diğer değişkenler ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,050$).

Katılımcıların son 6 ay içerisinde kronik hastalığı ile hastaneye yatış sayısı ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,701$) (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.4. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Psikolojik Kırılganlık Ölçeği		Beck Depresyon Ölçeği	
	Ortalama \pm S. Sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama \pm S. Sapma	Ortanca (min - mak)
Yaş kategori				
39 ve altı	19,5 \pm 7,11	18,5 (6 - 30)	16,3 \pm 11,61	12,5 (0 - 43)
40-49	22,64 \pm 3,91	22 (14 - 28)	13,93 \pm 9,45	14 (2 - 33)
50-59	20,79 \pm 5,99	20 (9 - 30)	17,72 \pm 0,43	14 (5 - 43)
60-69	21,94 \pm 5,82	22 (10 - 30)	19,72 \pm 0,42	17 (6 - 48)
70 ve üzeri	22,73 \pm 4,97	24 (10 - 30)	21,1 \pm 8,72	20 (6 - 46)

Test İstatistiği	$\chi^2= 4,850$	$\chi^2= 12,592$
p	0,303	0,013
Cinsiyet		
Kadın	22,46 ± 5,41 23 (6 - 30)	20,76±10,27 18 (5 - 48)
Erkek	21,56 ± 5,38 22 (9 - 30)	17,71 ± 8,45 18 (0 - 46)
Test İstatistiği	U= 4500	U= 4323,5
p	0,247	0,114
Medeni durum		
Bekâr	18,86 ± 3,55 18,5 (14 -26) ^b	15,43 ± 8,49 16 (0 - 29) ^a
Evli	21,92 ± 5,48 22 (6 - 30) ^{ab}	18,22 ± 9,34 17 (2 - 46) ^a
Boşanmış/Dul	23,28 ± 5,3 25 (9 - 30) ^a	23,44 ± 9,68 22 (6 - 48) ^b
Test İstatistiği	$\chi^2= 10,688$	$\chi^2= 14,898$
p	0,005	0,001
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	22,74 ± 5,5 23 (10 - 30) ^b	22,4 ± 10,54 20,5 (6 - 48)
Okuryazar	24,38 ± 4,67 26 (11 - 30) ^b	21 ± 7,54 19,5 (9 - 36)
İlkokul	21,93 ± 5,27 22 (10 - 30) ^{ab}	18,87 ± 9,08 18 (3 - 46)
Ortaokul	21,69 ± 6,25 23 (6 - 28) ^{ab}	19,23 ± 2,68 17 (3 - 39)
Lise	20,27 ± 4,86 20 (13 - 30) ^{ab}	14,27 ± 8,82 13 (0 - 29)
Üniversite ve üzeri	16,25 ± 3,49 17 (9 - 21) ^a	14 ± 9,77 12,5 (2 - 33)
Test İstatistiği	$\chi^2= 17,485$	$\chi^2= 10,964$
p	0,004	0,052
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	22,71 ± 5,44 23 (6 - 30) ^b	21,38 ± 10,2 18,5 (3 - 48) ^b
Yarı zamanlı çalışıyor/Çalışıyor	19 ± 4,41 19 (9 - 26) ^a	11,42 ± 9,21 11 (0 - 33) ^a
Emekli	21,64 ± 5,33 23 (10 - 30) ^{ab}	17,99 ± 7,94 18 (6 - 46) ^{ab}
Test İstatistiği	$\chi^2= 7,049$	$\chi^2= 12,602$
p	0,029	0,002
Gelir durumu		
Gelir giderden az	22,52 ±6,43 22 (6 -30)	20,07±12,35 16 (3 -48)
Gelir gidere denk	22,05 ±5,23 23 (9 - 30)	19,51 ±9,24 18 (0 - 46)
Test İstatistiği	U= 2353,000	U= 2691,500
p	0,500	0,637
Yaşadığı yer		
İl/İlçe/Kasaba	20,98 ±5,61 22 (9 - 30)	19,78 ±10,3 18 (2 - 48)
Köy	23,02 ±5,07 24 (6 - 30)	19,43 ±9,24 18 (0 - 46)
Test İstatistiği	U= 6275,500	U= 5190,500
p	0,010	0,993

Aile tipi				
Çekirdek Aile	21,73 ±5,45	22 (6 - 30)	19,33 ±9,95	18 (0 - 48)
Geniş Aile	24,06 ±4,74	26 (12 -30)	20,85 ±8,37	20 (7 - 43)
Test İstatistiği	U= 3663,500		U= 3305,500	
p	0,016		0,207	
Sağlığı Algılama Durumu				
Kötü	23,55 ± 5,54	25 (9 - 30) ^b	25,26 ± 9,49	24 (7 - 48) ^b
Orta	21,26 ± 4,69	21,5 (10 - 30) ^a	16,64 ± 7,71	15 (0 - 41) ^a
İyi/Çok iyi	20,57 ± 5,64	22 (6 - 30) ^a	12,76 ± 6,02	12 (2 - 27) ^a
Test İstatistiği	X ² =14,76		X ² =60,033	
p	0,001		<0,001	
Son 6 ay içinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu				
Hayır	22,02 ±5,33	22 (10 -30)	18,36 ±9,62	17 (0 - 46)
Evet	22,24 ±5,52	23 (6 - 30)	21,22 ±9,63	19 (3 - 48)
Test İstatistiği	U= 5311,000		U= 6048,500	
p	0,697		0,032	
Hastalığın Yaşamı Etkileme Durumu				
Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor	22,41 ± 5,42	23 (6 - 30)	20,43 ± 9,44	19 (3 - 48)
Hayır, kendi hastalığımla başa çıkabiliyorum/ Hayır, çevremdekilerin desteği ile başa çıkabiliyorum	19,48 ± 4,56	20 (11 - 30)	12,19 ± 9	10 (0 - 33)
Test İstatistiği	U=1238,5		U=936	
p	0,007		<0,001	
Kontrollere düzenli gitme durumu				
Evet	22,19 ± 5,4	23 (9 - 30)	19,47 ±9,59	18 (0 - 46)
Hayır	21,85 ±5,48	22 (6 - 30)	20 ± 10,18	17,5 (5-48)
Test İstatistiği	U= 3486,500		U= 3689,000	
p	0,629		0,928	
İlaçları düzenli kullanma durumu				
Evet	22,11 ±5,38	23 (9 -30)	19,32±9,41	18 (0 -46)
Hayır	22,13 ±5,62	22,5 (6 -0)	21 ± 11,24	18 (5 -48)
Test İstatistiği	U= 2772,500		U= 2916,500	
p	0,988		0,630	

U: Mann Whitney U Testi; χ^2 : Kruskal Wallis Testi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

4.5. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYİ İLE DEPRESYON DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULAR

Katılımcıların Psikolojik Kırılgnlık Ölçek puanı ile Beck Depresyon Ölçek puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,418$; $p<0,001$).

Çizelge 4. 5. Ölçekler ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Son 6 ay içinde kronik hastalığınız nedeniyle hastaneye yatış sayısı	Psikolojik Kırılgnlık Ölçeği
Psikolojik Kırılgnlık Ölçeği	r	-0,191	
	p	0,074	
Beck Depresyon Ölçeği	r	-0,042	0,418
	p	0,701	<0,001

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu bölümde hastaların psikolojik kırılganlık ve depresyon düzeyine ait bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmada hastaların psikolojik kırılganlık ölçek puan ortalamaları $22,11 \pm 5,4$ tür. Ölçekten en düşük 6 en yüksek 30 puan alınabildiği düşünüldüğünde hastaların psikolojik kırılganlıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Literatür gözden geçirildiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılganlık düzeylerini değerlendirilen bir çalışmaya ulaşılammıştır. Ancak farklı örneklem gruplarında yapılmış kısıtlı sayıda psikolojik kırılganlık ile ilgili çalışmaya rastlamak mümkündür.

Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin düşük veya orta düzeyde psikolojik kırılganlık yaşadıkları görülmektedir. Sarıçalı ve Satıcı (2017)'nin gerçekleştirdikleri araştırmada üniversite öğrencilerinin orta düzeyde psikolojik kırılganlık yaşadıkları bulunmuştur. Köksal vd. (2023)'nin çalışmasında ise öğrencilerin düşük düzeyde psikolojik kırılganlığa sahip oldukları belirlenmiştir.

Literatürde farklı örneklem grupları ile yürütülen diğer çalışmalarda katılımcıların farklı düzeylerde psikolojik kırılganlık yaşadıkları bildirilmektedir. Akdeniz (2018)'in yaptığı çalışmada öğretmenlerin psikolojik kırılganlık ortalamasının $14,85 \pm 4,581$ ile orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Yeşilkanat (2018) tarafından gerçekleştirilen, 4 farklı ilden 18-68 yaş aralığında toplam 390 katılımcının ele alındığı çalışmada katılımcıların psikolojik kırılganlıklarının orta düzeyde olduğu

bulunmuştur. Bayraktar (2019)'ın antrenörleri; Kırım (2021)'in spor ve yaşam merkezlerine üye olan kadınları ele aldıkları çalışmalarda da katılımcıların orta düzeyde kırılabilirlik yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak Özkaynak (2020)'in gerçekleştirdiği çalışmada kadınların, Uluç (2022)'un gerçekleştirdiği çalışmada bireysel ve takım sporlarında mücadele eden sporcuların psikolojik kırılabilirlik düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Araştırma sonuçlarındaki farklılıkların araştırmaların yapıldığı örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma bulgumuz değerlendirildiğinde; kronik bir hastalığa sahip olmanın psikolojik kırılabilirlik düzeyi üzerinde önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir ve kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılabilirlik gelişimi açısından riskli bir grup olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu da düşünüldüğünde hasta örneklemini üzerinde psikolojik kırılabilirliği değerlendirmeye ilişkin daha fazla sayıda çalışmanın yürütülmesi gerektiği söylenebilir.

5.2. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE PSİKOLOJİK KIRILGANLIK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda hastaların yaş değişkenine göre psikolojik kırılabilirlik düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermemekle beraber psikolojik kırılabilirliğin yaşlı bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucun ortaya çıkmasında yaşlılıkla birlikte fiziksel yetersizliklerin ve sağlık problemlerinin artış göstermesi, sosyal uğraşlardan uzak kalınması, yalnızlık ve sosyal statü kaybı gibi nedenlerin etkili olduğu söylenebilir. Araştırmamızla benzer şekilde yaş değişkeni ile psikolojik kırılabilirlik arasında anlamlı bir ilişki bildirmeyen araştırmalar da bulunmaktadır. Akdeniz (2018) tarafından beden eğitimi öğretmenleri ile yapılan araştırmada psikolojik kırılabilirlik düzeyinin yaş değişkenine göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Bayraktar (2019)'ın antrenörler üzerinde gerçekleştirdiği araştırmasında katılımcıların yaş değişkeni ile psikolojik kırılabilirlik düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Yıldırım ve Sarıçam (2022) tarafından yetişkinlerin mükemmeliyetçilik ve psikolojik kırılabilirlik düzeylerinin incelendiği çalışmada da yaş gruplarına göre psikolojik kırılabilirlik puanlarının anlamlı şekilde farklılık göstermediği neticesine varılmıştır.

Araştırma bulgularımızla örtüşmeyen çalışma sonuçları da mevcuttur. Bu durumun büyük oranda örneklem grupları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ngo (2001) yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada yaşlıların sosyal ve fiziksel kırılganlıklarının yanında psikolojik kırılganlıkların da daha fazla olduğu sonucuna varmıştır. Yeşikanat (2018)'in aleksitimi, duygusal denge ve depresyonun kırılganlığa etkisini incelediği çalışmasında yaş grupları ile psikolojik kırılganlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşmıştır. Aynı çalışmada 25 yaş altı bireylerin psikolojik kırılganlık düzeyleri 25-35, 36-44 ve 45 yaş üstü bireylere göre daha yüksek iken psikolojik kırılganlık düzeyinin en düşük 36-44 yaş arasındaki bireylerde olduğu görülmüştür. Kırım (2021)'in kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada yaş ile psikolojik kırılganlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, 35 yaş ve altı kadınların psikolojik kırılganlık düzeylerinin 51 yaş ve üzeri kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda hastaların medeni durum değişkenine göre psikolojik kırılganlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu, boşanmış/dul olan hastaların psikolojik kırılganlık düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızla benzer şekilde Thoits (1982) çalışmasında medeni durum değişkeninin psikolojik kırılganlık düzeyinde bir farklılık ortaya çıkarttığını ifade etmektedir. Medeni durum değişkenine göre psikolojik kırılganlık düzeylerine dair bazı çalışmaların farklı sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Yeşikanat (2018), Akdeniz (2018), Bayraktar (2019)'in gerçekleştirdikleri çalışmalarda katılımcıların medeni durum özelliklerine göre psikolojik kırılganlık düzeylerinde farklılık saptanmamıştır. Boşanmış/dul bireylerin genel olarak ekonomik zorluklar ve sosyal destek azlığı yaşamaları, duygusal yalnızlık içinde olmaları, sorumluluklarının artması hastaları psikolojik açıdan yıpratmaktadır. Bu gibi olumsuz durumlarla birlikte kronik bir hastalığın varlığı, boşanmış/dul olan hasta grubunda psikolojik kırılganlık puanlarının yüksekliğini açıklayabilir.

Araştırmamızda psikolojik kırılganlık ile eğitim düzeyi değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip

hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin okuryazar olmayanlar/ okuryazar olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırmamızla benzer şekilde Phifer (1990) doğal afetlerle bağlantılı kaygı ve depresyon düzeylerini konu edindiği araştırmasında eğitim düzeyi ile psikolojik kırılma arasında anlamlı negatif yönde bir ilişkinin bulunduğu sonucuna ulaşmıştır. Diğer taraftan araştırma bulgumuzla örtüşmeyen şekilde Yeşikanat (2018), Akdeniz (2018), Bayraktar (2019) tarafından yapılan araştırmalarda eğitim durumu değişkeni ile psikolojik kırılma düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek hastaların sahip oldukları bilgi ve beceri sayesinde sorunlarla daha etkili başa çıkabildikleri, çevreleriyle iyi iletişim kurabildikleri, kendilerini daha iyi ve daha rahat ifade edebildikleri söylenebilir. Bunun aksine okuryazar olmayan/okuryazar olan hastaların ise yaş seviyelerinin de yüksek olmasına bağlı olarak okuduklarını anlamada zorluk yaşayabildikleri, bilgiyi edinmede başkalarının desteğine ihtiyaç duyabildikleri, kendilerini ifade etmekte zorlanabildikleri düşünülmektedir. Tüm bu etmenler hastaların hastalık süreci ile etkili şekilde baş edebilmelerini güçleştiriyor olabilir. Dolayısıyla bahsedilen etmenlerin varlığı okuryazar olmayan/okuryazar olan hasta grubunda psikolojik kırılma puanlarının yüksekliğini açıklayabilir.

Hastaların çalışma durumları ile psikolojik kırılma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmayan hastaların psikolojik kırılma düzeylerinin yarı zamanlı çalışan/çalışan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmayan hastalar için ekonomik zorlanmayla ihtiyaçlarının karşılanmasındaki yetersizliklerle birlikte hastalığın getirmiş olabileceği ekonomik yükten kaynaklı olabilir. Literatürde çalışma durumu ile psikolojik kırılma düzeyi arasındaki ilişkiyi ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda hastaların yaşadığı yer değişkenine göre psikolojik kırılma düzeylerinin istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Köyde yaşayanların psikolojik kırılma düzeyleri il/ilçe/kasaba da yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bayraktar (2019)'ın antrenörler üzerinde gerçekleştirmiş olduğu çalışmasında katılımcıların yerleşim merkezi değişkenine göre psikolojik kırılma düzeylerinin istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Köyde yaşayanların psikolojik kırılma düzeylerinin daha yüksek olması il ve ilçe

merkezlerinin sosyal ve ekonomik avantajları, sosyal hizmetlere ve kaynaklara ulaşım kolaylığı gibi etmenlere bağlı olabilir.

Araştırmamızda geniş aileye sahip hastaların psikolojik kırılganlık düzeyleri çekirdek aile sahip hastalardan anlamlı olarak daha yüksektir. Bu duruma çekirdek ailede aile üyelerinin daha yakın ilişki ve paylaşım imkânına sahip olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde aile tipi ile psikolojik kırılganlık düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda sağlığını kötü algılayan hastaların psikolojik kırılganlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç Yeşilkanat (2018)'in araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Yeşilkanat (2018) çalışmasında katılımcıların sağlığını algılama değişkenine göre psikolojik kırılganlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Sağlığını kötü algılayan hastalarda psikolojik kırılganlık düzeylerinin yüksek olması kronik hastalıkların beraberinde getirdiği yükler, fiziksel engeller, günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan kısıtlılıklar, hastalığa bağlı stresörler gibi olumsuzluklar ile hastaların daha olumsuz bir bakış açısına sahip olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmamızda hastalığın yaşamını olumsuz etkilediğini ifade eden hastaların psikolojik kırılganlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum kronik hastalıklara sahip bireylerin hastalığın fiziksel, sosyal, psikolojik olumsuz yansımaları karşısında daha hızlı ve daha fazla etkileniyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Özkaynak (2020)'in kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise araştırma bulgumuzdan farklı olarak kronik hastalık değişkeni ile psikolojik kırılganlık düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların cinsiyeti, gelir durumu, son 6 ay içerisinde hastaneye yatma durumu, kontrollere düzenli gitme durumu ve ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile psikolojik kırılganlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5.3. HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda hastaların depresyon puan ölçeği ortalaması $19,59 \pm 9,7$ dir ve orta düzeyde depresyon yaşadıkları söylenebilir. Literatür gözden geçirildiğinde; Aytap (2020), Abdan (2023) tarafından genel olarak kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde yapılan araştırmalarda katılımcıların orta düzeyde depresyon yaşadıkları bulunmuştur. Bununla birlikte Korkmaz ve Tel (2010)'in KOAH; Aba ve Tel (2012)'in diabet; Hoang vd. (2022)'nin hemodiyaliz hastalarını ele aldıkları araştırmalarda da araştırma bulgumuzu destekler yönde katılımcıların orta düzeyde depresyon yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde bazı araştırmalarda ise kronik hastalığa sahip bireylerin düşük düzeyde depresyon yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aydoğan vd. (2012) kanser hastaları, Kutlu vd. (2015) göğüs cerrahisi servisinde yatan hastaları, Avcı (2018) kalp yetersizliği olan hastaları, Abdülkerim (2019) KOAH hastaları, Umer vd. (2019) ve Omar vd. (2023) kardiyovasküler hastaları ele aldıkları çalışmalarda hastaların düşük ve hafif düzeyde depresyon yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır. Çetinkaya vd. (2008) hemodiyaliz hastalarında; Aydemir (2015) kronik solunum ve kalp hastalarında; Gökçek vd. (2019) KOAH hastalarında depresyonun oldukça yüksek oranda bulunduğunu ortaya koymuştur. Bazı araştırmalarda ise kronik bir hastalığa sahip olmanın hastaların depresyon düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (Yıldız vd, 2009).

Hacıhasanoğlu vd. (2010)'e göre ise; bireyin sahip olduğu hastalık türünün depresyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yoktur. Hastalık bireyin yaşamını ne kadar fazla etkiliyorsa depresyon puanı da buna bağlı olarak artmaktadır (Hacıhasanoğlu vd, 2010). Araştırma sonuçlarında hastaların depresyon düzeyindeki farklılığın araştırmaların yapıldığı örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DEPRESYON DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda hastaların yaş, medeni durum, çalışma durumu ve son altı ay içerisinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu özellikleri ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların yaş gruplarına göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve yaş arttıkça depresyon puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Literatürde kronik hastalığı olan bireylerle yürütülen çalışmalarda araştırma bulgumuzu destekler nitelikte yaş ile depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiden bahsedilmektedir (Hacıhasanoğlu vd, 2010; Aba ve Tel, 2012; Kocaman Yıldırım vd, 2013; Aydemir vd, 2015; Sun vd, 2016; İlhan, 2019; Medeni vd, 2020). Farklı olarak Lee vd. (2021), depresyon prevalansının yaşla bildirirken Avis vd. (2012), Soqia vd. (2022) meme kanseri olan bireyler üzerinde yapmış oldukları çalışmalarda yaş azaldıkça depresyonun arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Yaş arttıkça depresyon puanları artmakla birlikte yaş ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Korkmaz ve Tel, 2010; Koç ve Sağlam, 2011; Uysal ve Akpınar, 2013; Sönmez ve Kasım, 2013; Kahraman 2016; Buldan, 2017; İnan 2019; Abdan 2023). Yaşla birlikte beden fonksiyonlarındaki yavaşlama ve bozulmalar, kronik hastalıkların getirdiği psikososyal sorunlar, ilerleyen yaşla birlikte yakınlarını kaybetme, ölüm korkusu, sosyal kısıtlılık, yaşam kalitesini arttıracak ve hayata anlam katacak sosyal aktivitelerden uzak kalma gibi nedenlerin yaş ile birlikte depresyon düzeyinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların medeni durum değişkenine göre depresyon düzeylerinde anlamlı farklılaşma olduğu, boşanmış/dul olan hastalarda depresyon düzeylerinin bekâr ve evli hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgunun literatürde yapılan birçok çalışmayla benzer olduğu görülmüştür (Kelleci vd, 2009; Kotwal ve Prabhakar, 2009; Çam ve Nehir; Zafar ve Kausar 2014; Canatan vd, 2019; Taş ve İme, 2019; Nakagomi vd, 2020; Hsu vd, 2020; Gloria vd, 2024). Araştırma bulgularımızdan farklı olarak diğer araştırmalarda hastaların medeni durumu ile depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık

saptanmamıştır (Zhang vd, 2008; Koç ve Sağlam, 2011; Aydoğan vd, 2012; Tutuk ve Altun, 2014; Buldan ve Kurban, 2018; Aytap ve Özer 2021; Abdan, 2023). Boşanma sonrası dönemde yaşanan psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlar sebebiyle bireylerin daha yüksek düzeyde depresyon yaşadıkları görülmüştür (Michael vd, 2007; Verbakel, 2012). Özellikle uzun yıllar süren evliliklerden sonra eşin kaybı nedeniyle diğer eşin, dayanılmaz ve yoğun bir yalnızlık duygusu yaşadığı bilinmektedir. (Srivastava vd, 2021; Ansari vd, 2021). Cacioppo vd. (2010); Charles, (2015)'in araştırmalarında yalnızlığın depresyon için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Yine Desai vd. (2016), Kabátová vd. (2016), Grover vd. (2018) araştırmalarında yalnızlık ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuşlardır. Yalnızlığın getirmiş olduğu psikososyal sorunlara ek olarak kronik bir hastalığın bulunması boşanmış/dul olan hasta grubunda depresyon puanlarını yükselten psikososyal bir etken olmuş olabilir.

Araştırmamızda çalışmayan ile yarı zamanlı çalışan / çalışanlar arasında farklılık olduğu, çalışmayan hastaların depresyon puanlarının yarı zamanlı çalışan /çalışan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Aytap ve Özer (2021)'in çalışmasında benzer şekilde kronik hastalığa sahip bireylerden çalışmayanların daha yüksek depresyon düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Araştırma bulgularından farklı olarak kronik hastalığı olanlarda çalışma durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmayan araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Kelleci vd, 2009; Hacıhasanoğlu vd, 2010; Tutuk ve Altun, 2014; Aydemir vd, 2015; Buldan, 2017). Holland, (2012), Norström vd. (2014), Brydsten vd. (2015), araştırmalarında işini kaybetme ve işsizlik durumunun bireylerin zihinsel sağlığını büyük ölçüde etkileyerek depresyona sebep olduğunu ortaya koymuşlardır. Bireyin çalışma hayatı içerisinde faaliyet göstermesi ve çalışma hayatının bireye kazandırdıkları bireyin yaşamı açısından vazgeçilmez unsurları içinde barındırmaktadır (Yılmaz vd, 2010). Emeklilikle birlikte iş yaşamından uzaklaşmış olmak, maddi yetersizlikler, sosyal çevrenin yitirilmesi, kronik bir hastalığa sahip olmanın getirdiği ekonomik yük gibi etmenler bireyleri psikolojik açıdan zorlayabilmektedir. Çalışma hayatının sonlanmasıyla yaşanabilecek psikososyal sorunlar çalışmayan hastalarda depresyon puanlarının yüksekmesine neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda sağlığını kötü algılayan hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Keskinoglu vd, 2006; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım 2009; Koç ve Sağlam, 2011; Can, 2018; Aytap, 2020). Kronik bir veya birkaç hastalığın varlığı ve hastalığın bireylerde oluşturduğu olumsuz bakış açısı sağlığını kötü algılayan hasta grubunda depresyon puanlarının yüksekliğini açıklayabilir.

Son altı ay içerisinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Son 6 ay içerisinde hastane yatışı olanlarda puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir. Araştırmalarda depresyon düzeyinin sık aralıklarla hastaneye yatanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve depresyon ölçeği ile hastaneye yatma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Koç, 2011; Yıldırım vd, 2012). Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmalarda hastaneye yatma sıklığı ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişkiden bahsetmeyen çalışmalar da bulunmaktadır (Ofraz ve Varol, 2010; Ay, 2011; Buldan, 2017; İlhan, 2019). Hastaneye yatış sıklığı arttıkça günlük yaşam faaliyetlerinin sınırlandığı bildirilmektedir (Karaca ve Mert, 2011). Yapılan araştırmalarda günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasının yaşam memnuniyetini dolayısıyla depresyon düzeyini etkilediğini bildirmektedir (Smith, 2007; Na ve Streim, 2017).

Araştırmamızda hastalıktan olumsuz etkilenen hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma bulgumuzla benzer şekilde Liman (2011) kronik hastalığa sahip ergenler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında hastalık sebebiyle fiziksel ve psikolojik olumsuz etki hisseden bireylerin depresyon düzeylerinin yüksek, hastalığın kendisini olumsuz etkilemediğini düşünenlerde ise depresyon düzeylerinin düşük olduğunu tespit etmiştir. Buldan (2017)'ın kronik hastalar üzerinde gerçekleştirmiş olduğu araştırmada, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalığın olumsuz şekilde kendilerini etkilediğini ifade edenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik hastalıklara sahip bireylerin ekonomik, fiziksel, sosyal, psikolojik bir takım kısıtlamalarla karşı karşıya kalması, yaşam akışının olumsuz etkilenmesi bireylerin hastalıkları ile ilgili olumsuz

bir algıya sahip olmalarına neden olabilmektedir. Bu durum kronik hastalıkların yaşamını olumsuz etkilediğini ifade eden hasta grubunda depresyon yüksekliğini açıklayabilir.

Hastaların cinsiyeti, gelir durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yerleşim yeri, ilaçları düzenli kullanıp kullanmama, kontrollere düzenli gidip gitmeme durumları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5.5. HASTALARIN PSİKOLOJİK KIRILGANLIK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmada hastaların psikolojik kırılabilirlik ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların psikolojik kırılabilirlik düzeyleri arttığında depresyon düzeyleri artmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde ülkemizde kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılabilirlik ve depresyon düzeylerinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte depresyon psikolojik kırılabilirlik ilişkisini ele alan çalışmalara rastlamak mümkündür.

Sinclair ve Wallston (1999), psikolojik kırılabilirlik düzeyi yüksek olan bireylerin diğer bireylere göre daha fazla olumsuz duygu durumu içinde bulduklarını, hem ruhsal olarak hem de fiziksel olarak bu durumdan olumsuz etkilendiklerini belirtmektedir. Updegraff ve Taylor (2000) tarafından benzer şekilde psikolojik kırılabilirliği yüksek bireylerin depresyona yakalanma açısından riskli olduğu ifade edilmektedir. Antypa vd. (2017) depresyon ile psikolojik kırılabilirlik arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarında, depresyonlu bireylerin daha yüksek psikolojik kırılabilirlik düzeyine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Depresif bireylerin olaylar karşısında duygusal olarak daha fazla ve hızlı bir şekilde etkilenmeleri kırılabilirlik ile açıklanabilir. (Van Der Does, 2005 Dean, 2020; Mohammad Reza Beigi, 2022). Araştırma bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Kronik hastalıklar insanları hem fiziksel hem de psikososyal açıdan etkileyen önemli yaşam hadiselerinden biridir. Kronik hastalıkların beraberinde getirdikleri zorluklar, hastaların yaşadıkları olumsuzluklar onların fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Hastaların yaşadığı umutsuzluk, hastalığa uyum çabaları, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi, fiziksel kısıtlılıklar, sosyal yaşamın kısıtlanması gibi etmenler hastalarda psikolojik kırılganlığa dolayısıyla depresyonun gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Mechanic ve Tanner, 2007; Ingram ve Price, 2010). Bu kapsamda, bireylere psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakım veren psikiyatri hemşireleri, kronik hastalığı olan bireylerin psikososyal açıdan değerlendirilmesinde, uygun hemşirelik girişimlerin planlanması ve uygulanmasında etkin rol oynayabilirler (Demirci ve Üstün 2022). Psikiyatrisi hemşireliği uygulamalarının yaygınlaştırılması hastalarda hastalık sürecinde ortaya çıkabilecek psikososyal sorunların önlenmesi noktasında ciddi katkılar sağlayacaktır.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Kronik hastalıklar; fiziksel, psikolojik, sosyal vb. şekilde insanların hayatlarına farklı açılardan tesir eden, sıklığı ve yaygınlığı her geçen gün artan önemli yaşam olaylarından birdir. Bu araştırmanın temel amacı kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılganlık ve depresyon düzeylerinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda araştırma sürecinde elde edilen bulgulara dair şu sonuçlar ortaya konulmuştur.

- Araştırmamızda hastaların psikolojik kırılganlık ölçek puan ortalamaları $22,11 \pm 5,4$ olarak bulunmuştur. Ölçekten en düşük 6 en yüksek 30 puan alınabildiği düşünüldüğünde hastaların yüksek düzeyde psikolojik kırılganlığa sahip oldukları söylenebilir.
- Yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılganlık düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermemekle beraber psikolojik kırılganlığın yaşlılarda ve kadınlarda az da olsa yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik kırılganlık puan ortalamaları ile medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, sağlığı algılama durumu ve hastalığın yaşamı etkileme durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.
- Araştırmamızda, boşanmış/dul olan hastaların evli olan hastalara göre psikolojik kırılganlık düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların psikolojik kırılganlık düzeylerinin okuryazar olmayanlar/ okuryazar olanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür.

- Kronik hastalığa sahip bireylerden çalışmayanların çalışanlara göre psikolojik kırılganlık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Köyde yaşayan hastaların, il/ilçe/kasabada yaşayan hastalara göre psikolojik kırılganlık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Kronik hastalığa sahip bireylerden geniş aile yapısına sahip olanların, çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre psikolojik kırılganlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.
- Sağlığını kötü algılayan hastaların sağlığını orta ve iyi/çok iyi algılayanlara göre psikolojik kırılganlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.
- Hastalığının yaşamını etkilediğini belirten kronik hastaların psikolojik kırılganlık düzeyleri etkilemediğini söyleyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Kronik hastalığa sahip bireylerin gelir, sağlık güvencesi, son altı ay içerisinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma, kontrollere düzenli gidip gitmeme, ilaçları düzenli kullanıp kullanmama durumlarına göre psikolojik kırılganlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon puan ortalamaları $19,59 \pm 9,7$ dir. Kronik hastalığı olan bireylerin orta düzeyde depresyona sahip oldukları tespit edilmiştir.
- Kronik hastalık sahibi bireylerin depresyon düzeyleri ile yaş, medeni durum, çalışma durumu, sağlığı algılama durumu, hastalığın yaşamı etkileme durumu ve son altı ay içerisinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmada, yaş arttıkça depresyon puan ortalamalarının arttığı görülmüştür.
- Boşanmış/dul olan hastalarda depresyon puan ortalamalarının evli ve bekâr hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmayan hastaların depresyon puanlarının yarı zamanlı çalışan /çalışan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Sağlığını kötü algılayan hastaların depresyon puanlarının sağlığını orta ve iyi/çok iyi algılayan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Son altı ay içerisinde kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatanların depresyon puanlarının hastane yatışı olmayan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hastalığının yaşamını etkilediğini belirten hastaların depresyon puanlarının hastalığının etkilemediğini söyleyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, yerleşim yeri, ilaçları düzenli kullanıp kullanmama, kontrollere düzenli gidip gitmeme durumları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Hastaların psikolojik kırılganlık ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırma kapsamında belirlenen amaç doğrultusunda elde edilen bulgulardan yola çıkılarak şu önerilerde bulunulmuştur.

- Araştırmada kronik hastalığa sahip bireylerin kırılganlık düzeylerinin yüksek, depresyon düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Psikolojik kırılganlık ile depresyon arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunduğu göz önüne alındığında, kronik hastalığa sahip bireylerin psikolojik kırılganlık ve depresyon düzeylerini düşürmeye yönelik müdahale programları geliştirilebilir. Kronik hastalık sahibi bireylere yönelik tedavi süreci, hastanın kullandığı ilaçlar, ilaçların etki ve yan etkileri, tedaviye uyumu etkileyebilecek durumları içeren eğitimler düzenlenebilir.
- Kronik hastalık sahibi bireylerin hastalık süreci ile etkili şekilde baş edebilmeleri için psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulabilir.
- Depresyon puan ortalamalarının yaşla birlikte arttığı göz önüne alındığında, kronik hastalıklara sahip yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik düzenli sağlık taramaları gerçekleştirilebilir.
- Psikiyatri hemşireleri dâhili kliniklerde çalışan hemşirelere hastaları psikososyal yönden değerlendirebilmeleri ve psikososyal bakım sunabilmeleri açısından destek sağlayabilirler. Bununla birlikte kronik hastalarda olası

psikiyatrik bozuklukların tanınmasına dair hemşirelere hizmet içi eğitimlerin verilmesi önemlidir. Konuyla ilgili hizmet içi eğitim programları düzenlenebilir.

- Kronik hastalıkların psikososyal etkileri, depresyon ve diğer psikolojik sorunlarla ilişkilerine dair çok sayıda araştırma olmasına rağmen, literatür incelendiğinde kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ve psikolojik kırılganlık düzeylerinin birlikte incelendiği araştırmalara rastlanılamamıştır. Bu konuda detaylı ve kapsamlı çalışmalar yürütülebilir.

KAYNAKÇA

Aba, N. ve Tel, H., “Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1 (1): 18-23 (2012).

Abdan, Ç., “Kronik hastalık tanısı alan birey ve yakınlarında depresyon ve aile içi rol değişimi”, Yüksek Lisans Tezi, *Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Karabük, 60-100 (2023).

Abdulkerim, Ş., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 15-34 (2019).

Aday, L. A., “Health status of vulnerable populations”, *Annual Review of Public Health*, 15 (1): 487-509 (1994).

Aday, L., “At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States 2nd Edition”, *Jossey-Bass*, San Francisco, (2001).

Akdeniz, H., “Beden eğitimi öğretmenlerinin psikolojik kırılganlık ve öğrenilmiş güçlülük düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, Doktora Tezi, *Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, Sakarya, 58-77 (2018).

Akın, A. ve Eker, H. “Turkish version of the Psychological Vulnerability Scale: A study of validity and reliability”, *32th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society’da sunulmuştur*, 18-20 Temmuz, Münster, Almanya (2011).

Almeida Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A. and Kawachi, I., “Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class”, *Social Science & Medicine*, 59 (7): 1339-1353 (2004).

Almutary, H., “A Cross-sectional Study of Depression among Non-dialysis Stage 3-5 Chronic Kidney Disease Patients”, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 33 (4): 535-542 (2022).

American Psychiatric Association, “American psychiatric association diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V 5nd ed.”, *American Psychiatric Publishing*, Arlington, 160-162 (2013).

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R. C., Kawakami, N., Kılıç, C., Offord, D., Üstün, T. B. And Wittchen, H. U., “The epidemiology of

major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys”, *Int J Methods Psychiatr Res*, 12 (1): 3-21 (2003).

Ansari, S., Muhammad, T. and Dhar, M., “How does multi-morbidity relate to feeling of loneliness among older adults evidence from a population-based survey in India”, *Journal of Population Ageing*, 16: 45-66 (2021).

Antypa, N., Verkuil, B., Molendijk, M., Schoevers, R., Penninx, BWJH. and Van Der Does, W., “Associations between chronotypes and psychological vulnerability factors of depression”, *Chronobiology International*, 34 (8): 1125-1135 (2017).

Ardahan, M., Arabacı, Z. ve Limoncu, G., “Yaşlıların sağlık sorunları ile baş etme yöntemleri”, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6: 28-43 (2015).

Arıcı, H., “Kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri etkileşimi”, Yüksek Lisans Tezi, *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Gaziantep, 1-93 (2018).

Atasoy, V., Anaforoğlu, İ., Algün, E. ve Kutanis, R., “Depression, Anxiety and Quality of Life Among Adult Turkish Patients with Type 1 Diabetes Mellitus”, *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17 (2): 28-32. (2013).

Avcı, A., “Kalp yetersizliği olan yaşlılarda günlük yaşam aktivite ve depresyon belirti düzeyinin uyku kalitesine etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Mersin, 36-38 (2018).

Avis, N. E., Levine, B. and Naughton, M. J., “Explaining age-related differences in depression following breast cancer diagnosis and treatment”, *Breast Cancer Res Treat*, 136: 581-591 (2012).

Ay, F., “Hastanede yatarak tedavi gören yaşlı hastalarda depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu yaygınlığı, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri ile demografik ve klinik özellikler arasındaki ilişki”, Tıpta Uzmanlık Tezi, *Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Eskişehir, 38-82 (2011).

Aydemir, Ö., Ergün H., Soygür, H., Kesebir, S. ve Tulunay, C., “Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi: Kesitsel bir çalışma”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (3): 205-212 (2009).

Aydemir, Y., Doğu. Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E.Ö. ve Gündüz, H., “Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi”, *Sakarya Tıp Dergisi*, 5 (4): 199-203 (2015).

Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. ve Sağlam, K., “Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16 (2): 55-60 (2012).

Ayrap, F., “Aile Sağlığı merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler”, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*, İstanbul 14-31 (2020).

Ayrap, F. ve zer, Z., “Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* , 15 (2): 212-222 (2021).

Bag, B., “Kanser Hastalarında Depresyon”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6 (2): 186-198 (2014).

Bayraktar, K., “Antrenörlerin sosyal iyi oluş düzeylerinin psikolojik kırılganlığa olan etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Karaman, 35-71 (2019).

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. And Erbaugh, J., “An inventory for measuring depression”, *Archives of General Psychiatry*, 4 (6): 561-571 (1961).

Beck, A. T., “Cognitive Models of Depression”, *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application*, R. L. Leahy and E. T. Dowd (Eds.), *Springer Publishing Company*, 14 (1): 29-61 (2002).

Bektaş Akpınar, N. ve AŞkın Ceran, M., “Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği”, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3 (2): 140-152 (2019).

Beutel, M. E. and Schulz, H., “Epidemiologie psychisch komorbider Störungen bei chronisch körperlichen”, *Erkrankungen. Bundesgesundheitsbl*, 54:15-21 (2011).

Binbay, T., Alptekin, K., Ulaş, H., Direk Tecirli, N., Aker, A., Akvardar, Y., Cimilli, H., am, B., Deveci, A., Gültekin Kadri B., Sar, V., Taycan, O., “Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için neriler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25 (4): 264 -281 (2014).

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lpine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R. and Kessler, R. C., “Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode”, *BMC Med*, 9: 1-16 (2011).

Brown, S., Brady, G., Franklin, A., Bradley, L., Kerrigan, N., and Sealey, C., “Child sexual abuse and exploitation: understanding risk and vulnerability”, *Early Intervention Foundation*, 1-64 (2016).

Brydsten, A., Hammarström, A., Strandh, M. and Johansson, K., “Youth unemployment and functional somatic symptoms in adulthood: results from the northern Swedish cohort”, *The European Journal of Public Health*, 25 (5): 796–800 (2015).

Buldan, Ö., “Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki”, Yüksek Lisans Tezi, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Denizli, 32-60 (2017).

Buldan, Ö ve Kurban, N. K., “Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11 (4): 274-282 (2018).

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. and Thisted, R. A., “Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study”, *Psychol Aging*, 25 (2): 453-463 (2010).

Can, M., “Diyarbakır il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının anksiyete/depresyon düzeyleri ve bu durumu etkileyen faktörler”, Uzmanlık Tezi, *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Diyarbakır, 33-58 (2018).

Canatan, K., Bilge, Y., ve Çapar, H. “Tek Ebeveynli Aile Bağlamında Yaşayan Annelerin Sosyal Ve Psikolojik Problemleri: Küçükçekmece Örneği”, *Turkish Studies Social Sciences*, 14 (4): 1331-1354 (2019).

Charles, Z., “İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre II 1.baskı”, *Nika Yayınevi*, Ankara, 319-320 (2015).

Clark, D. O., Stump, T. E., Miller, D. K. And Long, J. S., “Educational disparities in the prevalence and consequence of physical vulnerability”, *Journal of Gerontology: Social Science*, 62 (3): 193-197 (2007).

Cocksedge, K. A., Simon, C. and Shankar, R., “A difficult combination: chronic physical illness, depression, and pain”, *Br J Gen Pract*, 64 (626): 440-441 (2014).

Corbin, J. M., “The Corbin and Strauss chronic illness trajectory model: an update”, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12 (1): 33-41 (1998).

Crocker, J., “Contingencies of self-worth: implications for self-regulation and psychological vulnerability”, *Self and Identity*, 1 (2): 143–149 (2002).

Crocker, J. and Park, L. E., “Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth”, Handbook of self and identity, M. R. Leary and J. P. Tangney (Eds.), *The Guilford Press*, 291-313 (2003).

Çam, O. ve Nehir, S., “Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27: 47-59 (2011).

Çelik, F. H ve Hocaoğlu, Ç., “Majör depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme” *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6 (1): 51-66 (2016).

Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A. ve Özdemir, D. “Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 78-84 (2008).

Davison G. C. and Neale, J. M., “Anormal psikolojisi”, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, 213-235 (2004).

Dean, L., Cooper, J., Wurie, H., Kollie, K., Raven, J., Tolhurst, R., MacGregor. H., Hawkins, K., Theobald, S. and Mansaray, B., “Psychological resilience, fragility and the health workforce: lessons on pandemic preparedness from Liberia and Sierra Leone”, *BMJ Glob Health*, 5 (9): 1-4 (2020).

Demirci, Ö. ve Besti Ü., “Examination of Psychological Resilience Levels and Related Factors of Coronary Heart Patients”, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 13 (32): 149-158 (2022).

Demirkol, M. ve Tamam, L., “Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (1): 85-93 (2016).

Desai, R., Abraham, D., Harshe, D., Ramakrishnan, A., Cholera, R., Kale, S., “A study of depression, perceived loneliness, cognitive function and independence in daily activities in home and institution based older people: A crosssectional comparative study”, *J Geriatr Ment Health*, 3 (2): 140-144 (2016).

Dudak, H. A., Çakıl, E., Aykut, M., Çetinkaya, F., Günay, O. ve Öztürk, Y. “Kayseri il merkezindeki yaşlıların mediko-sosyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (4): 202-212 (2006).

Egede, L. E., “Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability”, *General Hospital Psychiatry*, 29 (5): 409-416 (2007).

Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S. and Gross, J. J., “Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal”, *Emotion*, 10 (4): 563–572. (2010).

Ekşi, H., Bikeç, S. M. ve Ümmet, D., “Öğretmen adaylarında kendini sansürleme, psikolojik kırılabilirlik ve koşullu öz değer. Küreselleşen dünyada eğitim el kitabı”, *Pegem Yayıncılık* Ankara, 440-450 (2017).

Ekşi, H., Erök Özkapu, D. ve Ümmet, D., “Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Kırılganlıkla Öznel Zindelik Arasındaki İlişkide Genel Psikolojik Sağlığın Aracı Rolü”, *Anemon Muş Alparlan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7 (5): 183-190 (2019).

Feng, M. Y., Bi, Y. H., Wang, H. X. and Pei, J. J., “Influence of chronic diseases on the occurrence of depression: A 13-year follow-up study from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”, *Psychiatry Research*, 326 (115268): 1-8 (2023).

Garmezy, N. “Vulnerability and resilience”, Studying lives through time: Personality and development, D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, K. Widaman (Eds.), *American Psychological Association*, 377–398 (1993).

Gewirth, A., “The basis and content of human rights”, *Nomos*, 23: 119-147 (1981).

Gloria M. U., Jonah O.E., Olusanjo, A. C., Chiebuka, O. E., Nene, J. J., Nwakego, A. U. and Chinyere, A. C., “Post-Stroke Depression and Suicidal Ideations: Relationship with Gender and Marital Status: A Cross Sectional Study”, *J Prim Care Community Health*. Jan-Dec, 15: 1-7 (2024).

Goodwin, R. D., Jacobi, F., Bittner, “Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi”, *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*, Eds: DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg, Çeviri Editörü T Oral, İstanbul, (The American Psychiatric Publishing) Sigma Publishing, 33-54 (2007).

Gorman, L. M. ve Sultan, D. F., “Psikososyal Hemşirelik: Genel hasta bakımı için 3. Baskı”, Öz, F. Demiralp, M. (Çeviri Editörleri), *Akademisyen Tıp Kitapevi*, Ankara, 398-408 (2014).

Gökçek, Ö., Hüzmeli, E. D. ve Katayıfçı, N., “Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1): 84-88 (2019).

Grover, S., Avasthi, A., Sahoo, S., Lakdawala, B., Dan, A., Nebhinani, N., Dutt, A., Tiwari, S. C., Gania, A. M., Subramanyam, A. A., Kedare, J. and Suthar, N., “Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly: A multicentric study under the aegis of Indian association for geriatric mental health”, *Official Journal of Indian Association for Geriatric Mental Health*, 5 (2): 99-106 (2018).

Gudjonsson, G. H., “Psychological Vulnerabilities During Police Interviews. Why are they important?”, *Legal and Criminological Psychology*, 15, 161-175 (2010).

Güleç, C., “Affektif bozuklukları yaygınlığı ve bu konudaki tutumlar üzerine sağlık örgütlenişinin etkisini araştıran bir çalışma”, Doçentlik Tezi, *Hacettepe Üniversitesi*, Ankara (1981).

Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., “Erzincan Huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (1): 25-30 (2009).

Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A. ve Uslu, S., “Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (3): 209- 216 (2010).

Harter, M. C., Conway, K. P. and Merikangas, K. R., “Associations between anxiety disorders and physical illness”, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253 (6): 313-320 (2003).

Helvacı Çelik, F ve Hocoğlu, Ç., “Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6 (1): 51-66 (2016).

Hisli, N., “Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma”, *Türk Psikoloji Dergisi* 6: 118-126 (1988).

Hisli, N., “Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği”, *Psikoloji Dergisi*, 7 (23): 3-13. (1989).

Hoang, V. L., Green, T. and Bonner, A., “Examining social support, psychological status and health- related quality of life in people receiving haemodialysis”, *Journal of Renal Care*. 48 (2):102-111 (2022).

Holland, K., “Effects of Unemployment on Health and Mental Health Based on Gender”, M.Sc.Theis, *Master of Social Work Clinical Research Papers*, St. Catherine University, USA, 1-38 (2012).

Hsu, M. Y., Huang, S. C., Liu, P.L., Yeung, K. T., Wang, Y. M. and Yang, H. J., “The Interaction between Exercise and Marital Status on Depression: A Cross-Sectional Study of the Taiwan Biobank”, *Int J Environ Res Public Health*. 19 (3): 1-11 (2022).

Ingram, R. E. and Luxton, D. D. “Vulnerability-Stress Models”, Development of psychopathology: A vulnerability stress perspective Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Abela, J. R. Z. and Hankin, B. L. (Eds.), 32-46 (2005).

Ingram, R. E., Price, J. M., “Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan (2nd ed.)”, *The Guilford Press*, New York, 3-17 (2010).

International Council of Nurses, (ICN), “Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care”, *International Nurses Day*, 1-69 (2010).

İnternet: Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr> (2023).

İnternet:Türkiye İstatistik Kurumu, “Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2019” <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>, (2023).

İnternet: World Health Organization, “Global status report on noncommunicable diseases 2010”, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579> (2023).

İnternet: World Health Organization, “Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level 2011”, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf (2023).

İnternet: World Health Organization, “Depression and other common mental disorders: global health estimates (2017)”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (2023).

İnternet: World Health Organization, “Noncommunicable Diseases Country Profiles (2018)”, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620> (2023).

İlhan, P., “Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 15-23 (2019).

İnan, A., “Yaşlılarda depresyon ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili risk faktörleri”, Yüksek Lisans Tezi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Malatya, 38-46 (2019).

Kabátová, O., Puteková, S. and Martinková, J., “Loneliness as a Risk Factor for depression in the elderly”, *Clinical Social Work Journal*, 7 (1): 48-52 (2016).

Kafes, A. Y., “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış”, *Humanistic Perspective*, 3 (1): 186-194. (2021).

Kahraman, N., “T.C. Sağlık bakanlığı ankara 3. bölge kamu hastaneleri birliği genel sekreterliği ankara atatürk eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği kliniği diabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”, Uzmanlık Tezi, *T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*, Ankara 34-50 (2016).

Kale, H. P. and Carroll, N.V., “Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors”, *Cancer*. 122 (8): 1283-1289 (2016).

Karaca S. ve Mert, H., “Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (3): 1-7 (2011).

Karadakovan, A. ve Aslan, F. E., “Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım”, *Nobel Tıp Kitapevleri*, Adana, 99-111 (2010).

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

Katon, W., Lin E. and Kroenke, K., “The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness”, *General Hospital Psychiatry*, 29 (2): 147-155 (2007).

Kaya, B., “Küreselleşen Türkiye’nin ruh sağlığına değinmeler: Korku denizini aşmak”, *Özgür Üniversite Forumu*, (26-27): 110-138 (2004).

Kaya, B., “Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 10 (6): 11-20 (2007).

Kaya, B. ve Kaya, M., “1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış” *Klinik Psikiyatri*, 10 (6): 3-10 (2007).

Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S. ve Doğan, S., “Hastanede yatan kalp hastalarında depresif belirtilerin bazı değışkenler yönünden incelenmesi”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12: 90-98 (2009).

Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Bilgiç, N., Uçku, R., Tunca, Z., “Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri”, *Genel Tıp Dergisi*, 16 (1): 21-26. (2006).

Kessler, R. C., “The costs of depression”, *Psychiatric Clinics of North America*, 35 (1): 1-14. (2012).

Kılıç, C., “Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye ruh sağlığı profili raporu” Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed), *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara (1998).

Kırım, G., “Spor ve yaşam merkezlerine üye olan kadınların psikolojik iyi oluş ve psikolojik kırılganlık düzeylerinin incelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı*, Sivas, 38-56 (2021).

Kim, H., Kim, S. H. and Cho, Y. J., “Combined Effects of Depression and Chronic Disease on the Risk of Mortality: The Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2016)”, *J Korean Med Sci*, 36 (16): 1-11 (2021).

Kocaman Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz Karabulutlu, E., Karahisar, F. ve Özkan, S., “Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: çok merkezli bir çalışma”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14 (3): 252-259 (2013).

Koç, Z. “Hastanede yatan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13 (3): 42-52 (2011).

Koç, Z. ve Sağlam, Z., “Hastanede yatan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3: 42-52 (2011).

Korkmaz, T ve Tel, H., “KOAHLı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2): 79-86 (2010).

Kotwal, A. and Prabhakar, T., “Problems of Single Women After Divorce”, *Journal of Marriageand Counseling*, 4: 77-267 (2009).

Köknel, Ö., “Depresyon: Ruhsal çöküntü 6. Baskı”, *Altın Kitaplar Yayınevi*, İstanbul, (2005).

Köksal, Z., Topkaya, N. ve Şahin, E., “Üniversite öğrencilerinde cinsiyet, psikolojik kırılganlık ve öz şefkatin psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 22 (87): 1309-1324 (2023).

Kutlu, R., Demirbaş, N., Çivi, S. ve Can, A., “Göğüs cerrahisi servisinde yatan hastalarda depresyonun ve yaşam kalitesinin kısa form 36 ile değerlendirilmesi”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 23 (3): 524-531 (2015).

Lazarus, R. S. and Folkman, S., “Psychological stress and the coping process”, *Springer*, New York (1984).

Lee, G. A. and Scanlon, A., “The Use of the Term Vulnerability in Acute Care: Why Does it Differ and What Does it Mean?” *Austrlian Journal of Advance Nursing*, 24 (3): 54- 59 (2007).

Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F., Pitman, A., Solmi, F., Sommerlad, A., Steptoe, A., Tymoszuk, U. and Lewis, G., “The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study”, *Lancet Psikiyatrisi*, 8 (1): 48-57 (2021).

Levine, C., “The concept of vulnerability in disaster research”, *Journal of Traumatic Stress*, 17 (5): 395-402 (2004).

Liman, T., “Hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 35-40 (2011).

Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M. and Mohebbi, M., “Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors”, *J Affect Disord*, 241: 461-468 (2018).

Lyubomirsky, S. and Lepper, H. S. A., “Measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation”, *Social Indicators Research*, 46 (2): 137-155 (1999).

- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A. and Fratiglioni, L., "Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden", *Am J Public Health*, 98: 1198-1200 (2008).
- Mechanic, D. and Tanner, J., "Vulnerable people, groups, and populations: Societal view", *Health Affairs*, 26 (5): 1220-1230 (2007).
- Medeni, İ., İlhan, M. N. ve Medeni, V., "Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri", *Kriz Dergisi*, 28 (3): 125-134 (2020).
- Mete, H. E., "Kronik hastalık ve depresyon", *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3): 3-18 (2008).
- Michael, T., Zetsche, U. and Margraf, J., "Epidemiology of Anxiety Disorders", *Psychiatry*, 6 (4): 136-142 (2007).
- Miech, R. A and Shanahan, M. J., "Socioeconomic status and depression over the life course", *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2): 162-176 (2000).
- Mohammad Reza Beigi, D., Pellegrino, G., Cadar, M., Bisconti, I., Di Ciommo, F. R., Stefanantoni, K., Conti, F. and Ricciari, V., "Psychological Fragility in an Italian Cohort of Systemic Sclerosis Patients During COVID-19 Pandemic Category: Short Communication", *Open Access Rheumatol*, 14: 133-139 (2022).
- Mongrain, M. and Blackburn, S., "Cognitive vulnerability, lifetime risk, and the recurrence of major depression in graduate students", *Cognitive Therapy and Research*, 29 (6): 747-768 (2005).
- Monroe, S. M. and Simons, A. D., "Diathesis-Stress Theories in the Context of Life Stress Research: Implications for the Depressive Disorders", *Psychological bulletin*, 110 (3): 406-425 (1991).
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. and Üstün, B." Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys" *The Lancet*, 370: (9590) 851-858 (2007).
- Na, L. and Streim, J. E., "Psychosocial Well-Being Associated With Activity of Daily Living Stages Among Community-Dwelling Older Adults", *Gerontology & Geriatric Medicine*. 3: 1-13 (2017).
- Nakagomi A., Shiba K., Hanazato M., Kondo K. and Kawachi I., "Does community-level social capital mitigate the impact of widowhood & living alone on depressive symptoms?: A prospective, multi-level study", *Social Science & Medicine*, 259 (113140): 1-12 (2020).
- Ngo, E. B., "When disasters and age collide: reviewing vulnerability of the elderly. *Natural Hazards Review*, 2 (2): 80-89 (2001).

Nolen-Hoeksema, S., "Abnormal psychology", **McGraw Hill Higher Education**. New York, (2009).

Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E. and Janlert, U., "How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects", **Bmc Public Health**, 14 (1310): 1-13 (2014).

Oflaz, F. ve Vural, H., "Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi", **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 17 (1): 1-7 (2010).

Omar, A., Elgdhafi, E. O., Dalli, O., Mawan, A. B., Houman M., Elfelah, H. and Sabei, L. T., "Depression among cardiovascular disease patients in libya-prevalence and associations: INSPECT study", **Türk Kardiyol Dern Ars**, 51 (4): 241-249 (2023).

Özdemir, H. ve Rezaki, M., "Depresyon saptanmasında Genel Sağlık Anketi" **12. Türk Psikiyatri Dergisi**, 18 (1): 13-21 (2007).

Özdemir, Ü. ve Taşçı, S., "Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım", **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 1 (1): 57-72 (2013).

Özkaynak, E., "Yetişkin kadınlarda psikolojik ve sosyal kırılmanın nedenlerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 52-129 (2020).

Pan, A., Sun, Q., Okereke, O. L., Rexrode, K. M. and Hu, F. B., "Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review", **JAMA**, 306 (11): 1241-1249 (2011).

Pelin, M., "Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, **Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sakarya, 1-3 (2017).

Phifer, J. F., "Psychological Distress and Somatic Symptoms After Natural Disaster: Differential Vulnerability among Older Adults", **Psychology and Aging**, 5 (3): 412 (1990).

Rolland, J. S., "Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework", **Fam Process**, 26 (2): 203-221 (1987).

Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004", **T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü**, Ankara, (2006).

Sağlık Bakanlığı, "Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları", Editörler: Erkoç, Y. ve Yardım, N., **Sağlık Bakanlığı, Anıl Matbaası**, Ankara, 15-17 (2011).

Sağlık Bakanlığı, “Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması”, *Sağlık Bakanlığı 909*, Ankara, 1-353 (2013).

Sağlık Bakanlığı, “Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS)”, Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T., *Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi*, Ankara, (2018).

Sağlık Bakanlığı, “Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması”, *Sağlık Bakanlığı 1206*, (Ankara), 1-158 (2021).

Sarıçalı, M., ve Satıcı, S. A., “Bilinçli farkındalık ile psikolojik kırılganlık ilişkisinde utangaçlığın aracı rolü”, *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10 (1): 655-670 (2017).

Satıcı, S. A., Kayıs, A. R. and Akın, A., “Predictive role of authenticity on psychological vulnerability in Turkish university students. *Psychological reports: mental and physical health*, 112 (2): 519-528 (2013).

Satıcı, S. A., “Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope”, *Personality and Individual Differences*, 102: 68-73 (2016).

Sayıl, I., Berksun, O. E., Palabıyıkoglu, R., Devrimci Özgüven H., Soykan, Ç. Ve Haran, S., “Kriz ve Krize Müdahale”, *Damla Yayınevi*, Ankara, 104-106-138 (2000)

Sinclair, V. G. and Wallston, K. A., “The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale”, *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2): 119–129 (1999).

Sinclair, V. G. and Wallston, K. A., “Psychological vulnerability predicts increases in depressive symptoms in individuals with rheumatoid arthritis”, *Nursing Research*, 59 (2): 140-146 (2010).

Smith, K. P., “Nursing and stroke rehabilitation: a study of the relationship of stroke survivors' quality of life, functional abilities and meaningful function”, A Dissertation, *University of Florida*, Florida, (2007).

Softa, H. K., Karahmetoğlu, G. U. ve Çabuk, F., “Lise son sınıf öğrencilerinin sınav kaygısı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23 (4): 1481-1494 (2015).

Soqia, J., Al-Shafie, M., Agha, L. Y., Alameer, M. B., Alhomsı, D., Saadoun, R. and Saifo, M., “Depression, anxiety and related factors among Syrian breast cancer patients: a cross-sectional study”, *BMC Psychiatry*, 22: 1-7 (2022).

Sönmez, B. ve Kasım, İ., “Diabetes mellitus’lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17 (3): 119-124 (2013).

Srivastava, S., Shaw, S., Chaurasia, H., Purkayastha, N. and Muhammed, T., “Feeling about living arrangements and associated health outcomes among older adults in India: A cross-sectional study”, *BMC Public Health* 21: 1-14 (2021).

Stordal, E., Mykletun, A. and Dahl, A. A., “The association between age and depression in the general population: a multivariate examination”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107 (2): 132-141 (2003).

Sun, N., Lou, P., Shang, Y., Zhang, P., Wang, J., Chang, G. and Shi, C., “Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study”, *BMJ Open*, 6: 1-8 (2016).

Tamam, L., Karaytuğ, M. O. Ve Namlı, Z., “Depresyonun ekonomik maliyeti”, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 5 (2):103-106 (2012).

Taş, B., ve İme, Y., “Boşanmış ve Evli Bireylerin Depresyon, İnternet Bağımlılığı Düzeylerinin İncelenmesi”, *Turkish Studies*, 14 (6): 3491-3503 (2019).

Tav, A.Ş., Özenli, Y., Ünsal, A., ve Özşahin Kürşad, A., “Tip 2 diabetes mellitus ve obez hastaların anksiyete ve depresif bozukluk açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 14 (1): 22- 25 (2010).

Teasdale, J. D. “Cognitive vulnerability to persistent depression”, *Cognition and Emotion*, 2 (3): 247-274 (1988).

Thoits, P. A., “Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress” *Journal of Health and Social behavior*, 23: 145-159 (1982).

Topuzoğlu, A., Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Tanık, F. A., Zağlı, N. ve Alptekin, K. “The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking”, *Journal of affective disorders*, (181): 78-86 (2015).

Tuğrul, C. ve Sayılğan, M. A., “Depresyonla başa çıkma yolları”, *Türk Psikologlar Derneği*, Ankara, (1997).

Tutuk S. P. ve Altun, Ş. Ö., “Koah tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi”, *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23 (6): 2014236216 -2014236224 (2014).

Türkmen, E., “Kronik Hastalıklar ve Önemi”, Kronik Hastalıklar ve Bakım, Durna Z. ed. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 37-50 (2012).

Uluç, E. A., “Psikolojik iyi oluş ve psikolojik kırılganlık arasındaki ilişki: üniversiteler arası müsabakalarda mücadele eden sporcular örneği”, *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 5 (4): 1035-1047 (2022).

Umer, H., Negash, A., Birkie, M. and Belete, A., “Determinates of depressive disorder among adult patients with cardiovascular disease at outpatient cardiac clinic Jimma University Teaching Hospital, South West Ethiopia: cross-sectional study”, *Int J Ment Health Syst*, 5 (13): 1-12 (2019).

Updegraff, J. A. and Taylor, S. E., “From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events”, Loss and trauma, Harvey, J. H., Miller, E. D., Miller (Eds.), *General And Close Relationship Perspectives*, Brunner-Routledge, 3-28 (2000).

Uysal, H., “Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları”, *Arch Turk Soc Cardiol*, 6 (9): 1-14 (2015).

Uysal, Y. ve Akpınar, E., “Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon”, *Çukurova Medical Journal*, 38 (1): 31-40 (2013).

Ülker, A. ve Avşaroğlu, S., “Türkiye’de psikolojik kırılganlık konusunda yapılmış çalışmaların analizi”, *Social Sciences Studies Journal*, 7 (92): 5650-5661 (2021).

Van Der Does, W., “Thought suppression and cognitive vulnerability to depression”, *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (1): 1-14 (2005).

Vansteenkiste, M. and Ryan, R. M., “On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle”, *Journal of Psychotherapy Integration*, 23 (3): 263-280 (2013).

Verbakel, E., “Subjective well-being by partnership status and its dependence on the normative climate”, *European Journal of Population/Revue Europeenne De Demographie*, 28 (2): 205–232 (2012).

Volpato, E., Toniolo, S., Pagnini, F. and Banfi, P., “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Anksiyete, Depresyon ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişki: Sistematik Bir İnceleme”, *Int J Chron Obstrükt Pulmon Dis*, 16: 2001-2021 (2021).

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G. And Yeh, E. K., “Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder”, *Jama*, 276 (4): 293-299 (1996).

Wright, M. O., Masten, A. S. and Narayan, A. J., “Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity”, Handbook of resilience in children, Goldstein, S., Brooks, R. B., (Eds.), *Springer Science Business Media*, 15-37 (2013).

Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P., Buturak, V., Okyay, Y. Ve Şimşek, Y., “Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu?” *Klinik Psikiyatri*, 6: 27-31 (2003).

Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E. ve Korkmaz, M., “Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (4): 54-66 (2016).

Yeşilkanat, G., “Aleksitimi, duygusal denge ve depresyonun kırılabilirliğe etkisinin incelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, 30-50 (2018).

Yıldırım, B. ve Sarıçam, H., “Beliren yetişkinlerin mükemmeliyetçilik ve psikolojik kırılabilirlik düzeylerinin incelenmesi”, *Erciyes Akademi*, 36 (1): 228-252 (2022).

Yıldırım, O., Erdem, A., Alçelik, A., Canan, F., Öztürk, S., Ayhan, S. S., Özlü, M. F. ve Yazıcı, M., “Kardiyoloji servisinde yatan dekompanse sistolik kalp yetmezlikli hastalarda depresyon sıklığı ve prognoza etkisi”, *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 15 (1): 22-27 (2012).

Yıldırım, S. ve Gürkan, A., “Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1): 87-97 (2010).

Yıldız, A., Erol, S. ve Ergün, A., “Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (3): 156-164 (2009).

Yılmaz, T., Fidan, F. and Karataş, V., “İşsizliğin Sosyo-Psikolojik Sonuçları: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Bireylerin Tutumları (Bir Alan Araştırması)”, *Journal of Social Policy Conferences*, (48): 164-183 (2010).

Yuvalı, M., “Hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi, sf-36 yaşam kalitesi ölçeği skorları ve had depresyon-anksiyete ölçeği skorları ile karşılaştırılması”, Tıpta Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*, İstanbul, 53-55 (2018).

Zafar, N. and Kausar, R., “Emotional and Social Problems in Divorced and Married Women”, *FWU Journal Of Social Sciences*, 8 (1): 31-35 (2014).

Zhang, J., Ye, M., Huang, H., Li, L. and Yang, A., “Depression of Chronic Medical Inpatients in China”, *Archives Of Psychiatric Nursing*, 22 (1): 39-49 (2008).

Zubin, J. and Spring, B., “Vulnerability: a new view of schizophrenia”, *Journal Of Abnormal Psychology*, 86 (2): 103-126 (1977).

EK AÇIKLAMALAR A.

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-185452
Konu : 2022/1128 Nolu Karar

21.11.2022

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Sevgi DİNÇ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Psikolojik Kırılganlık Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSULVFHJ37

Belge Doğrulama Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSULVFHJ37&eS=185452>

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Telefon: (370) 418 9446

e-Posta: giroletik@karabuk.edu.tr

İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik>

Kep Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Unvanı: Sürekli İşçi



EK AÇIKLAMALAR B.

KURUM İZİNİ



T.C.
BARTIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GÜNLÜDÜR
11.01.2023

Sayı : E-26080346-799-206702346
Konu : Araştırma İzni (Zeynep Buse AKSOY)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 12.12.2022 tarihli ve E-66604974-000-11159 sayılı yazınız.

Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zeynep Buse AKSOY'un tez çalışması kapsamında " **Kronik Hastalığı olan Bireylerde Psikolojik Kırılganlık ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi**" başlıklı tez çalışmasını 15 Aralık 2022 -15 Mayıs 2023 tarihleri arasında Bartın Devlet Hastanesi Dahiliye biriminde yürütülebilmesi için gerekli iznin verilmesi talebi müdürlüğümüzce incelenmiş olup;

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Selma KAYNAK
Başkan

Ek: Araştırma İzni (Zeynep Buse AKSOY).pdf

Dağıtım:
Gereği
Bartın Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi
Bartın Devlet Hastanesi Başhekimliğine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 34E0011C-A43C-408C-AD92-C9B11D74240F

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kırtepe Mah. Arifler Sokak No:2 Merkez/BARTIN 74100
Telefon No: 03782283655
e-Posta: bartin@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://bartinism.saglik.gov.tr>
Kep Adresi: bartin.saglikmud@hs01.kep.tr

Bilgi için: Erol YARBAŞI
Sağlık Memuru
Telefon No: 03782283655



EK AÇIKLAMALAR C.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3. Medeni durumunuz: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()

4. Eğitim durumunuz: Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul ()
Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

5.Çalışma durumunuz: Çalışmıyor () Yarı zamanlı çalışıyor () Çalışıyor ()
Emekli ()

6. Gelir durumunuz: Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden
fazla ()

7.Sosyal Güvence Durumunuz: Var () Yok ()

8.Yaşadığınız yer neresi: İl () İlçe/Kasaba () Köy ()

9. Aile tipinizi nasıl tanımlarsınız? Çekirdek Aile () Geniş Aile ()

10.Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz: Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()

11.Kronik hastalık/hastalıklarınızı işaretleyiniz.

() Diabetes Mellitus (şeker hastalığı)

() Hipertansiyon

() KOAH

() Astım

() Tiroid

() Kanser

() Böbrek Rahatsızlığı

() Koroner Kalp Hastalığı

() Osteoporoz

() Nörolojik

() İmmun Sistem Hastalığı

() Romatizmal Hastalık

() Kalp Yetmezliği

() Diğer.....

12. Kaç yıldır bu hastalıklarınız var?:.....

13. Son 6 ay içinde kronik hastalığınız nedeniyle hastaneye yattınız mı?

Evet(kaç kez)

Hayır

14.Hastalığın yaşamınızı etkileme durumu

Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor.

Hayır, kendi hastalığımla başa çıkabiliyorum.

Hayır, çevremdekilerin desteği ile başa çıkabiliyorum.

15.Kontrollerinize düzenli gidiyor musunuz? Evet Hayır

16.İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? Evet Hayır

EK AÇIKLAMALAR D.

PSİKOLOJİK KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ

PSİKOLOJİK KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.					
1. Eğer hedeflerime ulaşamazsam, kendimi başarısız bir insan olarak görürüm.					
1	2	3	4	5	
Bana hiç uygun değil			Bana tamamen uygun		
2. İnsanların bana davrandıklarından daha iyi davranışları hak ettiğimi hissedirim.					
1	2	3	4	5	
Bana hiç uygun değil			Bana tamamen uygun		
3. Kendimi diğer insanlardan daha değersiz hissettiğimin çoğunlukla farkındayım.					
1	2	3	4	5	
Bana hiç uygun değil			Bana tamamen uygun		
4. Kendimi iyi hissetmek için diğerleri tarafından onaylanmaya ihtiyaç duyarım.					
1	2	3	4	5	
Bana hiç uygun değil			Bana tamamen uygun		
5. Hedeflerimi çok yüksek belirleme eğilimindeyim ve onlara ulaşmaya çalışırken hayal kırıklığına uğrarım.					
1	2	3	4	5	
Bana hiç uygun değil			Bana tamamen uygun		
6. Diğer insanlar benden faydalandığı zaman çoğunlukla alıngan hissedirim.					
1	2	3	4	5	
Bana hiç uygun değil			Bana tamamen uygun		

EK AÇIKLAMALAR E.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülmüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve ben çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok

- | | |
|-----|---|
| 19) | a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım |
| 20) | a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum |
| 21) | a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı |

EK AÇIKLAMALAR F.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Zeynep Buse AKSOY tarafından yürütülen “Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Psikolojik Kırılganlık Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi” isimli araştırma çalışmasına davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmanın amacı kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ve psikolojik kırılganlık düzeylerinin ve bu iki kavram arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu çalışmaya katılmakla kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ve psikolojik kırılganlık düzeylerinin ve bu iki kavram arasındaki ilişkinin belirlenmesine katkıda bulunmuş olacaksınız.

Araştırma için yaklaşık 30 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmada sizlere, Katılımcı Bilgi Formu, Psikolojik Kırılganlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak sorular yöneltilecektir. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için hiç kimsenin etkisinde kalmadan, içtenlikle tüm sorulara, size en uygun gelen cevapları vermeniz beklenmektedir. Araştırmaya katılmaya karar vermeniz halinde, bu formda yer alan gerekli yerleri imzalayınız. Bu formu imzalamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Aynı zamanda araştırmaya katılmama veya katılım sonrasında istediğiniz zaman araştırmadan çekilme hakkınız sahipsiniz. Her iki durumda da herhangi bir yaptırımla karşılaşmayacak ve hak kaybına uğramayacaksınız. Bu araştırmaya katılmanız için tarafınıza herhangi bir ödeme yapılmayacak veya sizden maddi destek talep edilmeyecektir. Bu araştırmada elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİ :

ADI : Zeynep Buse AKSOY
GÖREVİ : Hemşire
TELEFON :

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen çalışma hakkında bilgilendirildim. Çalışmaya katılımımın gönüllülük esasına dayalı olduğunu ve istediğim zaman, sebebi veya sebepsiz olarak çalışmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bu çalışmaya hiçbir baskı veya zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Olur İşlemi Tanığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

EK AÇIKLAMALAR G.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Beck Depresyon Ölçeği Kullanım izni

ZA

Zeynep Buse Aksoy

Kime:

← Yanıtla

← Tümünü yanıtla

→ İlet

...

15.01.2023 Paz 21:34

Merhaba Hocam,

Ben Zeynep Buse AKSOY. Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Psikiyatri Hemşireliği alanında Tezli Yüksek Lisans yapmaktayım. Dr. Öğretim Üyesi Sevgi DİNÇ danışmanlığında yürütmüş olduğum 'Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Psikolojik Kırılganlık ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi' isimli tez çalışmamda tarafınızdan Türkçe uyarlaması yapılan Beck Depresyon Ölçeği'ni kaynak göstermek koşulu ile kullanmayı talep etmekteyim.

Bu hususta izninizi rica eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

olcek izni



BECK DEPR...PDF.pdf

Beck ...Çalışma.pdf

Beck D...geçerli.pdf

GT

Gulsen T.

Kime: Siz

← Yanıtla

← Tümünü yanıtla

→ İlet

...

17.01.2023 Sal 02:30



BECK DEPRESYON ENVANTE...
110 KB



Beck Depresyon Envanteri'ni...
4 MB



Beck Depresyon Envanteri'ni...
6 MB

3 ek (10 MB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Merhaba Zeynep,

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

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

EK AÇIKLAMALAR H.

PSİKOLOJİK KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Psikolojik Kırılganlık Ölçeği Kullanım İzni

ZA Zeynep Buse Aksoy
Kime:

← Yanıtla ↶ Tümünü yanıtla → İlet 📎 ...

17.09.2022 Cmt 16:13

Merhaba Hocam,

Ben Zeynep Buse AKSOY. Karabük Üniversitesi Hemşirelik Bilimi Psikiyatri Hemşireliği alanında Tezli Yüksek Lisans yapmaktayım. Dr. Öğretim Üyesi Sevgi DİNÇ danışmanlığında yürütmüş olduğum 'Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Psikolojik Kırılganlık ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi' isimli tez çalışmamda tarafınızdan Türkçe uyarlaması yapılan Psikolojik Kırılganlık Ölçeği'ni kaynak göstermek koşulu ile kullanmayı talep etmekteyim.

Bu hususta izninizi rica eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

AA AHMET AKIN
Kime: Siz

 25. psikolojik kırılganlık ölçeğ...
40 KB

Yanıta şununla başla:

Received, thank you.

Thank you!

Got it, thanks!

Kullanabilirsiniz iyi çalışmalar

Prof. Dr. Ahmet Akın
İstanbul Medeniyet University
Faculty of Educational Sciences
Department of Psychological counseling

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep Buse AKSOY, 2017 yılında Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi'nde başladığı hemşirelik lisans eğitimini 2021 yılında Karabük Üniversitesi'nde tamamladı. 2022 yılında Bartın Devlet Hastanesi'ne hemşire olarak göreve başladı. 2021 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda başlamış olduğu yüksek lisans eğitimini sürdürmektedir.