

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



SEREBRAL PALSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNE  
UYGULANAN ‘YETİŞKİNLER İÇİN UYARLANMIŞ MERHAMET  
TEMELLİ EĞİTİM PROGRAMI’NIN MERHAMET, DEPRESYON  
VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ

**Murat SEVEN**

**DOKTORA TEZİ**

**GAZİANTEP - 2024**



## LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Murat SEVEN tarafından hazırlanan “Serebral Palsi tanısı almış çocukların annelerine uygulanan ‘yetişkinler için uyarlanmış merhamet temelli eğitim programı’nın merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesi” başlıklı tez, ...../...../..... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u>	<u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
<b>Tez Danışmanı</b>	Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
<b>Jüri Başkanı</b>	Prof. Dr. Ümran SEVİL	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
<b>Jüri Üyesi</b>	Dr. Öğr. Üyesi M.Cihad AKTAŞ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	
<b>Jüri Üyesi</b>	Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM	İstanbul Topkapı Üniversitesi	
<b>Jüri Üyesi</b>	Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL	İstanbul Gedik Üniversitesi	

**Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.**

Doç. Dr. Ufuk AKBAŞ  
Enstitü Müdürü

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

## **DECLARATION PAGE**

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Murat SEVEN

Tarih:

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

SEREBRAL PALSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNE  
UYGULANAN ‘YETİŞKİNLER İÇİN UYARLANMIŞ MERHAMET  
TEMELLİ EĞİTİM PROGRAMI’NIN MERHAMET, DEPRESYON  
VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ

Murat SEVEN

DOKTORA TEZİ

Danışman  
Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Serebral Palsili (SP) çocukların annelerine uygulanan Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı'nın (YİUMTEP) merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Araştırmada karma desen yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Muş ili merkez ilçesindeki rehabilitasyon merkezlerinden hizmet alan SP'li çocukların anneleri oluşturmuştur. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan 20 SP'li çocuğun annesi seçkisiz yöntemle belirlenmiş olup, 10'u kontrol 10'u deney olmak 2 gruba ayrılmıştır. Araştırmanın nicel verileri Bireysel Tanıtım Formu, Yetişkin Merhamet Ölçeği, Burns Depresyon Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Nitel veriler ise yapılandırılmamış açık uçlu görüşme yürütme ve görüşme notlarından elde edilmiştir. Nicel verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 27 paket programı kullanılmıştır. Nitel verilerin çözümlenmesinde içerik analizi kullanılmıştır. Araştırmada; deney ve kontrol gruplarının merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. SP'li çocukların annelerinin merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte YİUMTEP'ten sonra; deney grubunun merhamet düzeyi ve merhametin alt boyutlarından davranışsal merhamet düzeylerinin ilk ve son testleri arasında anlamlı bir fark ( $T2>T1$ ), aynı grupta yer alan annelerin genel depresyon düzeyinde ilk testlerin son ve izlem testleri arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T2$ ,  $T1>T3$ ), ayrıca depresyonun alt boyutlarından aktiviteler ve kişisel ilişkilerin ilk test ile son ve izlem testleri arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T2$ ,  $T1>T3$ ), duygu ve düşünceler alt boyutunda ilk ve son test arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T2$ ), duygu yitimi alt boyutunda ilk ve izlem testi arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T3$ ) tespit edilmiştir. Kontrol gruplarının grup içi karşılaştırılmasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Araştırmada YİUMTEP'in SP'li çocukların annelerinin merhamet ve depresyon üzerinde etkili olduğu, psikolojik dayanıklılıkları üzerinde ise kısmen etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda YİUMTEP ve benzeri programların üniversite, Sivil Toplum Kurum/Kuruluşları (STK) ve Bakanlıklarca projelendirilip desteklenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, Eğitim, Merhamet, Psikolojik Dayanıklılık, Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY  
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE  
DEPARTMENT of NURSING**

**STUDY OF THE EFFECT OF THE ‘COMPASSION BASED  
TRAINING PROGRAM ADAPTED FOR ADULTS’ APPLIED TO  
MOTHERS OF CHILDREN DIAGNOSED WITH CEREBRAL PALSY  
ON COMPASSION, DEPRESSION AND PSYCHOLOGICAL  
RESILANCE**

**Murat SEVEN**

**PHD / THESIS**

**Advisor  
Asst. Prof. Dr. Sezer AVCI**

**ABSTRACT**

The aim of this research is to examine the effects of the Adapted Compassion-Based Education Program for Adults (ACBEPA) applied to mothers of children with Cerebral Palsy (CP) on compassion, depression and psychological resilience. The mixed design method was used in the research. The population of the research consists of mothers of children with CP who receive service from rehabilitation centers in the central district of Muş province. The mothers of 20 children with CP, who constitute the sample of this research, were determined by random method and were divided into 2 groups: 10 control and 10 experimental. Quantitative data of the study were obtained using the Individual Information Form, Adult Compassion Scale, Burns Depression Scale and Psychological Resilience Scale for Adults. Qualitative data was obtained from unstructured open-ended interviews and interview notes. IBM SPSS Statistics 27 package program was used to analyze quantitative data. Content analysis was used to analyze qualitative data. In the research; It was determined that there was no significant difference between the compassion, depression and psychological resilience levels of the experimental and control groups. It was found that mothers of children with CP had high levels of compassion, depression and psychological resilience. However, after applying compassion-based training program adapted for adults for 8 weeks ; There was a significant difference between the first and last tests of the experimental group's compassion level and behavioral compassion levels, one of the sub-dimensions of compassion ( $T_2 > T_1$ ), and a significant difference between the first, last and follow-up tests in the general depression level of the mothers in the experimental group ( $T_1 > T_2$ ,  $T_1 > T_3$ ). ), there is also a significant difference between the first test and the last and follow-up tests ( $T_1 > T_2$ ,  $T_1 > T_3$ ), which are sub-dimensions of depression, activities and personal relationships, and there is a significant difference between the first and last test in the emotions and thoughts sub-dimension ( $T_1 > T_2$ ), it was determined that there was a significant difference between the initial and permanence test ( $T_1 > T_3$ ) in the emotion loss sub-dimension. A significant difference was determined in the intragroup comparison of the control groups. In the study, it was concluded that compassion-based training program adapted for adults was effective on the compassion and depression of mothers of children with CP and was partially effective on their psychological resilience.

In this context, it is recommended that compassion-based training program adapted for adults and similar programs be designed and supported by universities, Non-Governmental Organisations and Ministries.

**Keywords:** Depression, Education, Compassion, Psychological Resilience, Compassion-based training program adapted for adults.



## ÖNSÖZ

Doktora eğitim sürecimde akademik olarak bilimsel düşünme ve yorumlama sürecime katkıda bulunan, bilgi ve deneyimlerini aktaran, tezimin her aşamasında bana destek olup danışmanlığımı yürüten Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI'ya,

Bilgi birikimi ve deneyimleri ile doktora sürecimde bana destek olan, bilimsel bakış açımın gelişmesine katkı sağlayan önceki danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL'a,

Merhamet temelli uygulamalar ile ilgili bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşmaktan sakınmayan, gün ve saat ayırımı yapmadan her soruma yanıt vermekten çekinmeyen değerli zamanını bana ayıran Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eşref NAS'a,

Tez çalışması sürecinde kapılarını bana her zaman açık tutup yardım ve desteklerini esirgemeyen Özel Muş İlk Adım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ile Özel Muş Gökkuşığı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezleri yöneticileri Sayın Türkan ALTUN, Sayın Aydın ŞAHİN ve Sayın Kerem YEL başta olmak üzere yardımlarını esirgemeyen tüm rehabilitasyon merkezi çalışanlarına,

Yoğun iş yüklerine karşın değerli zamanlarını bana ayırıp bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan başta değerli dostum Ömer SEVEN olmak üzere, Muş Alparslan Üniversitesi ailesinden Hasan EVCİMEN, Meryem KOÇAŞ ve Abdulkadir BİNGÖLBALİ hocalarıma,

Yaşamımın her aşamasında yanımda olan, beni koşulsuz sevip benden sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen, övünçlü bir şekilde kendime bakmamı sağlayan biricik annem Sabriye SEVEN'e

**Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.**

Murat SEVEN  
Gaziantep - 2024

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>GRAFİK DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı .....	1
1.2. Çalışmanın Amacı .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Serebral Palsi .....	3
2.1.1. SP’li çocukların bakımında ebeveynlerin rolü ve karşılaştıkları zorluklar .....	4
2.2. Merhamet.....	5
2.2.1. Öz-şefkat .....	6
2.2.2. Merhamet yorgunluğu.....	8
2.2.3. Merhamet bazlı uygulama ve programlar .....	8
2.2.3.1. Merhamet eğitimi .....	8
2.2.3.2. Merhamet odaklı terapi .....	9
2.2.3.3. Öz-merhametli farkındalık .....	9
2.2.3.4. Bilişsel temelli merhamet eğitimi (BTME) .....	10
2.2.3.5. Duygusal denge geliştirme .....	10
2.2.3.6. Merhamet meditasyonları .....	11
2.3. Depresyon.....	11
2.3.1. Depresyonun nedenleri ve risk etmenleri .....	12
2.3.2. Depresyonun belirtileri ve tanı ölçütleri .....	13
2.3.3. Depresyonun tedavi yöntemleri ve yönetimi .....	13
2.4. Psikolojik Dayanıklılık.....	15
2.4.1. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen koruyucu etmenler .....	17
2.4.2. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk etmenleri .....	18

<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM .....</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	19
3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri, Zamanı .....	20
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	22
3.5. Veri Toplama Araçları .....	23
3.5.1. Bireysel tanıtım formu .....	24
3.5.2. Yetişkin merhamet ölçeği .....	24
3.5.3. Burns depresyon ölçeği .....	25
3.5.4. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği .....	26
3.6. Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı .....	26
3.6.1. Çalışma deseni .....	27
3.6.2. Eğitim uygulama aşamaları .....	28
3.6.2.1. Birinci hafta programı .....	29
3.6.2.2. İkinci hafta programı .....	29
3.6.2.3. Üçüncü hafta programı .....	30
3.6.2.4. Dördüncü hafta programı .....	31
3.6.2.5. Beşinci hafta programı .....	31
3.6.2.6. Altıncı hafta programı .....	33
3.6.2.7. Yedinci hafta programı .....	34
3.6.2.8. Sekizinci hafta programı .....	34
3.7. Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümler .....	35
3.8. Araştırmanın Geçerliliği .....	36
3.9. Verilerin Analizi .....	38
<b>4. ARAŞTIRMA BULGULARI .....</b>	<b>39</b>
4.1. Demografik Analiz .....	39
4.2. Nicel Bulgular .....	41
4.2.1. Yetişkin Merhamet Ölçeği bulguları.....	41
4.2.2. Burns Depresyon Ölçeği bulguları .....	44
4.2.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği bulguları .....	48
4.2.4. Pearson korelasyon analizi .....	52
4.3. Nitel Bulgular .....	53
4.3.1. Birinci hafta .....	53
4.3.2. İkinci hafta .....	54
4.3.3. Üçüncü hafta .....	54
4.3.4. Dördüncü hafta .....	55
4.3.5. Beşinci hafta .....	57
4.3.6. Altıncı hafta .....	57
4.3.7. Yedinci hafta .....	57
4.3.8. Sekizinci hafta .....	58

<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>71</b>
6.1. Sonuçlar .....	71
6.2. Öneriler .....	72
6.3. Sınırlılıklar .....	73
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>74</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>89</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>111</b>



## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil

Sayfa

No

Şekil 2.1. Öz Şefkat Döngüsü

7



## TABLO DİZİNİ

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa</b>
	<b>No</b>
Tablo 2.1. Bireysel Koruyucu Etmenler	17
Tablo 2.2. Bireysel ve Çevresel Risk Etmenleri	18
Tablo 3.1. Çalışmanın Nicel Deseni	27
Tablo 3.2. Depresyon, Yetişkin Merhamet ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları	37
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Sonrası YMÖ Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	41
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Sonrası BDÖ Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	45
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Sonrası YPDÖ Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	48
Tablo 4.5. Pearson Korelasyon Analizi	53

## GRAFİK DİZİNİ

<b>Grafikler</b>	<b>Sayfa No</b>
Grafik 4.1. Deney Grubu Merhamet Düzeyi Grup İçi Karşılaştırması	43
Grafik 4.2. Kontrol Grubu Merhamet Düzeyi Grup İçi Karşılaştırması	44
Grafik 4.3. Deney Grubu Depresyon Düzeyi Grup İçi Karşılaştırması	46
Grafik 4.4. Kontrol Grubu Depresyon Düzeyi Grup İçi Karşılaştırması	47
Grafik 4.5. Deney Grubu Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Grup İçi Karşılaştırması	51
Grafik 4.6. Kontrol Grubu Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi Grup İçi Karşılaştırması	52

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>BDT</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>BDÖ</b>	Burns Depresyon Ölçeği
<b>BTME</b>	Bilişsel Temelli Merhamet Eğitimi
<b>DSM</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>DSM-5</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKT</b>	Elektrokonvülsif Tedavi
<b>HRV</b>	Kalp Atım Değişkenliği
<b>IPT</b>	İnterpersonal Terapi
<b>MOT</b>	Merhamet Odaklı Terapi
<b>MTEP</b>	Merhamet Temelli Eğitim Programı
<b>SP</b>	Serebral Palsi
<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>TMS</b>	Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
<b>TUİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>YİUMTEP</b>	Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı
<b>YMÖ</b>	Yetişkin Merhamet Ölçeği
<b>YPDÖ</b>	Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Serebral Palsi (SP), yaşamın ilk evrelerinde beynin zarar görmesinden dolayı ortaya çıkan, ilerleme göstermeyen nörogelişimsel bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda SP'nin nedenleri ve önlenmesine ilişkin elde edilen başarılı sonuçlara karşın görülme sıklığında azalma olmamıştır (1). SP sıklığı, gelişmiş ülkelerde her bin canlı doğumda 1,5 ile 2,7 arasında değişirken Türkiye'de bu oran 4,4'tür (2). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler incelendiğinde; SP'nin görülme sıklığı bakımından en yüksek oranın Türkiye'de gözlenmesi önemli bir durum olarak değerlendirilmektedir (3). Türkiye'de 1,5-2 milyon SP'li hasta çocuğun olduğu düşünülmektedir (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre; Türkiye'de 2021 yılında canlı doğan bebek sayısı 1 milyon 79 bin 842 olarak rapor edilmiştir (5). İlgili sıklık oranı ve TÜİK verileri birlikte ele alındığında, Türkiye'de 4 bin 749 SP'li hastanın Dünya'ya gözünü açtığı varsayılmaktadır. Bu veriler bize SP'li bireylere bakım veren ailelerin ülkemizde her yıl artarak süregeldiğini ve büyük bir varlık oluşturduğunu göstermektedir.

Depresyon, bireyin tam olarak nedenini bilmeden sürekli kendini üzgün, bunalmış duyumsaması ile birlikte konuşma, gündelik davranış ve işlerinde yavaşlama, değersizlik, güçsüzlük, özkıyım niyeti içerebilen bir duygudurum bozukluğu biçiminde tanımlanmaktadır (6). Depresyon yaşam kalitesi düzeyini azaltmakta, başka bedensel hastalıklara göre sosyal işlevsellikte daha fazla kötüleşmeye neden olabilmektedir (7). Depresyonun görülme sıklığı cinsiyete göre değişebilmektedir. Depresyon türlerinden olan majör depresyonun, kadınlarda erkeklere oranla iki kat kadar daha sık görüldüğü belirlenmiştir (8). SP'li çocuklara bakım verenlerin, özellikle de bakımı üstlenen anne sağlığının incelendiği çalışmalarda; çocukların davranış sorunlarında artış oldukça, bakım verenin fiziksel ve psikolojik sağlığı ile birlikte stresle savaşım başarısının azaldığı saptanmıştır (9). Aydın (2016) tarafından yürütülen çalışmada, fiziksel ve zihinsel engelli çocuğu olan annelerin, yalnız zihinsel engeli bulunan çocuğu olan annelerden daha ağır depresyon düzeyinde oldukları açıklanmıştır (10). SP gibi hem fiziksel hem de zihinsel sorunların baş gösterebildiği hastalığı olan çocuğa bakım vericilerin bu durumdan daha fazla etkilendiği anlaşılmaktadır. Yıldırım ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada SP'li çocukların annelerinin bakım yüklerinin babaların bakım yüklerinden daha fazla olduğu bulunmuştur (11). SP'li çocukların bakımlarının annelerce daha fazla üstlenildiği görülmektedir. Bir çalışmada SP'li çocuğu olan annelerin anneliği anlamaya yönelik deneyim sürecini yoğun stres altında

deneyimledikleri, en büyük baş etme işleyişlerinin inançları olduğu ve büyük çoğunluğunun psikolojik yönden uzman kişilerin desteğine gereksinim duydukları ileri sürülmüştür (12). Aşan (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada SP'li çocukları olan annelerin aile yükünün yüksek; yetersizlik algısı, duygusal yükü ve zaman gereksinimlerinin fazla ve somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete bozukluğu yönünden belirti gösterdikleri görüldüğü bildirilmiştir (13).

Genel olarak felsefe ve din alanlarına konu olan merhamet kavramı, son yıllarda psikoloji, psikoterapi, eğitim ve sağlık alanlarında da büyük bir ilgiyle incelenmektedir. Kavramsal yönden incelendiğinde, merhametin olumlu bir duygu, biyolojik bir özellik, çok boyutlu bir yapı, davranışları tetikleyen bir güdü, dinî bir nitelik, öz yapının güçlü bir yönü ve eğitimde önemsenen bir erdem olmak üzere birçok farklı biçimde alanyazında yer aldığı görülmektedir. Ayrıca merhamet kavramı evrimsel bilim, psikoloji bilimi ve sinirbilimi gibi farklı bakış açıları yönünden de ele alınmaktadır (14). Merhamet hem birey açısından hem de toplumsal bağlamda önemli ve gerekli bir özelliktir. Yapılan araştırmalarda, merhametin pek çok yararının olduğu vurgulanmıştır. Ancak kişisel özellik, geçmiş yaşantılar, kültürel değişiklikler gibi çeşitli etmenlerden dolayı insanların merhameti deneyimleyebilme durumlarının değişebildiği görülmüştür. Ayrıca merhametin kaygı, korku ve öfke gibi bazı olumsuz duygulara karşı koruyucu olabileceği belirtilmektedir (15). Kimi insanlar merhameti çok değerli ve erdemli bir nitelik olarak görüp, merhametli olmaktan onur duyabilirken kimi insanlar ise merhametli olmaktan kaçınabilmekte ve merhametli olmaktan korkabilmektedir (16). Merhamete ilişkin alanyazın incelendiğinde kimi insanların merhametli olmanın sonucunda tükenmişlik duygusuna kapıldıkları ya da ikincil stresle karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Merhametli olmanın olumsuz yönü olarak alanyazında yer bulan bu durum, merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) kavramıyla açıklanmaktadır (17). İnsanların merhametli olmakta güçlük yaşadıkları bu durum, merhamet yorgunluğu kavramıyla açıklanmaktadır. Merhamet yorgunluğu, aşırı ya da travmatik stresler yaşayanlara bakım sağlamanın olumsuz yönleriyle nitelenmektedir (14).

Dayanıklılık, “bireylerin değişim, zorluk ve risk durumlarının üstesinden başarı ile gelebilmelerini sağlayan olumlu psikolojik yetenek’tir. Bu yetenek zaman içerisinde değişebilir; bireysel ve çevresel etmenlerin etkisi ile geliştirilebilir (18). Silliman psikolojik dayanıklılığı, yaşamdaki zorluklarla uğraşmak için bireyin güçlerini

geliştirme yeteneği olarak tanımlamıştır. Pozitif psikolojinin boyutları arasında yer alan psikolojik dayanıklılık ve iyimserlik ile ilgili yapılacak çalışmalar konuya ilişkin farkındalığı artırarak yaşamın sorunlarına, stresine, olumsuz durumlara karşı bireyi korumayı amaçlar (19). SP'li çocuk ebeveynlerinin psikolojik dayanıklılıkları ile ebeveynlik algılarının karşılaştırılmasının amaçlandığı bir çalışmada, ebeveynlerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanlarının ebeveyn türüne göre farklılaşp farklılaşmadığına bakıldığında; aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve toplam puan arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (20).

SP'li çocuğu olan annelerin depresyon ve merhamet yorgunluklarının yaşam kalitelerine etki etmesi, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yükseltilmesi ön görüldüğünden Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı annelere uygulanmıştır. Belirtilen eğitimin SP'li çocuğu olan annelerde depresyon düzeylerini azaltıp, merhamet ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini arttırması düşünüldüğünden, yaşam kalitelerine etkisinin olumlu yönde de anlamlı bir fark olacağı varsayımından yola çıkılarak planlanan araştırma bu yönden önem oluşturmaktadır.

## **1.2. Çalışmanın Amacı**

Serebral palsili çocukların annelerine uygulanan Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı'nın merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla bu çalışma yapıldı.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Serebral Palsi**

SP, erken çocukluk döneminde başlayan ve yaşam boyu süren, iyi bilinen bir nörogelişimsel durumdur. İlk olarak 1861'de Little tarafından rapor edilen (başlangıçta 'serebral parezi' olarak adlandırılan) SP, son yüzyılın önde gelen tıp bilim adamlarının yayınlarına konu olmuştur. 19. yüzyılın sonlarından başlayarak Sigmund Freud ve Sir William Osler bu duruma önemli bakış açılarıyla katkıda bulunmuşlardır. 1940'ların ortalarından başlayarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki Amerikan Serebral Palsi ve Gelişimsel Tıp Akademisi'nin kurucu öncüleri Carlson, Crothers, Deaver, Fay, Perlstein ve Phelps; Little Club'dan Mac Keith, Polani, Bax ve Birleşik Krallık'tan Ingram SP kavramlarını ve tanımlarını ileriye taşıyarak, tedavi hizmetlerinin, savunuculuğun ve araştırma çabalarının odağı durumuna gelmesinde etkili olan önderler arasında yer almışlardır (21).

SP, serebral gelişim tamamlanmadan oluşan beyin hasarından kaynaklanan durağan bir nörolojik durumdur. Beyin gelişimi yaşamın ilk iki yılında oldukça hızlı bir gelişim gösteriğinden SP, doğum öncesi, doğum sırası ya da doğum sonrası dönemlerde oluşan beyin hasarından kaynaklanabilir. SP olgularının %70 ile %80'i doğum öncesi dönemde ve büyük ölçüde bilinmeyen nedenlerden kaynaklanmaktadır (22). SP ile ilişkili hareket bozuklukları spastisite, diskinezi, ataksi ya da karma/diğer olarak sınıflandırılır. Spastisite, SP'li hastaların %80'inde görülen en yaygın hareket bozukluğudur. SP, hareket bozuklukları, kalça ağrısı ya da çıkık, denge sorunları, el işlev bozukluğu ve ayak ekin bozukluğu gibi ikincil sorunlara neden olabilir. SP'nin tanısı öncelikle klinikdir, bununla birlikte manyetik rezonans görüntüleme, hastanın belirti/bulgularının açık bir nedeni yoksa beyin hasarını doğrulamada yardımcı olabilir (23).

### **2.1.1. SP'li çocukların bakımında ebeveynlerin rolü ve karşılaştıkları zorluklar**

Çocukluk dönemi rahatsızlığı olarak bilinmesine karşın SP'li hastalar diğer bireyler gibi ortalama bir yaşam süresi yaşarlar ve bu hastaların ortalama %65 ile %90'ı yetişkinlik evresine kadar yaşamlarını sürdürürler. Bu süreçte yaşamlarını sürdürmede aile bireylerinin bakım desteğine gereksinim duyarlar (11). SP'li çocukların ebeveynleri üzerinde yapılan araştırmalarda, SP'li çocukların çoğunun gereksinimlerinin ebeveynleri tarafından yerine getirmelerinden dolayı çocuklarına sorumluluk bilinci kazandırmadıkları ya da sorumluluk almalarına izin vermeden bu bakımı üstlendikleri görülmüştür. Yapılan bu eylem ebeveynlerin bakımdaki sorumluluklarını ve yüklerini arttırmaktadır. Bakım zorunlulukları arttıkça, yaşanan bu süreç; ebeveynlerin yaşamlarını sorunlu duruma getirmekte, bağımlı kılmakta, tek yönlü yoğunluğu yüksek bir kaçınılmazlığa dönüştürmekte ve ek bir bakım giderine neden olmaktadır (24). Yavuz ve Çimen (2007) tarafından yapılan bir çalışmada SP'li çocukların kendi öz bakım becerilerinin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Nedenleri incelendiğinde; ebeveynlerinin, özellikle annelerinin, öz bakım becerileri ile ilgili çocuklara kendi başlarına sorumluluklarını yerine getirmekle ilgili izin vermedikleri; beslenme, temizlik, ağız-diş bakımı, banyo-tuvalet gibi öz bakımlarının çoğunlukla anneler tarafından yerine getirildiği belirlenmiştir (25). Çalışır ve arkadaşlarının (2018) yürüttüğü çalışmada SP'li çocukların annelerinin büyük bir çoğunluğu (%78) üstlendikleri bakımı sunmada zorluk yaşadıklarını açıklamışlardır (26).

Fiziki engeli olan bir yakına bakmak yüksek derecede anksiyete, depresyon ile birlikte artan bir yüke de neden olmaktadır (27). Bakım yükleri ile ilişkili yapılan araştırmalar incelendiğinde annelerin bu bakım yüklerini çekenlerin büyük bir kısmını oluştudukları görölmektedir (28). Bakım yükleri ile ilgili Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde, yapılan çalışmaların çoğunlukla yetişkinlere verilen hizmetleri ve bakımları ele aldıkları, çocukların bakımlarını üstlenen bireylerin araştırmalarda daha az ele alındığı görölmüştür (29). Çocukların bakımlarını üstlenenler ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunlukla anneler ile yapıldığından bakım yük değerlendirmelerinin annelerin oluşturduğu görölmektedir (30-32).

## 2.2. Merhamet

*Yüreğin kedere açık olması insanın kulağına korkunç bir şeymiş gibi gelebilir ama şefkat bir insanın kötü zamanlarında hep yanında olan, hiç değişmeyen, sevgi dolu bir dostu olabilir.*  
*Christopher K. Germer*

Merhamet, ruh sağlığı ve psikolojik terapi çalışmalarında önemli bir yapı olarak ortaya çıkmış (33, 34) ve son on yılda psikologların, danışmanların ve yardımcı çalışanların ilgisini çeken konular arasında ivme kazanmıştır (35, 36). Merhamet, acıma, sempati ve keder yaşamımızın duygusal durumunun ayrılmaz parçalarıdır. Merhameti anlamaya yönelik bir başlangıç, bu geniş duygusal alan içerisinde merhametin yerini belirlemekle yapılabilir. Sözü geçen duygular, birbirine birkaç benzerlik ile bağlı olan küçük bir ailenin üyeleridir (37). Merhametin, bu duygular arasında alışılmadık bir yeri vardır (38).

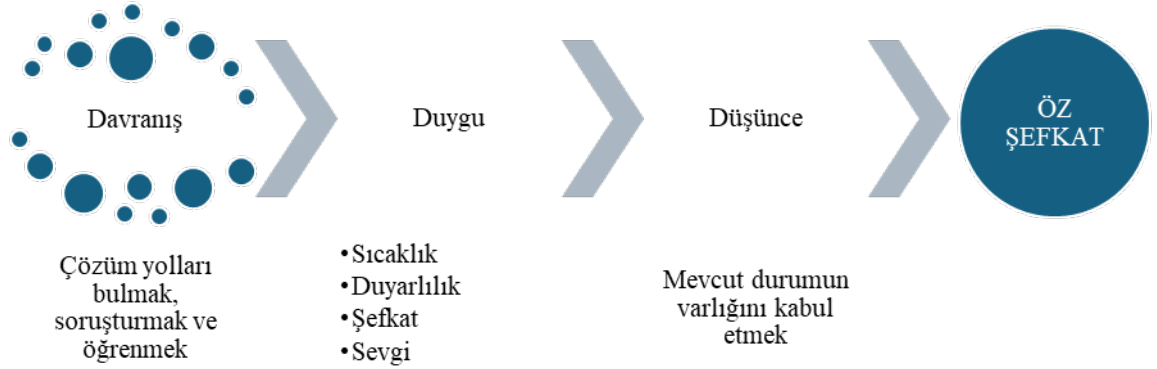
Türk Dil Kurumu merhamet kavramını; “bir kimsenin ya da bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” olarak tanımlamaktadır (39). Merhamet, başkalarının acısını tanımak, acı çeken kişiyle duygusal olarak bağ duyumsamak, ortaya çıkabilecek zor duyguları hoş görmek ve kişiye yardım etmek için eyleme geçmek ya da eyleme geçmeye güdülenmektir (40). Merhamet, acıya karşi bilişsel farkındalığı, empatiyi ve acıyı azaltmaya yönelik eylemi içeren bir tepki (34); acıma, sempati, keder, inanç ve duyguların bileşimidir (37). Budist öğretilerinde yüreğin çekilen acılar karşısında titremesi olarak tanımlanır. Merhamet, acının doğasını anlamak, acıyı kabul ederken “acıya karşın değil, acıyla birlikte sürdürmektir” (41). İşlam dininde Allah tarafından insan yaratılışına kodlanmış bir duygudur (42). Ayetlerde ve hadislerde bağışlama ve merhamet kavramlarına yer verilmektedir.

Merhamet, duygu sınıflandırmalarında genellikle göz ardı edilir; önemsendiğinde ise empatik sıkıntı ya da üzüntü ile sevginin alt türü ya da karışımı olarak ele alınmaktadır (43). Sıkıntı içindeki başka bir kişiyi gözlemlemek genellikle empatik bir sıkıntı tepkisine yol açabilir (44). Empatik sıkıntı bakış açısından bakıldığında sevecenlik, insanların başka bir kişinin acısına tepki olarak dolaylı sıkıntı deneyimlerine uyguladıkları bir etikettir. Bunun açık anlamı, sevecenlik durumunun, açıklayıcı davranış, fizyolojik tepki ve yansıttığı durumun altında yatan değerlendirmelerle (büyük olasılıkla sıkıntı, acı, üzüntü veya korku) ilişkilendirilmesi gerektiğidir (43). Empati ve merhamet kavramları anlam olarak karıştırılabilmektedir. Empati teriminin kökeni, 'en' (içinde) ve 'pathos'tan (duygu) oluşan Yunanca 'empathia' (tutku) kelimesine dayanmaktadır. Merhamet terimi Latince 'com' (birlikte/birlikte) ve 'pati' (acı çekmek) kelimelerinden türemiştir ve İngilizceye Fransızcaya şefkat sözcüğü aracılığıyla girmiştir (36). Empatinin tersine merhamet, diğerinin acısını paylaşmak anlamına gelmeyip; daha çok sıcaklık, ilgi ve sevecenlik duygularıyla ve aynı zamanda diğerinin iyilik durumunu iyileştirmeye yönelik güçlü bir güdüleme ile özgülendirilmektedir (36). Ancak empati ve sevecenlik arasında kesin bir ayrım beklemememiz gerekmektedir (38). Merhamet, acının değerlendirilmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve belirti verme davranışıyla (örneğin, rahatlatıcı dokunsal temas), azalan kalp atış hızıyla, öznel endişe duygularıyla ve acıyı azaltan sosyal davranışlarla ilişkilidir (43). Merhamet, kişinin kendisini düşünmeden, diğer kişinin iyiliğini amaçlamaktadır (45). Başkalarının bize benzediğini algıladığımız ölçüde onlara sevecen davranmaktayız. Tıpkı başkalarının acısına merhamet duyumsayabildiğimiz gibi, acıların dış koşullardan ya da kendi yanlışlarımızdan, başarısızlıklarımızdan ve kişisel yetersizliklerimizden kaynaklanıp sonuçlanmadığına bakılmaksızın, acı çekmeyi deneyimlediğimizde kendimize yönelik sevecenliği genişletebiliriz (46).

### **2.2.1. Öz-şefkat**

Öz-şefkat, kişinin kendi acılarına dokunulmayı ve bunlara açılmayı, ondan kaçınmayı ya da bağlantıyı kesmemeyi, kişinin acısını azaltma ve kendini incelikle iyileştirme isteğini oluşturmayı içermektedir. Öz-şefkat aynı zamanda kişinin acısına, yetersizliklerine ve başarısızlıklarına yargılayıcı olmayan bir anlayış sunmayı da içermektedir (46). Öz-şefkat, bireyin kendisine ilgi ve incelik göstermesi, kendisini olduğu gibi kabul etmektir (41). Öz-şefkatin merkezinde farkındalık kavramı yer

almaktadır (47). Öz-şefkat, insanların olumsuz olaylara tepkilerini yumuşatarak başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır (48).



### Şekil 2.1. Öz-Şefkat Döngüsü

Şekil 2.1. incelendiğinde öz-şefkat davranış, duygu ve düşünce ile ilişkilendirilmektedir. Birey herhangi bir olumsuz durum yaşadığında davranış olarak çözüm yolu arayabilmektedir. Duygu olarak kendine karşı duyarlı olması ve düşünce olarak da bu durumu kabullenmesi gerekmektedir.

Öz-şefkat, kendini yargılamanın, izolasyonun ve ruminasyonun (depresyon gibi) olumsuz sonuçlarına karşı koruma sağlaması gereken duygusal açıdan olumlu bir öz tutumdur. Bu kapsamda öz-şefkat üç ana bileşenden oluşmaktadır:

\* Kendine karşı incelik, acı ya da başarısızlık anlarında kendine karşı sert bir şekilde özeleştiri yapmak yerine duyarlı ve anlayışlı olmak,

\* Ortak insanlık, kişinin deneyimlerini daha büyük insani deneyimin bir parçası olarak algılaması onları ayırıcı ve izole edici olarak görmek yerine deneyimleme,

\* Farkındalık, bireye acı veren duygu ve düşüncelerle abartılı özdeşleşmek yerine farkındalıkta tutma (46).

Bir bireyin düşünme, duyumsama ve davranış biçimleri değiştikçe ve bu değişiklikler fiziksel ve zihinsel sağlığı etkiledikçe, bireyin iş ve özel yaşamında her gün kendini iyi bir şekilde yönetme yeteneği bozulur. Bu durum merhamet yorgunluğu olarak ortaya açıklanmaktadır (49).

### **2.2.2. Merhamet yorgunluğu**

Merhamet yorgunluğu; bakım vericinin başkalarına hizmet sunarken karşı tarafla empati kurmada azalma, hizmeti gerçekleştirme isteğinde düşme ve buna yönelik bir enerji kaybı ile belirginleşen fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal yönden bir tükenmişlik olarak tanımlanmaktadır (50). Merhamet yorgunluğu sinsidir (49). Merhamet yorgunluğu durumu acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlikleri ile ilgili yaptığı çalışmada Johnson tarafından tanımı ilk defa yapılmıştır. Araştırmacı, kronik yorgunluk, sinirlilik, işe gitmekten korkma, fiziksel rahatsızlıkların ağırlaşması ve yaşamdan istek alamama gibi merhamet yorgunluğunun belirgin özelliklerini açıklamıştır (51).

Sağlık hizmetleri, kanser gibi tedavi olasılığı olmayan/oldukça zor olan bir hastalık karşısında hastalarının çektiği acı ve acılara tanık olduklarında, sağlık hizmeti verenlerde ortaya çıkan derin duygusal bozuklukların daha fazla farkına varmaya başladıkları görülmektedir (52). Merhamet yorgunluğu, yoğun stres altında çalışan ya da travmatik olaylarla sık karşılaşan bireylerde oluşan doğal bir sonuçtur. Bu süreçte gelişen merhamet yorgunluğunun hem çalışanın hizmet sunarken yanlış uygulamalarını hem de hasta hoşnutluğunu arttırdığı, çalışanın işten ayrılma nedenleri arasında önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir (89).

### **2.2.3. Merhamet bazlı uygulama ve programlar**

İnsanlarda doğaları gereği merhamet sığınağı olmasına karşın günlük olağan yaşamında yaşadığı güçlükler, insanlar arasında yaşamlarını sürdürürken zorlu yaşam deneyimleri nedeniyle kimi zaman başkalarına kimi zaman da kendilerine merhametli olmada zorluklar yaşadıkları belirtilmiştir. Ortaya çıkan bu sorunların çözümüne ilişkin kanıta dayalı araştırmalar yapılmaya başlanmış, merhametin geliştirilmesine yönelik girişimler yapılan çalışmalarca iletmiştir. Alanyazın incelendiğinde merhametin ne olduğu ve nasıl geliştirilebileceğine yönelik derin bir bilimsel ve klinik verinin varlığı görülmektedir (53).

#### **2.2.3.1. Merhamet eğitimi**

Merhamet gibi sosyal duyguları eğitmek için yapılan son psikolojik araştırmalar, yardımseverlik ve incelik duygularını özendirilen meditasyonla ilgili tekniklerden giderek daha fazla yararlanmaktadır. En yaygın kullanılan tekniklerden birisi 'Sevgi Dolu Nezaket Eğitimi'dir. Bu tür zihinsel uygulama sessizlik içinde gerçekleştirilir ve

bir dizi düşsel kişiye karşı dostluğun geliştirilmesine dayanır. Kişi genellikle uygulamaya kendini çok yakın duyumsadığı bir kişiyi düşünde canlandırarak başlar ve daha sonra yabancıları da kapsayacak biçimde diğerlerine ve daha sonraki bir aşamada zorluk yaşadığı insanlara karşı incelik duygusunu yavaş yavaş genişletir. Sonuçta bu uygulama tüm insanlara karşı yardımseverlik duygularını geliştirmeyi amaçlamaktadır (36).

Psikososyal girişimler genellikle olumsuz duygusal durumları azaltmayı amaçlar. Ancak olumlu duygusal durumların ve niteliklerin geliştirilmesine olan ilgi giderek artmaktadır (54).

### **2.2.3.2. Merhamet odaklı terapi**

Merhamet Odaklı Terapi (MOT), Paul Gilbert tarafından geliştirilen, özünde yüksek derecede utanç ve kendilerini eleştiren danışanlara yönelik bir terapi türüdür. MOT, bireyin iyi olma durumu ile birlikte olumlu davranışları hakkında etkin bir yer tutan ehliyete ve serebral sistemine odaklanmaktadır. MOT, birçok felsefik bilimsel bilginin derlenip, bütünleşmesinin sağlandığı bir terapi modelidir. Psikolojinin sosyal, evrimsel gibi alt dalları, bağlanma kuramları, nöroloji, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Budist öğretileri gibi teknik ve bilgilerden oluşmaktadır. MOT, ayrıca bir sürü gözlemler sonucunda yapılandırılmış girişim terapisisidir. Ruh sağlığı sorunlarına yönelik girişimler geliştiren diğer terapötik uygulamalarla yakınlık gösterir. Kesin bir uygulamaya dayanmamakla birlikte yöntem ve uygulamaları kanıta dayalı araştırmaların olumlu çıktıklarına dayanan ve aklın çalışma ilkelerini anlamaya yönelik bir psikolojik tedavi oluşturmayı amaçlayan özelliği bulunmaktadır. MOT, bireyin diğerlerine, kendine merhamet göstermesi ve diğer insanlardan merhamet görmesine odaklanmaktadır. Psikolojik duygu durumlarından anksiyete, depresyon, öfke gibi kavramların insan ruh durumunda görülmesinin normal olduğunu danışanlara aktarılmaktadır. Danışanların psikolojik durumlarına göre görüşmeler bir kaç oturumla tamamlanabilirken, kendilerini olumlamada direnç gösteren bireyler için 10 hafta ve üzeri oturumlar gerçekleştirilmektedir (15).

### **2.2.3.3. Öz-merhametli farkındalık**

Neff ve Germer tarafından geliştirilmiş bir uygulama türüdür. Programın amacı danışanların kendileri hakkındaki tutumlarında merhamet odaklı bir anlayışta bulunmalarını sağlamak ve öz-merhamete ilişkin tutum ve davranışlarını

gerçekleştirmelerinde yardımcı olmaktır. Bir başka deyişle, arttırılmış farkındalık ile bireyin kendisine merhametli davranmasının sağlanmasını ön gören bir yaklaşım türüdür.

Öz-merhamet bireyin geçmişinde yaşadıkları acı ve kötü olayları yok sayma, başarısızlıklarını dünyanın sonu gibi görme yerine onlarla kucaklaşmayı, eksikliklerini abartıya kaçmadan kabul etme üzerine temellenen bir anlayıştır. Ortalama 8 hafta süren bir programdan oluşmaktadır. Program içeriğinde kişinin kendisine karşı merhamet geliştirmesi temeline dayalı, ödevlerin olduğu, meditasyonlarla desteklenen oturumlardan oluşmaktadır (53).

#### **2.2.3.4. Bilişsel temelli merhamet eğitimi (BTME)**

Bireylerin başkalarının tutum ve davranışlarına yönelik tepkilerinin farkındalığının edinimini amaç edinir. Bu eğitimle, bireyin başkalarına ve kendilerine yönelik olarak empati ile birlikte merhamet duygu düzeylerinin arttırılması sağlanmaktadır. Kullanılan bakış açısı Tibetli Budist rahiplerin uyguladıkları bilişsel eğitimlerle ilişkili araştırmalardan köken almaktadır ve ilgili yaklaşım seküler çözümleyici bir meditasyon uygulaması olarak bilinir. BTME, Lojong diye bilinen Hint-Tibet Budizm’inde var olan görüşlerden/düşüncelerden yararlanmaktadır. BTME uygulayıcıları merhameti geliştirmek amacıyla yalın düşünme uygulamaları, farkındalık oluşturma egzersizleri ve zihni meditasyonlarla birlikte eğitim sunmaktadır. BTME kişilerin duygularını düzene koyma yeteneklerini geliştirip, duygularını kontrol altında bırakarak aşırı tepkiselliği en aza indirme üzerinde durur. Bunun sonucunda bireyde benlik saygısı, empati düzeyi ile birlikte merhameti konusunda kendi ve başkalarına bu çerçevede bakma düzeyinin yükselmesine olanak verir. Böylelikle birey kendi içine kapanmaktan, sosyal ortamdan izole yaşamaktan, sonuç olarak intihar gibi uç durumlar ile karşı karşıya gelmekten gittikçe uzaklaşır, olumsuz durumların ortaya çıkma olasılıkları azalır. Eğitim sonunda danışanın sosyalleşmesinin arttırılması ile birlikte psikososyal, fizyolojik ve davranışsal stres tepkilerinde azalma beklenir (15).

#### **2.2.3.5. Duygusal denge geliştirme**

Paul Ekman, Allan Wallace ile arkadaşlarıyla birlikte geliştirilen programın ana amacı duygusal bir denge oluşturup geliştirmektir. Eğitim uygulamasının kuramsal temelleri, doğunun geleneğinde var olan özen ve düşünce uygulamaları ile birlikte batının bilimsel ve örgün araştırmalarına dayanmaktadır. Programın yoğunlaştığı konu bireylerin kendi acılarıyla birlikte diğerlerinin acılarının da farkındalığını arttırması ve

bunlara yönelik duygularının yönetilmesinde daha önce uygulamadığı yolları algılamasıdır. Program 8 oturumdan oluşup 42 saat sürmektedir. İçerik olarak farkındalığın geliştirilmesi, empati ve merhamet düzeylerinin artırılması ile duyguların psikoeğitimi gibi çeşitlilikler gösteren düşünsel uygulamaları kapsamaktadır. Program duyguların anlaşılması ve diğer bireylerin duygularının da tanınması konusunda daha fazla durduğundan diğer merhamet odaklı uygulama programlarından farklı olduğu ileri sürülmektedir (15).

### **2.2.3.6. Merhamet meditasyonları**

Budizm düşünbilime dayandırılan yaklaşımlardan olup temel eksen farkındalık üzerinedir. Genel anlamda merhamet duygusunun artırılarak yaşamında mutsuzluk yaşadığını düşünen ya da yazgısı kötü olan kişilere karşı derin ve gerçekçi bir sempati duyulmasının sağlanması amacını taşımaktadır (15). Buradaki temel amaç bireyin kendisinin, başkalarının ve diğer canlı varlıkların acılarına yönelik farkındalığının oluşması, acıların azaltılması için eylemde bulunmasının sağlanmasıdır. Gerçekleştirilen meditasyon ile Budist ve Hinduistlerce Mantra diye adlandırılan bir dizi kavramın yinelenmesi yapılmaktadır. Bu eylemler sessiz bir şekilde yinelenerek iyi niyet, incelik ve içtenliğin başka kişilere karşı söylenmesini içerir.

Sonuç olarak merhametin kişide geliştirilmesi adına birçok program, eğitim ve uygulamanın var olduğu anlaşılmaktadır. Adı geçen bu uygulamaların batının pozitif ve seküler bilgilerine dayandırıldığı, buna ek olarak programlara doğunun Budizm, Hinduizm gibi dinsel öğretilerin kaynaklarının da içerikte bulunduğu görülmektedir (15).

## **2.3. Depresyon**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık; bireyin fiziken, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu olarak tanımlanır (55). Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanısıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk duygu ve düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (56). Depresyon günümüzde her toplumda görülebilen önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. DSÖ'ye göre depresyon oranları değişmekle birlikte yeryüzünde ortalama üç yüz milyon kişinin üzerinde bireyi etkileyen duygu durum bozukluklarından biridir (55).

### 2.3.1. Depresyonun nedenleri ve risk etmenleri

Depresyonun nedenleri diğer ruh hastalıklarında benzer bir şekilde araştırılıp ortaya konmaya çalışılmasına karşın elde edilen bulgular günümüzde nedenlerini açıklamakta yetersiz olmaktadır. Bu doğrultuda sürdürülen çalışmalar geleceğe yön vermektedir. Depresyon yatkınlığı olan bireylerde birçok değişik etken depresyonun gelişimine neden olabilmektedir. Genetik unsurlar, nörokimyasal ve nörofizyolojik etmenler bireyin depresyona olan yatkınlığını belirler. Bu etmenler sonrasında, madde kullanımı, stres ve travma gibi bazı epigenetik etkenlerce etki altına alınır. Son zamanlarda insan beyninin, biyolojik ya da çevresel bazı yeni şartlarda bulunmak zorunda kaldığında gösterdiği uyumsal değişiklikler hakkında incelemeler öncelik kabul edilmekte ve depresyonda da nöroplastisite kavramı hakkındaki tartışmalar sürmektedir (57).

Depresyona yol açan nedenler incelendiğinde, insanların yaşam koşullarının değişmesi, aşırı bir yarışta bulunma durumu, çalışma zorunluluğu, duygusal bağlam, yaşamını sürdürürken etkinliklerinin gerçekleştirilmesinde engellerin varlığı gibi güçlüklerin olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda normal gelişim göstermeyen çocukların annelerinde depresyon, somatizasyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar daha çok görülürken; zihinsel ve/veya fiziksel engelli çocuğu olan ebeveynlerde alkolizm ve depresyonun daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Bunlardan zihinsel engelli çocuğu olan annelerin orta düzeyde depresyonda oldukları, annelerin çalışma durumlarının ve annenin çocuğuna bakarken yardım almasının depresyon düzeyi üzerinde etkisinin olduğuna ilişkin sonuçlar bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda normal gelişim göstermeyen çocuğu olan ebeveynler arasında annelerde görülen depresyon sıklığının daha çok olduğu, özel gereksinimli çocuğu olan annelerin %20-%30 aralığında depresyonda oldukları belirtilmiştir (58).

Günümüzde depresyon oldukça yaygınlık gösteren bir hastalıktır. Her beş bireyden birinin yaşamlarının bir döneminde depresyon geçirdiği bildirilmiştir. Gelişigüzel bir zamanda toplum içi yapılan bir taramada her yüz kadından altısında depresyon görülürken erkeklerde bu oran üç olarak bildirilmiştir. Bu da kadınların erkeklerden iki kat kadar daha çok depresyona girdiğini ve dolayısıyla yardıma gereksinim duyduklarını göstermektedir. Erkekler en çok 55 ile 70 yaş aralığında daha çok depresyona yakalanırken kadınlarda bu aralık 35 ile 45 arasındadır. Depresyona girme ya da geçirme riskleri üzerinde yapılan incelemelerde bireyin ailesinde depresyon

geçiren birinin olması, kişinin kadın olması, yalnız yaşaması ve yoksul olunması depresyona yatkınlığının arttırdığını göstermektedir (58).

### **2.3.2. Depresyonun belirtileri ve tanı ölçütleri**

Depresyon tanısı konulabilmesi için her ne kadar keder duygusu ve yaşamından zevk alamama ana belirtileri arasında yer alsada bunlar ile birlikte hiçbir belirti kendi başına yeterli olamamaktadır. Tanının konulabilmesi için birden fazla belirtinin minimum 10-14 gün sürmesi ve aynı anda belirtilerin ortaya çıkması gerekmektedir. Bu belirtiler ayrıca kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Örneğin bazı bireylerde seneler boyunca depresyon görülebilirken bazılarında bu süre belirli aralıklarla yaşanabilir (59).

Depresyon tanılı hastaların şiddeti belirti/bulgulara göre belirlenebilirken Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5) depresyonun şiddetini 3 grupta sınıflandırmıştır: Hafif, orta ve şiddetli (60).

DSM-5, her biri belirli ölçüt ve özellikleri olan depresif bozuklukları çeşitli alt sınıflara ayırır. Adı geçen bozukluklar, belirtilerin doğası, süresi ve tetikleyici unsurlarına göre sınıflandırılır:

#### ***Ana Depresif Bozukluklar***

- Majör Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk (Persistan Depresif Bozukluk)

#### ***Durumsal ve Dönemsel Depresif Bozukluklar***

- Premenstrüel Disforik Bozukluk
- Madde/İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk
- Başka Medikal Duruma Bağımlı Depresif Bozukluk

#### ***Çocuk ve Gençlerde Görülen Özel Depresif Bozukluklar***

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

#### ***Belirli Olmayan Depresif Bozukluklar***

- Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk
- Tanımlanmamış Depresif Bozukluk (61).

### **2.3.3. Depresyonun tedavi yöntemleri ve yönetimi**

Depresyon DSM-5'te belirtilmiş belirtilerin kişide bulunduğu bir sendrom olup klinik gidişin yinelendiği ve bireyin yaşam kalitesinde gerileme yaratan bir bozukluktur. Örsel'in (2004) yürüttüğü bir çalışmada depresyonun kişinin yaşam kalitesinde yarattığı

bozulmanın diyabet, gastrointestinal sistem hastalıkları, artrit gibi sağlık sağlık sorunlarından sonra ortaya çıkan bozukluklardan daha fazla; kardiyolojik hastalıklar ile denklige yakın derecede olduğu belirlenmiştir. Depresyon tedavisinde ana ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

1. Tedavinin amacının belirlenmesi
2. Hastaya en uygun ilacın seçilmesi
3. Diğer tıbbi sorunların değerlendirilip tedavi edilmesi
4. Özkıyım riskin belirlenmesi
5. Hastanın tedavi uyumunun sağlanması
6. Tedavi gidişatının değerlendirilmesi
7. Verilen antidepresanların yeterli doz ve sürede alınımının sağlanması
8. İlaçların istenmeyen etkileri konusunda bilgilendirmenin yapılması
9. Elde edilmiş tedavi yanıtının sürdürülmesi
10. Psikoterapi gerekliliğinin değerlendirilmesi (62).

Araştırmacılar mental sağlıkla ilgili ‘hangisi işe yarar’ sorusunun yanıtını uzun zamandır aramaktadırlar. Duyarlı tıbbın amacı bu soruya kanıta dayalı yanıtlar sağlamaktır. Depresyonda tedavi seçimi, her bireyin var olan seçenekler arasından kendisi için olumlu bir sonuca yol açması olası olan tedaviyi almasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Tedaviye yanıtı öngören hasta değişkenleri tanımlanmış olmasına karşın, bu bilgi henüz gerçek dünyadaki tedavi önerilerine dönüştürülemediği. Dolayısıyla tedavi için hastanın psikolojik ve fizyolojik direnci ile depresyon türü ve şiddeti alacağı tedavinin çeşidi bakımından önemlidir (63).

Depresyon teşhisi konulan hasta tedavi aşamasına gelmiş hasta anlamına gelir. Depresyonun tedavi sürecinde kullanılan yöntemler farklı olmakla birlikte her hastanın gereksinimlerine göre çeşitlilik gösterebilir. Ana tedavi yöntemleri olarak:

- 1- Psikoterapiler: Depresif ve karamsar düşünce ve davranışları olumluya dönüştürmeyi amaçlayan BDT (64); Bilinçdışı duygu ve düşüncelerin üzerinde çalışıp geçmişten kaynaklanan sorunları belirleyip bilinç düzeyine çıkarıp çözümlenmeyi amaçlayan Psikodinamik terapi, sosyal ilişkiler ve iletişim ile ilgili sorunlara odaklanan İnterpersonal Terapi (IPT), günlük stresle baş etme yöntemlerini kullanıp hastaya beceri kazandırmasını amaç edinen destekleyici terapiler verilebilir (65).
- 2- Farmakoterapi & İlaç Tedavisi: Depresyon belirti/bulgularının azaltılmasında kullanılan antidepresan ilaçlar, depresyonla birlikte bazı durumlarda görülebilen

anksiyetik ve psikotik belirtilerin tedavisinde kullanılan anksiyolitik ve antipsikotikler verilebilir (66).

- 3- Elektrokonvülsif Tedavi (EKT): yüksek şiddetli depresyon olgularında ya da yapılan diğer tedavi yöntemlerinin olumlu sonuçlanmadığı durumlarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. Hastanın beyin dokusunun elektrik aracılığı ile uyarılarak konvulsiyonlar oluşturulması temeline dayanır (67).
- 4- Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS): Uyarı aktarıcı bir bobin aracı ile oluşturulmuş çok güçlü bir manyetik alan ile birlikte hasta beyininin serebral korteksinde ufak ve kalıcı olmayan bir elektrik akımı oluşturulması temeline dayanır (68).
- 5- Yaşam Tarzı Değişikliği: Düzenli bir şekilde yapılan egzersizler, sağlıklı besin alma, uykunun düzene sokulması hedef alınır (69).

#### **2.4. Psikolojik Dayanıklılık**

Ruh sağlığı alanında bireyin eksikliklerine odaklanmaktan, bireyin güçlü yönlerine odaklanmaya doğru bir değerler dizisi değişimi başlamıştır. Bu değerler dizisi değişimi, insan işleyişinin olumlu yönlerine olan ilgiyi artırmıştır (70). 1950'li ve 1960'lı yıllarda araştırmacılar, diğer akranlarına göre dezavantajlı bazı çocukların kötü koşullardan zararsız bir şekilde çıkmalarının başarısının nedenine ilgileri başlamıştır. Bu ilgi dayanıklılığa yönelik çalışmaların gelişmesinde önemli ölçüde etkili olmuştur (71).

Dayanıklılık, bireyin zihinsel sağlığını koruması ve zorluklar ya da risklerle karşı karşıya kaldıktan sonra akıl hastalığına yenik düşmemesi için (70) bireyi yönlendiren bir güdülenme gücüdür (72).

Dayanıklılık, olası travmatik bir olaya tepki olarak sıkıntının üstesinden gelme yeteneğidir (73). Dayanıklılık tanımlanırken sıklıkla istiridye benzetmesi kullanılmaktadır. Bu benzetmeye göre istiridyenin içine bir kum tanesi girmektedir. Bu kum tanesi, görünüşte rahatsız edici olsa da istiridye onu döverek inci tanesine dönüştürmektedir. Bireylerin olumsuz anlarından olumlu sonuç elde etmek için bu benzetme kullanılmaktadır (74). Aslında birey olumsuz olaylarla karşılaşsa da zamanla bu zorluklarla nasıl baş edebileceğini öğrenmektedir (72). Bu noktada bireylerin olumsuz olaylara nasıl tepki verdiği önemlidir. Smeeth ve diğerleri (2021) çalışmasında bireylerin olumsuz olaylara verdikleri tepkilerde önemli farklılıklar olduğunu açıklamışlardır (75). Troy ve diğerleri (2023) çalışmasında olumsuz olay yaşayan bazı

bireylerin yaşamlarında uzun süreli önemli kesintiler yaşadığını, bazı bireylerin ise kısa süreli etkiler yaşadığını belirlemişlerdir (76).

Olumsuz olaylar göz önüne alındığında bireyin beklenenden daha iyi ilerleme sağlanması psikolojik dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır (76). Psikolojik dayanıklılığa yönelik alanyazında birçok tanım yer almaktadır. Psikolojik dayanıklılığın en genel tanımı Amerikan Psikoloji Derneği “zorluklar, travma, trajedi, tehditler ve bunlardan başka önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama süreci” olarak yapılmıştır (77). Denckla ve diğerleri (2020) psikolojik dayanıklılığı, multidisipliner bir uzman açık oturumu sonucunda stres ya da sıkıntı kaynaklarına uyum sağlayarak bu kaynakların olumsuz etkilerini yok etme işleyişi olarak tanımlamıştır (78). Ong ve arkadaşları (2006), yürüttüğü çalışmada bireyin travmatik bir olaydan sonra toparlanma ya da olumsuz bir olayla karşılaştığında psikolojik olarak sağlam kalabilme yeteneği olarak psikolojik dayanıklılığı tanımlamıştır (79). Tugade ve diğerleri (2004) ise olumlu duyguları kullanarak olumsuz duygularla baş etme yeteneği olarak psikolojik dayanıklılığı belirtmiştir (80). Kobasa ve diğerleri (1982) yürüttükleri çalışmada psikolojik dayanıklılığı 3 alt boyuta ayırmaktadır;

- I- Bağlanma,
- II- Kontrol
- III- Meydan Okumadır (81).

Yapılan kuramsal tanımlar ve alt boyutlar göz önüne alındığında psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin başlarına gelen stres etmenli olaylardan ivedi ve etkin bir şekilde "kendilerine dönebildiklerini" göstermektedir (82). Ayrıca bireylerin değişen ve stresli koşullara sürekli olarak yeniden uyum sağlama sürecine katıldıkları açıklanmaktadır (75, 83, 84). Aslında psikolojik dayanıklılığın temelini, olaylara karşı gösterilen dayanma gücü oluşturmaktadır. Bireylerin yaşadığı koşullar, ekonomik durumları, sosyal ilişkileri ve aile ilişkileri bu dayanma gücünü olumlu ya da olumsuz bir şekilde etkileyen bazı etkenlerdendir.

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen etmenler koruyucu etmenler ve risk etmenler biçiminde sınıflandırılmaktadır (75, 83, 84). Yüksek düzeyde kendini geliştirme bir dayanıklılık etmeni olarak kabul edilebilirken, düşük düzeyde kendini geliştirme de bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir (85).

### 2.4.1. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen koruyucu etmenler

Bir topluluktaki dayanıklılığın belirleyicileri ve travmatik durumları toplumdan topluma değişmektedir. Örneğin; umut, öz saygı ve tutarlılık duygusu aşlamak, savaşın parçaladığı ve yoksullaştırdığı bir toplumda dayanıklılığın geliştirilmesi açısından endişe verici önemi bulunurken, dengeli ve kaynak zengini bir toplulukta bu durum geçerli olmamaktadır (86). Duygusallığın az olması, sosyallik, ortalamanın üstünde zeka, kendi kendine yardım becerileri, özel yetenekler, olumlu benlik kavramı, güçlü güdülenme, iç kontrol odağı, dürtü kontrolü, ilgi çekici mizaç (87), hedef belirleme gibi koruyucu etmenler bulunmaktadır (84). Koruyucu etmenler çevresel ve bireysel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır.

**Tablo 2.1. Bireysel Koruyucu Etmenler**

Yaşamda bir nedenin ya da amacın peşinde koşmak (kendini vermek)	Güçlü öğrenme yeteneği
İyi bir özgüven	Arkadaş olabilme yeteneği
İyi karar verme becerileri	Yaratıcı sorun çözme becerileri
Daha yüksek bir güce olan inanç	Gelecek ile ilgili olumlu öngörü
Kendine güven	İyi sosyal sorun çözme becerileri
İyi bir mizah anlayışı	Hazzı erteleyebilme yeteneği
Kişisel güçlü yönler ve beceriler	Dayanıklı öz yeterlik
Değer-davranış uyumu (kişinin inançlarına uygun davranmak)	Görev odaklı
Kişisel ustalık	Esneklik
Ruhun bağımsızlığı	İyi yeniden bütünleşme yeteneği (zorluklardan sonra toparlanma yeteneği)
Kişisel güdülenme	Kişisel iç gözlem yapma ve başa çıkma için kişisel kaynakları belirleme becerisi

**Kaynak:** Richardson, vd., 1990 (88).

Okul, ev, topluluk ve akran ortamı (89), evcil hayvanlar, yardım etmek, destek ağı ve iletişim (84) gibi çevresel etmenler de koruyucu etmenler arasında yer almaktadır (72).

Sağlıklı gelişim ve dayanıklılık şansını artırmak için ailelere, okullara ve topluluklara çeşitli kaynaklar sağlamak gereklidir. Dayanıklılığı artırmaya yönelik uygulamalar, stresli/travmatik durumlardan önce, bu durumlar sırasında ya da sonrasında uygulanabilir. Bazı uygulamalar bir noktada diğerinden daha etkili olabilir.

İstendik olarak, uygulamalar/eğitimler stresli olaylardan önce gerçekleştirilecek ve böylece birey zorluklarla başa çıkmaya daha iyi hazırlanacaktır (86).

#### 2.4.2. Psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk etmenleri

İnsanların, zorluklarla başa çıkma ve gerektiğinde değişme ya da uyum sağlama konusunda büyük yetenekleri vardır, ancak bunu gerçekleştirebilmek için temel sosyal ve maddi kaynaklara gereksinim duyarlar. Dayanıklılığı arttırmanın en etkili yolları arasında, kişinin doğal koruyucu etmenlerinin etkin bir biçimde gelişmesine ve çalışmasına olanak sağlayan sağlıklı aile ve topluluk ortamlarının oluşturulmasıdır (86).

**Tablo 2.2. Bireysel ve Çevresel Risk Etmenleri**

Bireysel Risk Etmenleri	Çevresel Risk Etmenleri
Finansal güvenlik	Doğrudan savaşla karşı karşıya kalma
Vatanseverlik	İşkence/kaçırılma/cinsel şiddet
İşten ayrılma	Göç
Ruh sağlığı rahatsızlıkları	Birincil gereksinimlerin eksikliği
Uyku eksikliği	Alışılmadık ortam
Cinsiyet	Savaş bilgilerine maruz kalma
Madde kullanımı	Cinsiyet rolündeki kültürel farklılıklar
Çaresizlik ve umutsuzluk	Akrabalar
Algılanan tehdit	

**Kaynak:** Rizzi vd., 2023 (89).

Umutsuzluk (90), yoksulluk, çocuk istismarı/ihmal, ebeveynlerin boşanması, ebeveyn madde bağımlılığı, ebeveyn akıl hastalığı, genç ebeveyn olma (87), çekişmenin artması, işe giriş fırsatlarının azalması, sosyal ve ekonomik eşitsizliğin artması ve aile içi anlaşmazlıkların artması gibi psikolojik dayanıklılığı düşüren risk etmenleri bulunmaktadır (91). Yoksulluk; birey, aile ve toplum sağlığı açısından en yaygın, en zorlu ve en zararlı risk etmenlerden biri olarak kabul edilmektedir (78). Cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılık, beden imajı, düzensiz beslenme, yorgunluk, kötü uyku, zihinsel sıkıntı, azınlıklaştırılmış kimlikler, yaralanmalar diğer risk etmenlerdendir (92).

Savaşın dünya çapında çocuklar üzerindeki etkilerini araştıran çoğu kesitsel ve öz raporlara dayanan çalışmalar gözden geçirildiğinde; doz etkileri ve şiddet içeren eylemlerin haksızlığa uğramış ya da tanığı olmanın, sevdiklerine yönelik tehditlerin ve kayıpların, uzun süreli ebeveyn yokluğunun ve zorla yerinden edilmenin olumsuz

etkileri ile ilgili bir dizi zihinsel sağlık sorununu tanımlandığı görölmektedir. Savaşla ne kadar yakın zamanda karşı karşıya kalındıysa ve çocuk ne kadar büyükse, travma sonrası stres bozukluğu belirti/bulgularının bildirilme olasılığı da o kadar yüksek olduğu görölmüştür. Çocuk askerler, cinsel istismara uğrayan çocuklar ve zorla yerinden edilen çocuklar uzun süreli duygusal sıkıntıya karşı özellikle savunmasız durumda oldukları belirlenmiş, yetişkinlikte, savaş travması yaşayan çocuklar, başta kalp-damar hastalıkları olmak üzere çok çeşitli tıbbi durumlara yönelik risklerde önemli ölçüde artış gösterdiği belirlenmiştir (93).

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

Bu bölümde öncelikle araştırmanın etik yönü, hipotezler, evren ve örneklem ile araştırmanın tipi ve uygulanmasına değinilecektir. Ardından veri toplama araçları ile Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı hakkında temel bilgiler verilecektir.

#### **3.1. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmadan önce Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri'nden girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul onayı alınmıştır (Karar No: 2023/65, Karar Tarihi: 21.06.2023/ Ek: 1). Ayrıca Muş merkez ilçesindeki Özel Muş İlk Adım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ile Özel Muş Gökkuşığı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezlerinde Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı kapsamında planlanan eğitimlerin yapılması için gerekli izinler alınmıştır (Ek: 2). Eğitim programına alınacak deney grubundaki anneler ile kontrol grubundaki annelere çalışma hakkında bilgilendirmeler yapıp kendilerinden Gönüllüleri Bilgilendirme ve Rıza Formu ile beraber yazılı ve sözlü onayları alınmıştır ((94), Ek: 4). Araştırmanın bütün basamakları Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nde bildirilen etik kanunlara uygun olarak yapılmıştır ((95), Ek: 6).

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı'nın uygulanabilirliğinin ve etkisinin belirlenmesi amacıyla geliştirilen temel hipotez şu şekildedir:

Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı (YİUMTEP), SP’li hastaların annelerinin merhamet düzeylerini ve psikolojik dayanıklılıklarını arttırmada; depresyon düzeyini azaltmada etkilidir.

Bu hipotez ve alanyazın incelemeleri sonucunda geliştirilen 3 alt hipotez şunlardır:

H1: YİUMTEP, deney grubunun merhamet düzeylerini arttırmada anlamlı bir fark vardır. Kontrol grubunun merhamet düzeyinde anlamlı bir fark yoktur.

H2: YİUMTEP, deney grubunun depresyon düzeylerini azaltmada anlamlı bir fark vardır. Kontrol grubunun depresyon düzeyinde anlamlı bir fark yoktur.

H3: YİUMTEP, deney grubunun psikolojik dayanıklılık düzeylerini arttırmada anlamlı bir fark vardır. Kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur.

### **3.3. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı**

Bu araştırmada karma yöntem (mixed method) kullanılmıştır. Karma yöntem, araştırmacının birbirini izleyen çalışmalar ya da bir çalışma üzerinde hem nicel hem de nitel bir yöntemin kullanılarak kavramların birleştirilmesi temeline dayanır. Nitel ya da nicel yöntemden birine ağırlık verilerek oluşturulan desenler olduğu gibi nitel ve nicel yöntemlerin eşit düzeyde kullanıldığı araştırma tasarımları da kullanılabilir (96). Nicel ve nitel yöntemlerin doğasında var olan sınırlılıkların birbirlerinin güçlü yönlerinin kullanılarak dengelenmesinin sağlanması, araştırmalarda karma yöntemin yeğlenmesinde en büyük etkenlerden biridir (97). Bu bakımdan “Görmenin birden fazla yolu” olarak açıklanan karma yöntem, son 30 yıldır kullanılmaya başlanmıştır (98).

Kadınlar ile ilgili yapılan çalışmalarda kanıt değerlerinden uzaklaşmadan yaşanan güçlükleri, duygu ve deneyimleri kadınlardan doğrudan öğrenmek oldukça önemlidir (99). Mason (100) çok boyutlu olmalarından ötürü, sosyal deneyim ve gerçeklerin tek bir boyutla incelenmesi durumunda ortaya çıkacak algının noksanlık yaratacağını belirtmiştir. Karma yöntem, adı geçen ilkeyi baz alarak aynı araştırmada farklı yöntemlerin bir arada kullanılmasının gerekliliğini savunmaktadır (101).

Bu araştırmada karma yöntemin seçilmesinde, araştırmanın kadınlar ile ilgili bir boyut taşıması ve karma yöntemin araştırmanın amaçları ile örtüşme göstermesi etkili olmuştur. Gerçekte niceliksel araştırmalar katılımcıların görüşlerinin ölçülmesinde kullanılırken, niteliksel çalışmalar katılımcılardan elde edilen görüşlerin daha derin bir şekilde anlaşılmasına katkı sağlamaktadır. Başka bir açıklamayla nitel araştırmalar,

yapısından kaynaklı olarak nesnel ve ölçülebilir veriler sunan nicel araştırmalardan elde edilen verilere “duygu” ve “doku” ekler (102). Böylelikle iki yöntem de birbirlerinin zayıflıklarını tamamlayıp, birbirlerini güçlendirebilmektedir (96).

Greene (103) ve Giannakaki (104), karma yöntem ile çalışmanın gerekçelerini beş temel başlıkta sınıflandırmıştır. Bu gerekçeler; “üçgenleme (triangulation), tamamlayıcılık (Complementarity), gelişim (development), başlangıç (initiation) ve genişletme (expansion)’dir. Araştırmamızda karma yöntemin kullanılmasında tamamlayıcılık özelliğinden faydalanılmıştır. Tamamlayıcı yöntemde, bir yöntemden el edilmiş bulguların ayrıtılarak sunumu, arttırımı ve açıklığa kavuşmasında diğer yöntemin sonuçlarının kullanımı vardır. Böylelikle bir veri analizi çeşidi diğerini tamamlamış olmaktadır (96).

Araştırmamızın nitel kısmında fenomenolojik desen kullanılmıştır. Veri toplama için yapılandırılmamış görüşme tekniği temel alınmıştır. Yapılandırılmamış görüşme tekniği, “hem açık uçlu hem de kapalı uçlu soruların görüşmecilere yöneltildiği, belirli plan kapsamında soruların sorulmadığı bir tekniktir.” Bu türde yapılan araştırmalarda araştırmacıyla görüşmeci(ler) araştırmanın konusu hakkında olağan karşılıklı konuşmanın oluşturulması temeline dayanır (105). Katılımcının kendisini anlatmada daha rahat olmasına olanak tanıyan bu yöntem, ayrıca soru sormada araştırmacının esnek davranabilmesini sağlamaktadır.

Yapılandırılmamış görüşmeler Creswell tarafından beş başlıkta ele alınmıştır. Bunlar;  
“I. Yapılandırılmamış açık uçlu görüşme yürütme ve görüşme notları alma,  
II.Yapılandırılmamış açık uçlu görüşme yürütme, görüşmeyi ses kaydına alma ve ses kaydını yazıya dökme  
III.Yarı yapılandırılmış açık uçlu görüşme yürütme, görüşme ses kaydına alma ve ses kaydını yazıya dökme  
IV.Bir odak grup görüşmesi yürütme, karşılıklı görüşmeyi ses kaydına alma ve ses kaydını yazıya dökme  
V. Farklı türde görüşmeler yürütme: e-posta, yüz yüze, odak grup, çevrimiçi odak grup, telefon görüşmesi”(106).

Araştırmamızda ses kaydının alınmasını, denek grubundaki annelerin kendilerini rahat hissetmeyeceklerini belirttikten sonra herhangi bir video ya da ses kaydının yapılmasını istememelerinden dolayı “yapılandırılmamış açık uçlu görüşme yürütme ve görüşme notları alma tekniği” kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan nicel araştırma tekniğinde, ilk test- son test- izlem testi kontrol gruplu desende bağımsız değişkenin/değişkenlerin bağımlı değişken/değişkenler üzerindeki etkisinin test edilmesini amaçlayan ölçeklerden yararlanılmıştır. Araştırmamızın amacı doğrultusunda nicel boyut nitel boyuttan daha fazla ağırlıklıdır.

Karma yöntem ile birlikte toplanan verilerin nerede ve ne zaman birleştirileceği konusu önemlidir. Niceliksel ve niteliksel yöntemler; veri toplama, veri çözümlene ve yorumlama sırasında, ya da desen aşamasında birleştirme yapılabilmektedir (98). Çalışmamızda, her iki tür verilerin toplanması ve analizinin yapılmasından sonra alınan sonuçlar, tartışma bölümünde birleştirildikten sonra birlikte göz önüne alınmış ve yorumlanmıştır.

Araştırma planlama evresinde katılım göstermekte gönüllü olacak annelerin Muş İli Halk Eğitim Merkezi'nde toplanıp ilgili eğitimin verilmesi düşünülmüştür. Ancak SP'li çocukların hizmet aldığı merkezlerin, kendi kurumları dışında eğitimin verilmesini çeşitli nedenlerden dolayı uygun görmemesi, kendi kurumlarında eğitimin verilmesini önermeleri; aynı zamanda annelerin Muş'un kültürel yapısından kaynaklı sorunlar ile birlikte farklı bir kurum yerine tanıdık oldukları ve çocuklarının hizmet aldıkları kurumda çocukları rehabilitasyon hizmeti alırken kendilerinin de ilgili eğitimi görmek istemelerinden ötürü eğitim merkezi değiştirilmek zorunda kalınmıştır. Bu bakımdan SP'li hastanın en fazla bulunduğu ve Muş ilinin en büyük iki rehabilitasyon merkezi eğitimlerin verilmesi için uygun görülmüştür. Araştırma, 2 Eylül – 12 Kasım 2023 tarihleri arasında her bir oturumu haftada bir gün olmak üzere, Muş ili Özel Muş İlk Adım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ile Özel Muş Gökkuşuğu Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezlerinde yapılmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Muş ili merkez ilçesindeki rehabilitasyon merkezlerinde kaydı olup, bu merkezlerden hizmet alan SP'li çocukların anneleri oluşturmaktadır. Araştırmamızın evrenini oluşturan annelerden kendilerine ulaşılabilenler ile görüşülmüştür.

Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde bu biçimde çalışmaların gerçekleştirilmesinin sosyokültürel zorlukları da vardır. Nitekim görüşüne başvurulmuş annelerden bazıları, uzun süre katılım gerektiren bir eğitime katılımlarının bazı konularda zorluk yaşayacaklarını belirtmiş ve eğitim programına katılım göstermek istememiştir. Özellikle il merkezine uzak yerlerde ya da kırsal kesimlerde yaşayan bazı

anneler ise katılım göstermek istemelerine karşın bölgenin fiziki ve sosyokültürel özelliklerinden ötürü çalışmaya katılamamıştır. Bölgede bu tür sorunların varlığı araştırmanın değerini arttırmaktadır. Çalışma gönüllülük bazlı olduğundan çalışmaya katılmayı kabul eden anneler örneklem havuzuna aktarılmıştır.

Araştırmamıza Muş merkez ilçesindeki rehabilitasyon merkezlerinde kaydı olan SP’li hastaların anneleri katılım göstermiştir. Araştırmada grupların belirlenmesinde “seçkisiz (random) örnekleme” yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme türü, katılımcının herhangi bir gruba girme olasılığının diğer katılımcılar ile eşit düzeyde olduğu yöntemdir (107). Araştırmamıza gönüllü olarak 20 SP tanılı çocuğu olan anne katılmıştır.

Karma yöntem nicel ve nitel yöntemlerden her birinden bir yöntemin alınıp kullanıldığı yöntemdir. Benzer konu ve duyarlı gruplar üzerinde karma yöntem kullanılarak yapılan araştırmalarda, araştırmamızda kullanılan yakın örneklem sayılarıyla araştırmanın tamamlandığı görülmektedir (108, 109). Nicel araştırmalarda power analizi, etki büyüklüğü hesaplamaları araştırmada kullanılacak örneklem sayısı için önemlidir. Fakat nitel araştırmalarda bu tartışmalı bir konudur. Bunun nedeni sosyal, kültürel ya da bireysel anlatımların tanımlanmasında işe yarayan standart bir test ya da ölçeğin henüz olmaması, istatistiki güç analizinin yapılmasında kullanılacak söylemlerin dağılımını belirleyebilen olasılık modellerinin de var olmamasıdır. Araştırmacıların bazıları niteliksel araştırmalar için bunun hesaplanmasının olanaksız olduğunu, bu tür araştırmaların hedefinin sonuçlarını bütün evrene genelleme olmadığını, bir ya da iki birey ya da grubun yeterli olduğunu belirtmişlerdir (110).

Niteliksel yaklaşım temelli çalışmalarda, örneklem kullanılmamakta ve çalışma bulguları, popülasyona genelleme gibi bir amaca hizmet etmemektedir. Buna karşın nitel araştırmalarda araştırmacı, seçilen profillerin seçilme nedenlerini açık bi şekilde belirtmesi gerekmektedir. Buradaki temel amaç araştırılan gruba ilişkin yaşantılara, açıklamalara ulaşabilmektir (111). Karma desende tasarlanan araştırmamızın örneklem sayısının böylelikle bu ilkeyle de uyum gösterdiğini söylemek mümkündür.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Serebral Palsili çocukların annelerine uygulanan Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı’nın (YİUMTEP) merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

- Bireysel tanıtım formu
- Yetişkin merhamet ölçeği (YMÖ)
- Burns depresyon ölçeği (BDÖ)
- Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği (YPDÖ)
- Görüşme formları

### **3.5.1. Bireysel tanıtım formu**

Araştırmacının kendisi tarafından alanyazın incelenerek oluşturulmuş veri toplama formudur. Form 25 sorudan oluşmakla birlikte SP'li çocukları olan annelerin kişisel bilgilerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, alışkanlıklar vb.) içeren, çocukları ve onlara yönelik bakım yükleri ile ilgili soruların olduğu formdur (112-114).

### **3.5.2. Yetişkin merhamet ölçeği**

Bu ölçek, Nas ve Sak (2022) tarafından, yetişkin bireylerin merhamet düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Ek 3). Kişilerin merhamet düzeylerinin ölçülmesinde geçerli ve güvenilir olan ölçek, totalde 20 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin kullanımı ile ilgili geliştiricisinden izin alınmıştır (Ek 5). Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ters madde bulunmamakla birlikte 20 madde ve 5'li likert tipindedir. Bunlardan 1,2,3,4,5,6,7,8 ve 9. maddeler Davranışsal Merhamet; 10,11,12 ve 13. maddeler Duygusal Merhamet; 14,15 ve 16. maddeler Bilişsel Merhamet; 17,18,19 ve 20. maddeler de Motivasyonel Merhamet alt boyutlarını oluşturmaktadır.

Ölçeğin merhamet alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; Davranışsal .90, Duygusal .83, Bilişsel .81 ve Motivasyonel için .85 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin geneli için .92 olarak belirlenmiştir. Ölçekten en düşük 20, en yüksek 100 puan alınabilmektedir. Alınan puanların yüksekliği ile merhamet düzeyinin yüksekliği doğru orantılı olarak gösterilmektedir. Puanlamada dört alt boyutla birlikte yapılabildiği gibi toplam puanla da merhamet düzey değerlendirilmesi yapılabilmektedir. Sonuçlar göz önüne alındığında 18 yaşın üzerindeki kişilerin merhamet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla ölçek kullanılabilir. Ölçek geliştirme araştırmalarında, verilerin toplanması amacıyla bu ölçeğin kullanımının uygun olduğu belirtilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması söz konusu kişiler tarafından yapılmıştır (115).

### 3.5.3. Burns depresyon ölçeği (BDÖ)

Orijinal adı Burns Depression Scale olan ölçek Melih Dikmen ve Murat Tuncer tarafından 2019 yılında Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenirlik çalışması söz konusu araştırmacılar tarafından yapılmıştır (Ek 3) (116).

Ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-4 arasında puanlanmaktadır. Derecelendirme Hiç (0), Biraz (1), Orta Derecede (2), Çok Fazla (3) ve Aşırı Derece (4) şeklindedir. Katılımcılar ölçekte sorulan her bir semptomu testin yapıldığı günü de içerek biçimde olmak üzere önceki yedi günü de dikkate alarak yanıtlamaktadırlar, Ölçeğin özgün biçimi dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar “Hisler ve Düşünceler”, “Kişisel İlişkiler ve Aktiviteler”, “Fiziksel Belirtiler” ve “İntihar İsteği”den oluşmaktadır. Bileşenleri açısından özgün formun dört alt boyutu bulunurken, Türkçeye uyarlama çalışmasında Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) sonucuyla altı alt boyut ortaya ortaya çıkmıştır. Bu yönelik olarak, çalışmalarında ölçeği kullanacak araştırmacılar, bireylerin depresyon düzeylerini ölçerken ölçeği bütünsel olarak kullanıp özgün boyuttaki aralıklarla değerlendirebilir. Alt boyutlar üzerinden inceleme ve grupların karşılaştırılmasını gerçekleştirmek isteyen araştırmacılar da belirlenen bileşenlerle istatistiksel uygulama yapabilir. AFA sonucunda ortaya çıkan madde yüklerine bakılarak, faktörler çatısı altında toplanan değişkenler isimlendirilmiştir. Birinci faktör “Aktiviteler ve Kişisel İlişkiler”, ikinci faktör “Duygu ve Düşünceler”, üçüncü faktör “Duygu Yitimi”, dördüncü faktör “İntihar isteği”, beşinci faktör “Fiziksel Belirtiler” ve altıncı faktör “Sağlık Sorunları” olarak etiketlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .92 olarak bulunmuştur. Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğe göre elde edilen puanlar arttıkça bireyin depresyon seviyesinin de arttığı kabul edilir. Buna göre puanlar;

0-5 : Depresyon yok

6-10: Normal ama mutsuz

11-25: Hafif depresyon

26-50: Orta depresyon

51-75: Ağır depresyon

76-100: Aşırı depresyon olacak şekilde değerlendirme yapılmaktadır. Kişilerin depresyon belirti/bulgularını ve düzeylerini belirlemek isteyen araştırmacılar için ölçek Türkçe uyarlamasıyla geçerli ve güvenilir olarak nitelendirilebilir. Ölçeğin kullanımı ile ilgili geliştiricisinden gerekli izin alınmıştır (Ek 5).

### **3.5.4. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği (YPDÖ)**

Friborg ve arkadaşları (117) tarafından geliştirilen ölçek, Çetin ve Basım tarafından 2011 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (118). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) 5'li likert tipinde hazırlanmış 33 maddeden oluşmaktadır. Kendilik Algısı, Gelecek Algısı, Yapısal Stil, Sosyal Yeterlilik, Aile Uyumu ve Sosyal Kaynaklar olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ulusal alanyazındaki psikolojik dayanıklılık konusunda terapötik uygulamalara ve yönetsel alanlardaki çalışmalara katkı sunabileceği düşünülmektedir. Ölçeğin maddelerinin iç tutarlılığının ölçüsü olan Cronbach Alfa değeri ,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin araştırmada kullanılması için geliştiricisinden gerekli izin alınmıştır (Ek 5).

### **3.6. Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı**

Merhamet Temelli Eğitim Programı (MTEP), Eşref NAS tarafından hazırlanan ve kendisi tarafından uygulanmış merhamet temelli bir eğitim programıdır. Eğitim programında kişilerin merhamet ve farkındalık düzeylerinin artırılması amaçlanmaktadır. Çocuk ve ergenler için tasarlanan eğitim programı toplam on oturumdan oluşmakta, her bir oturum ortalama 75±10 dakika sürmektedir. Eğitim programı oluşturulurken merhametle ilgili alanyazı incelenmiş, yurt içi ve yurt dışı kaynakların taranması gerçekleştirilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda uygulanabilirliği olan çalışmalar belirlenip, sağaltılıp uzman görüşlerine sunulup dönütler alındıktan sonra etkinlik ve çalışmaların olduğu içerikler oluşturulmuştur. Pilot uygulaması yapıldıktan sonra son düzenlemeler ve iyileştirmeler yapılarak program oluşturulmuştur. Eğitim programı uygulanarak deneysel desende yapılan araştırma sonucunda ilgili programa alınan bireylerin merhamet düzeyleri ile yaşam doyumları üzerinde anlamlı derecede olumlu bir etki yönünün olduğu bulunmuştur (14).

Çocuk ve ergenlerde merhamet düzeyinin artmasında etkili olduğu görülen MTEP'in yetişkinlerde de uygulanması için eğitim programının uyarlanması çalışmaları kapsamında, MTEP geliştiricisi Nas tarafından, kuramsal ve uygulamalı bilgilere yer verilmesi için gereksinim duyulan bilgiler araştırmacıya verilmiştir. Sözü geçen bilgiler, eğitim ve uygulamalar Nas tarafından yüz yüze, 2023 yılı haziran ayı boyunca verilmiştir (Ek 7). MTEP'nin erişkinlere uyarlanma çalışmaları, eğitim programının her bir haftası ayrı ayrı olacak bir şekilde, uzmanla birlikte tasarlanıp Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı (YİUMTEP) oluşturulmuştur.

YİUMTEP toplamda 8 haftadan oluşan ve her oturumu ortalama 60±10 dakika süren bir programdır. Programın yetişkinlere uyarlanma sürecinde alanyazının taranması ile birlikte pozitif psikolojiden, MOT, doğru düşüncesinden, kültürel nesnelere gibi unsurlar incelenip uzman görüşü doğrultusunda eklenip MTEP yetişkinler için güncellenmiştir.

### 3.6.1. Çalışma deseni

Bu çalışma karma yöntem kullanılarak tasarlanan bir araştırmadır. Bu çalışmanın nicel kısmı ilk test, son test ve izlem testlerinden oluşan testlerin deney ve kontrol gruplu deneysel desende tasarlanıp oluşturulmuştur. İlk test- son test- izlem testi kontrol gruplu desende bağımsız değişken(lerin) bağımlı değişken(ler) üzerinde etkilerinin test edilmesi amaçlanılmıştır (118). Araştırmaya ilişkin deneysel desen aşağıdaki tabloda olacak şekilde planlanmıştır:

**Tablo 3.1. Çalışmanın Nicel Deseni**

Gruplar	Atama	İşlem-1	İşlem-2	İşlem-3	İşlem-4	İşlem-5
Deney Grubu	Yansız	İlk Test	YİUMTEP	Son Test	8 Hafta Ara	İzlem Testi
Kontrol Grubu	Yansız	İlk Test	---	Son Test	8 Hafta Ara	İzlem Testi

Oluşturulan deneysel desen doğrultusunda, çalışmaya başlanmadan önce araştırmaya katılım göstermek isteyen anneler seçkisiz (random) örnekleme yöntemiyle deney ve kontrol olarak iki gruba ayrıldı. Daha sonra iki gruba da YPDÖ, DÖ ve YMÖ ölçekleri kullanılmak üzere ilk testler uygulandı. Deney grubundaki anneler daha önce araştırmacı ile MTEP geliştirici tarafından hazırlanmış YİUMTEP programına alındı ve 8 haftalık program şeklinde uygulanmak üzere çalışmaya başlandı. Deney grubundaki annelere 8 hafta olacak şekilde YİUMTEP uygulandı. Kontrol grubundaki annelere ilk test yapıldıktan sonra herhangi bir eğitim verilmedi ve herhangi bir uygulama yapılmadı. YİUMTEP bittikten sonra her iki gruba yine YPDÖ, BDÖ ve YMÖ ölçekleri kullanılarak son testler uygulandı. Son testler yapıldıktan sonra YİUMTEP'in etkisinin kalıcılığının test edilmesi amacıyla 8 hafta (2 ay) sonra her iki gruba YPDÖ, BDÖ ve YMÖ izlem testleri tekrar uygulandı. İzlem testi, eğitim programının etkisinin kalıcılığının belirlemek amacıyla uygulandı.

Araştırmanın nitel kısmında fenomenolojik desen kullanılmıştır. Bu desendeki ana amaç fenomenin birey üzerindeki etkilerini anlamak, deneyimlerinin altındaki anlamı ortaya çıkarmaktır. Bu sayede katılımcının neyi nasıl deneyimlediği yapısal betimleme ile meydana getirilir (119). Deney grubundaki SP'li hastaların anneleri ile yapılandırılmamış görüşme yöntemi kullanılarak veriler elde edildi. Kontrol grubundaki annelerle nitel çalışma gerçekleştirilmedi.

### 3.6.2. Eğitim uygulama aşamaları

YİUMTEP'in temel olarak hafta hafta olacak şekilde SP'li çocuğu olan annelerin aşağıda belirtilmiş kazanımların elde edilmesi amaçlanmıştır:

1. Oturum: Merhametin ne olduğunun kavranması ve yaşamımızdaki önemi
2. Oturum: Merhametin özelliklerinin kavranması, benzer kavramlardan ayırt edebilme
3. Oturum: Başkalarına merhametli olunmanın farkındalığını kazanma
4. Oturum: Başkalarına ve diğer canlı varlıklara merhamet deneyimi ve mindfulness egzersizleri
5. Oturum: Kendine merhametli olunmasının farkındalığı
6. Oturum: Merhametli olunmayı engelleyen durumların farkındalığı
7. Oturum: Öz-şefkat farkındalığı
8. Oturum: Merhametli insan olmanın açıklanması, genel değerlendirme

YİUMTEP araştırmacı ile Nas tarafından oluşturulmuş, program araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmacı her haftasonu Cumartesi ve Pazar günleri saat 10:00'da daha önce kararlaştırılmış yer olan rehberlik merkezi eğitim salonunda programı uygulamıştır. Programın her bir oturumu en az 60 en fazla 90 dakika sürmüştür. Program süreci başlamadan önce deney grubuna haftanın programı ile ilgili bilgilendirmeler yapılmış, yazılı belge desteği araştırmacı tarafından her oturumdan birkaç gün önce annelerin konu ile ilgili daha önceden bilgilerinin olmasının sağlanması için annelere verilmiştir. Programın içeriğine göre oturumlar öncesinde araştırmacı eğitimi vereceği yerde gerekli hazırlıkları yapmış (materyallerin, gerekli olacak araç-gereç temini, sunumların, videoların hazırlanması vs.), programın aksamaması için öncesinden önlemler almıştır (herhangi bir aksaklık durumunda yer değişikliği, malzeme yedeklenmesi vs.).

Herbir oturuma özgü belirli teknik ve yöntemlerin (konu anlatımı, açıklanması, tartışma biçimleri, dramalar, konuk çağırma, grup çalışmaları, video izlenmesi vs)

izlemi yapılmıştır. Her oturumdan önce bir önceki oturum ile ilgili kısa bir hatırlatma-yineleme bilgilendirme yapılmış, oturumlardan sonra oturumun değerlendirilmesi eğitici/araştırmacı ve katılımcılar birlikte değerlendirmişler ve oturum sonlandırılmıştır. Aşağıda her bir oturumun amacı, içeriği ve yapılan etkinlikler ile ilgili bilgi verilmiştir.

### **3.6.2.1. Birinci hafta programı**

Eğitime, araştırmacının (eğitmen) kendini tanıtmaya ve programa katılım gösteren annelerin kendilerini tanıtılmalarıyla başladı. Annelere eğitim hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra kendilerinden teker teker beklentileri ile birlikte varsa önerilerini dile getirmeleri istendi.

Tanışma, beklenti ve öneri bölümünden sonra ilk testler uygulandı. Daha sonra programın kuralları birlikte konuldu. Kurallar içerisinde eğitimin zamanı, süresi ile birlikte oturumlara başlanmadan önce ve oturum bittikten sonra yapılması gerekenler ile ilgili bilgilendirmeler yapıldıktan sonra oturumun diğer aşamasına geçildi.

Eğitimci tarafından merhamet ile ilgili mini bir sunum yapıldı. Daha sonra “Güzel Anlar- Merhamet” isimli kısa video filmi (120) izlendi. Kısa filminden sonra araştırmacı tarafından 1. oturumda yapılanlar hakkında kısa bir özet anlatımında bulunuldu. Daha sonra annelerden oturumun değerlendirilmesi istendi. Değerlendirmeler sonucunda katılım için teşekkür edilip bir sonraki oturumda görüşmek üzere ayrıldı. Sonraki oturumun yazılı belgeleri eğitim başında oluşturulan sosyal iletişim ortamında katılımcılar ile paylaşıldı.

### **3.6.2.2. İkinci hafta programı**

İkinci oturuma ilk oturumda konulan kurallarda belirtilen tarih ve saatte başladı. Eğitimci geçen oturumu kısaca özetledikten sonra 2. oturumun içeriği hakkında katılımcıları bilgilendirdi. Eğitimci tarafından “Merhametin Özellikleri” konulu sunum yapıldı. Sunumun ardından değerlendirme yapıldıktan sonra merhametin acımdan farklı olduğuna, düşüncenin eyleme geçirilmesi gerektiğine ilişkin drama etkinliğine geçildi. Gerçekleştirilmesi planlanan dramada oldukça acı bir olaya karşı yalnız sözel, yalnız duygusal, eylemsiz ve etkin biçimde eylemde bulunan tiplerin canlandırılacağı açıklandı.

Dramanın şu şekilde yapılacağı belirtildi:

Gece yarısı evine gelirken genç bir kız sokakta bir serseri tarafından rahatsız edilir, serseri genç kıza zarar vermeye çalışır. Genç kız korkar ve yardım için bağırmaya başlar. Bu sırada mahallede buna tanık olan tiplerden:

1. Kişi: Evinde çocukları ile oynarken sesi işitir, “Gecenin bu geç zamanında dışarda olursan doğal olarak başına bu tür şeyler gelir. Senin işin ne dışarda, evinde otursan bunlar olur muydu” der ve kızı eleştirmeye başlar.
2. Kişi: TV’de en sevdiği dizi oynamakta ve kendisi büyük bir ilgi ile diziyi izlemektedir. Sesleri duyar ama herhangi bir şey yapmaz, duymamazlıktan gelir, dizisini daha çok önemser ve duyarsız kalır.
3. Kişi: Sesi duyar duymaz balkona koşar ve olup bitenleri köşede sessizce telefonla kameraya alır ve beğeni almak için duygu sömürsü yapacak biçimde sosyal iletişim ortamında paylaşır, paylaşım yaparken insanlığın kalmadığını söyler.
4. Kişi: Durumun önemini kavrayınca endişelenir, hemen polisi arar ve kadına yardım edilmesi gerektiğini belirtir. Aynı zamanda balkonundan kendisi de bağırır ve bu şekilde serserinin kızı rahat bırakması için eylemde bulunur.

Mini drama için gönüllü anneler seçilir ve etkinlik gerçekleştirilir. Dramadan sonra her dört kişinin davranışlarının değerlendirilmesi katılımcılardan istenir. Değerlendirme yapıldıktan sonra eğitimci tarafından merhametin acımak ve ona benzer diğer kavramlardan farklı özelliklerinden söz edilir. Eyleme geçmeyen düşüncede kalan acıma duygusunun merhametten sayılamayacağından konuşulması sonrası oturumun değerlendirmesi yapıp, 3. oturumda görüşülmek üzere ayrıldı.

### **3.6.2.3. Üçüncü hafta programı**

Üçüncü oturuma başlanması gereken saatten bir saat sonra başlandı. Eğitimci bir önceki oturumda yapılanları kısaca anımsattıktan sonra 3. oturumun içeriği hakkında katılımcıları bilgilendirdi. Eğitimci tarafından “Başkalarına Merhametli Olmak-1” sunumu yapıldı. Sunumun ardından konunun pekiştirilmesi adına katılımcıların günlük yaşantılarında başlarından geçen somut olayların anlatımı istendi. Eğitimci konuşmanın sonunda başkalarına merhametli olmanın hem kişiye hem ailesine hem de çevresine ne gibi psikososyal yararları olabileceği üzerinde konuşma yapıp örneklerle pekiştirdi. Merhametli olmanın yarar ve önemi anlatıldıktan sonra etkinliğe geçildi. Etkinlikte “Paylaşımçı Olmak ve Hoşgörü ” adlı kısa bir film (121) izlendi. Film izlendikten sonra katılımcılar ile filmin değerlendirilmesi yapıp, ön yargı ve merhamet konusuna ilişkin katılımcılardan filmin yorumlanması istendi.

Oturumun değerlendirilmesinden sonra bir sonraki oturumda görüşülmek üzere vedalaşıldı, sonraki oturumun materyalleri katılımcılarla paylaşıldı.

#### **3.6.2.4. Dördüncü hafta programı**

Dördüncü oturuma daha önce belirlenen tarih ve saatte başlandı. Eğitimci bir önceki oturumu kısaca özetledikten sonra dördüncü oturumun içeriği hakkında katılımcıları bilgilendirdi. Eğitimci tarafından “Başkalarına ve Diğer Canlılara Merhametli Olmak” konulu sunum yapıldı. Geçen oturumda anlatılan kavramlar yinelenip pekiştirildi. Başkalarının yerine koyarak anlamaya çalışılan engelli bireylerin kendisinden bu kez kendisini dinlemek için engelli bir bireyin uzaktan bağlantı yoluyla katılımı sağlandı. Bağlanan engelli birey bir kamu kurumunda engelli kadrosunda olan, evli ve 2 çocuğu bulunan bir çalışandı. Eğitimci tarafından kendisine özel durumundan ötürü karşılaştıkları güçlükler, engeller ile birlikte önerilerinin neler olduğu soruldu, daha sonra anneler tarafından kendisine sorular yöneltilmesi sağlandı.

#### **3.6.2.5. Beşinci hafta programı**

Beşinci oturuma birkaç annenin servisinin gecikmesinden ötürü belirlenen zamandan yarım saat sonra başlandı. Eğitimci bir önceki oturumu kısaca özetledikten sonra beşinci oturumun içeriği hakkında katılımcıları bilgilendirdi. Eğitimci tarafından “Öz-Merhamet” konulu sunum yapıldı. Sunum boyunca kişilerin başkalarına acıma ve merhamet gösterebilirken çoğunlukla kendilerini nasıl da es geçtikleri hakkında somut örnekler verilerek pekiştirmeleri sağlandı. Öz-merhamet bileşenlerinden söz edip kavramların sunumdan sonra katılımcılarca da açıklanmasına yönelik özendirici sorular soruldu. Katılımcılar ile birlikte konu hakkında değerlendirme yapıldı ve “Sevgi Dolu Nezaket Meditasyonu” uygulamasına geçildi (122).

Sevgi dolu nezaket meditasyonunun amacı kişinin kendisine ilgi göstermesidir. Çünkü bu felsefeye göre sevgi dolu incelik korku denilen kavramın panzehiri konumundadır. İyi niyete karşılık iyi duyguların geliştirileceği ön görülür. Vücutta acı ya da gergin duyumsanan bir organ ya da bölüm varsa o bölümün rahatlatılmasıyla bu işlem başlanır. Nefes egzersizleri kullanılarak kişinin yatışması sağlanır. Daha sonra kişi kendisine uygun belirlediği anlatımları seçer, “güvendeyim”, “huzurluyum” vb. Kişi tarafından belirlenen anlatım sessiz bir şekilde yinelenip kullanılan bu anlatımların kişinin vücuduna çok gerekli birer besinmiş gibi neler eksikse onu karşılayacağı

düşlenerek kişinin zihninde kendisini iyi duyumsamasını sağlayacak birer imge oluşturması beklenir (123).

Meditasyon öncesinde eğitimci meditasyon ile ilgili bilgi verip meditasyon şu şekilde yapıldı:

Uygulamanın başlanmasından hemen önce kısık bir meditasyon müziği açıldı, ardından uygulamaya eğitiminin yönlendirmeleri ile başlandı. Eğitimci şu konuşmayı yaptı:

*“Bu etkinliğin uygulaması için kendinizi rahat pozisyonda, olabildiğince dik bir pozisyonda ve gevşemiş bir biçimde oturun. Gözlerinizi kapalı olacak şekilde tutun, tüm dikkatinizin göğsünüz ile yüreğiniz arasında olmasını sağlayın. Yavaş yavaş ve rahat bir şekilde nefes alın. Otururken karşınızda kendinizin oturduğunu hayal edin, kendinizi görün. Vücudunuzda oluşan duyumsamaları ayırmsayın. Mutluluk ve huzurla yaşam sürdürmenin her canlının isteği olduğunu anımsayın. Söyleyeceğim anlamlı dilekle bağlantı kurmayı sağlayın. ‘Mutlu ve acının olmadığı bir yaşamı isteyen her canlı gibi ben de mutlu olup acıdan uzak durayım!’, sevgi dolu cümleyi duyumsayın. Sandalyedeki görüntünüzü düşlemeyi sürdürün. Yüreğinizde oluşturduğunuz güzel duygular kaybedilmeden şu kelimeleri yumuşak ve sessizce tekrarlayın: ‘Güven içinde olayım, sağlıklı olayım, mutlu olayım, rahat bir yaşamım olsun!’. Dile getirdiğiniz her cümle ile kalbinizden geçenlerin eşleşmesini sağlayın. Dildeki ile yüreğinizdeki açıklamalarınız birbirini tamamlasın. İsterseniz bunu yineliyerek pekiştirebilirsiniz. Çabuk davranmayın. Yüreğiniz ile kendinize bakmayı sürdürün. Söylediğiniz sevgi dolu cümlelerin tadını alın, yüreğinizde bunun keyfini çıkarmayı sürdürün. Zihninizi arada dalıp giderse, ki bu doğaldır, söylenenleri yineleyin. Yine ‘Mutlu ve acının olmadığı bir yaşamı isteyen her canlı gibi ben de mutlu olup acıdan uzak durayım!’ deyin. Daha sonra kullanmış olduğunuz kelime gruplarınıza dönün, kendinizi kaybettiğinizi duyumsadığınız her durumda bu açıklamalara dönün. Sevgi dolu incelik insanın kendisi ile anlaşıp, kendisini aslında avuttuğu, desteklediği bir durumdur. İnsanlar nasıl ki yakın arkadaşlarının, ailesinin bir sorunu olduğunda onları dinleyip yüreklendirebiliyorsa, bu meditasyonla kendinizi de yüreklendirip kendi kendinizi desteklemiş oluyorsunuz.”*

Katılımcılar ilk iki oturumda dini ve kültürel inanışları kendilerine daha yakın ve başa çıkmada destek olarak gördüklerini daha önce bildirmişlerdi. Eğitimci bu bilgileri de göz önüne alarak uygulamayı sonlandırmadan önce, daha önce yapılan araştırmalarda sıkıntılı ve zorlu başa çıkma dönemlerinde manevi destek olarak yararlı olduğu belirlenen (124) bir dini metni katılımcılara dinletti.

*“(Ey Muhammed!) Senin göğsünü açıp genişletmedik mi? Belini büken yükünü üzerinden kaldırmadık mı? Senin şanını yükseltmedik mi? Şüphesiz güçlkle birlikte bir kolaylık vardır. Gerçekten güçlkle birlikte bir kolaylık vardır. Öyleyse, işi bitirince*

*diğerine koyul. Ancak Rabbine yönel ve yalvar.*” (Kur’an-ı Kerim, İnşirah Suresi, 1-8. ayet). Kutsal metin dinletildikten sonra katılımcıların yavaşça gözlerini açmalarıyla uygulama sonlandırıldı (125). Daha sonra annelerden oturumun değerlendirilmesi istendi. Değerlendirmeler sonucunda katılım için katılımcılara teşekkür edilip bir sonraki oturumda görüşmek üzere oturum sonlandırıldı. Sonraki oturumun yazılı belgeleri eğitim başında oluşturulan sosyal iletişim ortamında katılımcılar ile paylaşıldı.

### **3.6.2.6. Altıncı hafta programı**

Altıncı oturum belirlenen tarih ve saatte başladı. Eğitimci bir önceki oturumdan kısaca söz ettikten sonra altıncı oturumun içeriği ile ilgili konuları anlattı. Eğitimci tarafından “Merhametle İlişkili Kavramlar ve Merhametli Olmayı Engelleyen Durumlar” konulu sunum yapıldı. Sunumdan sonra katılımcılar ile birlikte Merhamet, Sevecenlik, Adalet, Vicdan, Empati, Sempati, Acımak, Öz-merhamet kavramları ile ilgili tartışıldı. Katılımcıların kendi düşünceleri paylaşıldıktan sonra eğitimci konu ile ilgili kavramları yaşam içerisinden somutlaştırıcı örnekler verdikten sonra etkinliğe geçildi. Farkındalık meditasyonlarından (Mindfulness) Nefese Odaklanma uygulaması (126) yapıldı. Meditasyon şu şekilde yapıldı:

*“Kol ve üst gövdeyi kapsayan bir çalışma yapacağız. Sandalyenizin hafifçe önüne doğru gelin, arkanızda baya bir boşluk kalabilir. Dik oturmanızı sağlayın, ayaklarınızı destekleyici bir şekilde yere basın. Hazır olduğunuzda ellerinizi ileriye doğru uzatın, soluk alırken ellerinizi gökyüzüne doğru kaldırın, soluk verirken avuç içleğinizle havayı okşar gibi yavaşça indirin. Soluk alırken kaldırın, soluk verirken indirin. Ayaklarınızın yere bastığını duyumsayın. Bu şekilde soluk alıp veriniz yavaşça. Şimdi soluk alıp kaldırdığınızda avuç içlelerinizi tavana doğru çevirin ve serçe parmağınızdan başlayarak tek tek parmaklarınızı kapatıp ellerinizi omuzlarınıza doğru yaklaştırıp büyük bir daire çizip ellerinizi iki yana doğru iki duvarı iter gibi itiniz. Yavaşça avuç içlelerinizi yeniden tavana çevirin. Serçe parmağınızla başlayıp yumruk yapıp tekrar dirseklerinizi büküp kollarınızı çevirin. Sırtınızı yuvarlayarak ellerinizle ileriye doğru herhangi bir şeyi iter gibi yuvarlayıp soluk alırken omurgayı uzatıp avuç içleri yukarı doğru çevirip yeniden parmakları serçe parmaktan başlayıp kapatın, dirsekleri büküp yana doğru büyük bir daire ile eller ile itin. Bunu birkaç kez daha yineleyin. Egzersiz bittikten sonra gözler kapalı bir şekilde ellerinizi diz kapağınızın üzerine koyun, kollarınızdaki uyanan enerjiyi farkedin. Gözlerinizi kapatın, bedeninizi duyumsayın, soluğunuzu farkedin. Hazır hissettiğiniz zaman gözlerinizi açabilirsiniz.”*

Uygulama bittikten sonra oturum ile ilgili değerlendirmeye geçildi. Katılımcılar görüşlerini açıkladıktan sonra eğitimci oturumu özetledi ve sonraki hafta görüşülmek üzere oturum sonlandırıldı.

### 3.6.2.7. Yedinci hafta programı

Yedinci oturuma bir önceki oturumun kısa özeti eğitimci tarafından yapıldıktan sonra başlandı. Eğitimci tarafından “Öz-Şefkat” konulu sunum yapıldı. Öz-şefkat kişinin yaşadığı kötü ve acı olaylara karşı açık olması, acılarının hafiflemesi ve azalmasının hemen ardından iyileşimi için istekli olmasını içerir (127). Buna göre insanlar insan olduğu için başarısızlık gösterebilir, acı çekebilir ve herhangi bir konuda yetersiz kalabilir. Öz-şefkat burda kişinin bunları yaşamının bir parçası olarak görebilmesi, insan olduğu için bunların başına gelmesinin doğal olduğu, buna karşın kendisi de olmak üzere her insanın merhamet edilmeye ve etmeye yaraşır olduğu gerçeği ile yüzleşmesini içerir. Öz-merhamet, ister istemez bu tür olumsuz durumlardan kaçmak değil, tersine incelikle bunlara yaklaşmak, anlayış içinde karşılamak bunların insani duygular olduğunun farkındalığını kazanmak demektir (128).

Öz-merhamet, üç ana etmeden oluşmaktadır: i) Kişinin kendisine incelikle yaklaşması (self-kindness); ii) Kişinin yaşadıklarını insani deneyim olarak görmesi, bu nedenle sosyal izolasyondan kaçınması (common humanity); iii) Kişinin acı içinde kendisini kaybetmesi yerine tutarlı bir farkındalık oluşturması (mindfulness) (46). Eğitimci bunları anlattıktan sonra katılımcılarla değerlendirmesini yapıp etkinliğe geçildi. Bir şefkat meditasyonu olan Tong Len uygulaması yapıldı. Tong Len meditasyonu Tibet tıbbında önemli bir tedavi aracıdır ve kendini iyileştirmek ve/veya başkalarını iyileştirmek için kullanılabilen bir meditasyon türüdür (129). Uygulama eğitimcinin yönetiminde ve kısık bir meditasyon müzik eşliğinde şu şekilde yapıldı:

*“Birkaç dakika boyunca sessizce oturun. Soluğunuzu bedeninizin tüm gözenekleri ile alın bedeninizdeki tüm gözeneklerden soluğunuzu verin. Sizi seven birkaç kişiyi düşünün ve onlar çevrenizi saran bir halka oluştursun. Size dilediğiniz kadar yakın ya da uzak olabilirler. Onların sabırlı, ilgili yürekleri sevgi dolu bir şekilde, bir tek sizin için orada oturduklarını düşünün. Elinizi yüreğinizin üzerine koyun. Bilinçli bir şekilde soluk alıp vermeyi sürdürün. Soluk alırken, onların sevgisini içinize çekin. Soluk verirken, bu sevgiyi onlara geri gönderin. İçinize sıcaklık ve iyilik çektiğinizi, gönül borcu ve sevgi duygularınızı da dışarıya, onlara gönderdiğinizi düşünün. Dilediğiniz kadar soluk alıp*

*verin ve bunu yaparken sevgi dolu inceliğin enerjisinin size doğru gelip gittiğini duyumsayın. Yavaşça gözlerinizi açın.”*

Uygulama bittikten sonra oturum ile ilgili değerlendirmeye geçildi. Katılımcılar görüşlerini bildirdikten ve sonrasında eğitimci oturumu özetledikten sonra oturum sonlandırıldı.

### **3.6.2.8. Sekizinci hafta programı**

Son oturuma belirlenen tarih ve saatte başlandı. Eğitimci bir önceki oturumu özetledikten son oturum hakkında bilgilendirme yaptı. Eğitimci tarafından “Merhametli İnsanlar Neler Yapar Neler Yapmaz” isimli sunum yapıldı. Sunumda merhametli insanların tipik özellikleri doğrultusunda gerçek yaşamda yaptıkları ve yapmaması gerekenler üzerinde konuşuldu. Sunumdan sonra katılımcılar kendi yaşamlarından örnekler vererek yaptıkları ya da yapmaması gerekenler üzerinde deneyimlerini paylaştılar. Eğitimci ilk haftadan bu yana geçen süre içinde merhamet eğitimi ile ilgili paylaşılan bilgiler ve yapılan çalışmaların bir özetini yapıp katılımcılara katılımlarından dolayı teşekkür etti. Oturumlarda özel bilgiler paylaşıldığı için katılımcılara özellikle bu bilgilerin başka kişilerle paylaşılmaması konusunu yeniden anımsattı. Katılımcılardan ilk haftadaki beklentileri ile şu anki durumları hakkında genel bir değerlendirme yapmaları istendi. Değerlendirmeler yapıldıktan sonra son testler uygulandı ve iyi dileklerde bulunularak ayrıldı.

### **3.7. Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümler**

SP’li hastalar rehabilitasyon hizmetlerini, yaşadıkları evde ya da rehabilitasyon merkezlerine getirilerek alabilmektedirler. Muş ilinde SP’li hastalara hizmet veren kurumlar ve belirlenen aileler ile görüşüldüğünde; hastaların genelde evde hizmet aldıkları, merkezlere getirilen hastaların ise ya rehabilitasyon merkezinin servis araçları ya da herhangi bir aile üyesi tarafından getirildikleri anlaşılmıştır. Yapılan değerlendirmede anneleri tarafından rehabilitasyon merkezlerine getirilen SP’li hasta oranının düşük olduğu görülmüştür. Örneklem sayısında yeterli sayıya ulaşılması için araştırma kapsamına alınma ölçütü olarak eğitim kurumlarında kayıtlı SP’li çocuğu olan anne olmak özelliği alınmıştır.

Karşılaşılan bir diğer sorun hizmet almak için gelinen rehabilitasyon merkezlerinin kendi hastalarına ilişkin bilgileri dışarıya verilmesini istememe, başka kurumlara hasta (müşteri) kaybını yaşama çekincesinden dolayı ailelerin başka

kurumlarda eğitim görmelerini istememeleriydi. Anneler ile yapılan ilk görüşmelerde, anneler de bildikleri kurumda eğitim almak istediklerini, çocuklarının kurumda olduğu zamanlarda ancak gelebileceklerini, farklı bir yerde katılım gösteremeyeceklerini belirtmişlerdir. Çözüm olarak yeteri sayıda katılımın olabileceği Muş ilinin en büyük merkezleri seçilmiş ve çoğunluğu oluşturan annelere en uygun gün ve saatler eğitim gün ve saati olarak belirlenmiştir.

Eğitim programına gelen annelerin eğitim günü olası bir nedenden dolayı gelmeme durumunda, oturuma katılım gösteremeyen annelere ilgili yazılı belgenin paylaşımı her oturumdan önce sağlanmış; konunun anlatımı ve uygulamalar ile ilgili çevirim içi bireysel eğitim, sayının fazla olması durumunda eksikliği yerine getirme eğitimleri verilmesi planlanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Geçerliliği**

Yapılacak bir araştırmanın niteliği iç ve dış geçerliğin gerçekleştirilmesiyle ilgilidir. Bu bakımdan araştırmanın nitelikli olması için yapılan birtakım çalışmalarla iç ve dış geçerliği yükseltilebilmektedir (130). Başka bir deyişle geçerliği tehdit eden unsurlar belirlenebilmekte ve tehditin ortadan kaldırılması için işlemler yapılabilmektedir. Bu araştırmada geçerliğin sağlanması ile ilgili yapılan işlemler aşağıda verilmiştir.

**Zaman:** Deneysel araştırmalarda belirli bir zamana yayılmış şekilde çalışıldığında deneklerin kaybı ortaya çıkabilmektedir. Bu durum geçerlik için bir tehdit olarak karşımıza çıkar (131). Bu araştırmada deney ve kontrol gruplarını 10'ar SP'li çocuğu olan anneden oluşturarak deney sürecinde katılımcı kaybı olursa yeterli sayıda annenin çalışmayı tamamlaması sağlanmıştır.

**Seçim:** Deneye katılanların başlangıçta var olan farklılıkları bağımlı değişkenin puanlardaki varyanslarını etkileyebilmektedir. Sözü geçen etkinin en aza indirilebilmesi için yansız bir şekilde deneklerin gruplara atanması gerekmektedir (132). Bundan dolayı bu araştırmada anneler, deney ve kontrol gruplarına seçkisiz random olarak atanmıştır.

**Örnekleme** (temsil edebilme): Geçerliğin sağlanmasında bir başka etken örnekleme etkisidir (130). Yapılacak araştırmalarda amaca uygun bir örnekleme atamasının yapılması geçerliğin yükseltilmesinde önemlidir. Bu bağlamda araştırmamızda, eğitim programına alınan annelerin gruplandırılmasında kuralar çekilmiş, tarafsızlık kuralı içinde seçkisiz örnekleme yoluyla gruplar oluşturulmuştur.

**Denekler arası iletişim:** Deneysel araştırmalarda var olan denekler arasındaki iletişimin yine geçerliği tehdit eden unsurlar arasında olabileceği gösterilmiştir. Söz konusu tehditin en aza indirilmesi için araştırmacı her iki gruptaki anneler ile görüşerek süreç hakkında bilgilendirmeler ve gizlilik konusunda her iki gruba hatırlatmalar yapmıştır. Buna ek olarak deneysel işlemin başladığı ilk günkü oturumda araştırmacı ile anneler birlikte grup kurallarını oluştururken yine gizlilik ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler araştırmacı tarafından paylaşılmıştır.

**Veri toplama aracı ve veri toplanımı:** Gruplara uygulanan testlerin farklı olması ve testlerin farklı kişilerce uygulanması geçerlik için yine tehdit unsurlarından biridir (107, 131). Bundan dolayı araştırmada tüm katılımcılara aynı testler uygulanmış ve uygulama yerlerinin benzer olmasına zen gösterilmiştir.

Yukarıda sayılanlara ek olarak, kullanılan ölçekteki maddelerin iç tutarlılığının bir ölçütü olarak kabul gören Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) kat sayılarına bakılmıştır. Ölçekte Cronbach Alfa sayısı 1'e yaklaştıka maddelerin birbirleri ile tutarlı ve aynı şekilde aynı özelliği ölçtüğü kabul edilir. Cronbach Alfa sıklıkla likert tipi ölçeklerin uygulanmasında kullanılır.  $\alpha$  kat sayısı şu şekilde yorumlanır:

- $0 < \alpha < 0,40$  güvenilir değil
- $0,40 < \alpha < 0,60$  düşük güvenirlik
- $0,60 < \alpha < 0,80$  oldukça güvenilir
- $0,80 < \alpha < 1,00$  yüksek güvenilir olarak kabul edilir (133).

Aşağıda verilen tablo 3.2.'de ölçeğin kendi ve araştırmaya ilişkin  $\alpha$  değerleri verilmiştir.

**Tablo 3.2. Burns Depresyon, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ve Yetişkin Merhamet leklerin Güvenirlik Katsayıları**

Değişkenler	ölçeğin $\alpha$ katsayısı	çalışmanın $\alpha$ katsayısı*
BD İlk Test	,91	,91
BD Son Test	,91	,92
BD İzleme Testi	,91	,67
YPD İlk Test	,86	,77
YPD Son Test	,86	,89
YPD İzleme Testi	,86	,82
YM İlk Test	,92	,89
YM Son Test	,92	,96
YM İzleme Testi	,92	,98

\*Cronbach's Alpha

Tablo 3.2.'de görüldüğü üzere çalışmada kullanılan ölçeklerin  $\alpha$  katsayısı 0,67 ile 0,98 arasında değişmektedir. Bu da kullanılan ölçeklerin 'oldukça güvenilir' ve 'yüksek güvenilir' olarak kabul edilebilir düzeyde olduklarını göstermektedir.

### 3.9. Verilerin Analizi

Araştırmanın nicel analizi için veriler IBM SPSS Statistics 27 istatistik paket programında yapılmıştır. Veriler programa aktarıldıktan sonra kullanılacak testin parametrik ya da nonparametrik testlerden hangilerinin kullanılacağı belirlenmesi için deney ve kontrol grup ölçeklerin ilk test, son test ve izlem testlerinin verilerinin normallik testleri yapılmıştır. Yapılan çalışmada kullanılan veri 50'den fazlaysa Kolmogorov-Smirnov, 50'den az ise Shapiro-Wilk testlerinin yapılması gerektiği,  $p > 0,05$  çıkması ile birlikte basıklık- çarpıklık (Skewness-Kurtosis) değerlerinin +2,0 ile -2,0 değerleri arasında görülmesi durumunda normal dağılım gösterdiği kabul edilir (134). Araştırmamızda Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmış olup;  $p > 0,05$  ve basıklık çarpıklık değerleri +2,0 ile -2,0 arasında bulunduğu için veriler normal dağılım göstermiştir. Verilerin normal dağılım göstermesinden dolayı parametrik testler uygulanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Bağımsız Örneklem t Testi, grup içi karşılaştırmalar için Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testleri yapılmıştır. Grup içi karşılaştırmalar yapılırken küresellik yoksa Greenhouse-Geisser, küresellik varsa Sphericity Assumed değerlerine bakılmış, anlamlılık bulunursa ( $p < 0,05$ ) değişkenler arasında karşılaştırmalar yapılmıştır.

Araştırmamızın nitel analiz kısmında ise fenomenolojik nitel çalışma deseni kullanılmıştır. "Yapılandırılmamış açık uçlu görüşme yürütme ve görüşme notları alma tekniği" aracılığıyla veriler görüşme formları ile toplanmıştır. Toplanan veriler daha sonra deşifre etme, kodlama, günlük yazımı ve kategori oluşturma basamaklarından geçirilip işlenmiştir. Meydana gelen fikir ve düşünceler somutlaştırılma aşamasında görsel hale getirilmiştir. Görsel hale getirilen veriler daha sonra nicel veriler ekseninde karşılaştırmalarda kullanılmak üzere analiz edilmiştir.

#### 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde, veri toplama araçları ile elde edilen bulgulara değinilmiştir. Bulgular, nicel bulgular ve nitel bulgular olmak üzere iki alt başlık şeklinde değerlendirilmiştir.

##### 4.1. Demografik Analiz

**Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Sosyodemografik Özellikler	Deney grubu		Kontrol grubu		İstatistiksel test ve değer*
<b>Çocuk Sayısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	X <sup>2</sup> : 1,66 p: 0,64
1	1	10,0	-	0	
2	2	20,0	2	20,0	
3	2	20,0	1	10,0	
4+	5	50,0	7	70,0	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Çalışma Durumu</b>					X <sup>2</sup> : 5,00 <b>p:0,02</b>
Çalışıyor	4	40,0	-	0	
Çalışmıyor	6	60,0	10	100	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>					X <sup>2</sup> :4,28 p:0,23
Okuryazar Değil	-	0	6	60,0	
İlkokul	7	70,0	2	20,0	
Ortaokul	1	10,0	-	0	
Lise	2	20,0	2	20,0	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Gelir Durumu</b>					X <sup>2</sup> : 3,08 p: 0,21
Gelir Giderden Az	8	80,0	6	60,0	
Gelir Gidere Denk	1	10,0	4	40,0	
Gelir Giderden Çok	1	10,0	-	0	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Akraba Evliliği</b>					X <sup>2</sup> :3,33 p:0,06
Var	2	20,0	6	60,0	
Yok	8	80,0	4	40,0	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Çocuğun Yaşı</b>					X <sup>2</sup> : 7,44 p: 0,05
0-2	1	10,0	3	30,0	
3-5	1	10,0	-	0	
6-8	7	70,0	2	20,0	
10+	1	10,0	5	50,0	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Çocuğun Cinsiyeti</b>					X <sup>2</sup> : 0,20 p: 0,65
Kız	5	50,0	4	40,0	
Erkek	5	50,0	6	60,0	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Annenin Yaşı</b>					X <sup>2</sup> : 4,07 p: 0,25
18-25	1	10	0	0	
26-35	3	30	1	10	
36-45	6	60	7	70	
46+	0	0	2	20	
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	
<b>Anne Yaş Ortalaması</b>	35,70±7,49 (23-45)		41,3±4,47 (32-48)		X <sup>2</sup> : 15,33 p: 0,29

\*Ki-kare testi

Araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik bilgileri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1.’e göre araştırmaya katılan deney grubundaki annelerin yaş ortalaması  $35,70 \pm 7,49$  (23-45) iken kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması  $41,3 \pm 4,47$  (32-48) dir. Annelerin çocuk sayıları incelendiğinde deney grubundaki annelerin %50,0’nin (n=5) 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu, tek çocuklu anne oranının %10,0 (n=1) olduğu görülürken, kontrol grubundaki annelerin %70,0’inin (n=7) 4 ve üzeri çocuğunun olduğu ve tek çocuğu olan bir annenin olmadığı %20,0’sinin (n=2) 2 ve %10,0’unun (n=1) 3 çocuğunun olduğu görülmektedir.

Annelerin çalışma durumları incelendiğinde kontrol grubunda bulunan annelerin tamamının (%100) çalışmadığı; deney grubundaki annelerden %40,0’ının (n=4) çalıştığı görülmektedir. Çalışan annelerden 2 sinin kendi iş yerinin olduğu, diğerlerinin de başka iş yerlerinde çalıştığı anneler tarafından belirtilmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında deney grubundaki annelerin %70,0’inin (n=7) ilkokul, %10,0’unun (n=1) ortaokul, %20,0’sinin (n=2) lise mezunu olduğu görülürken; kontrol grubundaki annelerden %60,0’ının (n=6) okuma yazmasının olmadığı, %20,0’sinin (n=2) ilkokul ve geri kalan annelerin ise lise mezunu olduğu görülmektedir.

Gelir durumları incelendiğinde deney grubundaki annelerin %80’i gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, %10,0’u (n=1) gelirlerinin giderlerinden çok olduğunu, %10,0’u (n=1) da denk olduğunu açıklarken; kontrol grubundaki annelerin %60,0’ı (n=6) gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, %40,0’ı (n=4) ise gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmişlerdir. Deney grubundaki annelerin %20,0’sinin (n=2) akraba evliliği yaptıkları, kontrol grubundaki annelerinde bu oran %60,0 (n=6) olarak gözlenmiştir. Annelerin bakım verdikleri hasta çocuklarının yaşları incelendiğinde deney grubundaki annelerin %70,0’inin (n=7) çocuklarının 6-8 yaş aralığında olduğu, buna karşın kontrol grubundaki annelerin %50,0’sinin (n=5) çocuklarının 10 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Hasta çocuklarının cinsiyetleri incelendiğinde deney grubundaki annelerin çocukların yarısının (%50,0) erkek olduğu, kontrol grubunda ise annelerin %60,0’ının (n=6) baktıkları çocuğun cinsiyetinin erkek, olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.1.).

Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde iki grubun birbirine benzerliğinin görüldüğü, homojen bir dağılım gösterdiği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Yalnız annelerin çalışma durumlarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.1.).

## 4.2. Nicel Bulgular

Araştırmada IBM SPSS Statistics 27 programı kullanılarak elde edilen nicel bulgular; merhamet düzeyine ilişkin bulgular, depresyona yönelik bulgular ve psikolojik dayanıklılığa ilişkin bulgular olmak üzere 3 farklı başlıkta incelenmiştir.

### 4.2.1. Yetişkin Merhamet Ölçeği bulguları

YİUMTEP eğitiminin annelerin merhamet düzeyleri üzerindeki üzerindeki etkisi incelenirken YMÖ ve alt boyutlarına ilişkin normal dağılım gösteren ölçek puan ortalamaları verilerinin, grup içi değişkenler arasında anlamlı fark olup olmadığını göstermek için parametrik testlerden olan Tekrarlı Ölçümler ANOVA (Repeated Measures) testi uygulanmıştır. Ayrıca testlerin gruplar (deney ve kontrol grupları) arasında karşılaştırmaları için de Bağımsız Örneklem t testi uygulanmıştır. Tablo 4.2.'de, uygulanan testlerin depresyon ile ilgili grup içi ve gruplar arası bulguları verilmiştir:

**Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası YMÖ ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutları	Deney grubu Ort±S.S	Kontrol grubu Ort±S.S	İstatistiksel test ve değer*	Etki büyüklüğü
Toplam YMÖ (T1)	4,06±0,33	4,53±0,59	t: -2,18 <b>p: 0,04</b>	0,48
Toplam YMÖ (T2)	4,47±0,36	4,29±4,29	t: 0,61 p: 0,54	0,64
Toplam YMÖ (T3)	4,05±1,23	4,15±0,66	t: -0,22 p: 0,82	0,99
İstatistiksel test ve değer**	F: 1,05 <b>p: 0,04</b>	F: 0,87 p: 0,43		
Post hoc test***	<b>T2&gt;T1</b>	-		
Etki büyüklüğü	<b>0,11</b>	0,09		
Davranışsal Merhamet (T1)	3,98±0,34	4,53±0,57	t: -2,54 <b>p: 0,02</b>	0,47
Davranışsal Merhamet (T2)	4,46±0,33	4,27±0,85	t: 0,65 p: 0,52	0,64
Davranışsal Merhamet (T3)	4,02±1,21	4,10±0,56	t: -0,18 p: 0,85	0,94
İstatistiksel test ve değer**	F: 1,42 <b>p: 0,03</b>	F: 1,16 p: 0,33		
Post hoc test***	<b>T2&gt;T1</b>	-		
Etki büyüklüğü	<b>0,14</b>	0,12		
Duygusal Merhamet (T1)	4,57±0,66	4,47±0,65	t: 0,33 p: 0,73	0,65
Duygusal Merhamet (T2)	4,55±0,52	4,25±0,80	t: 0,98 p: 0,33	0,68
Duygusal Merhamet (T3)	4,07±1,35	4,30±0,70	t: -0,46 p: 0,64	1,08
İstatistiksel test ve değer**	F: 0,98 p: 0,39	F: 0,29 p: 0,71		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,10	0,03		
Bilişsel Merhamet (T1)	3,63±1,12	4,56±0,68	t: -2,23 <b>p: 0,03</b>	0,93

Bilişsel Merhamet (T2)		4,50±0,32	4,26±1,22	t: 0,58 p: 0,56	0,89
Bilişsel Merhamet (T3)		4,16±1,39	4,16±1,13	t:0,00 p: 1,00	1,26
İstatistiksel test ve değer**		F:1,89 p: 0,17	F: 0,51 p: 0,61		
Post hoc test***		-	-		
Etki büyüklüğü		0,17	0,06		
Motivasyonel Merhamet (T1)		4,02±0,58	4,57±0,66	t: -1,96 p: 0,06	0,62
Motivasyonel Merhamet (T2)		4,37±0,59	4,40±0,70	t: -0,08 p: 0,93	0,65
Motivasyonel Merhamet (T3)		4,02±1,13	4,12±0,71	t: -0,23 p: 0,81	0,95
İstatistiksel test ve değer**		F: 0,62 p: 0,54	F: 1,07 p: 0,36		
Post hoc test***		-	-		
Etki büyüklüğü		0,06	0,11		

\*Bağımsız Örneklem T Testi

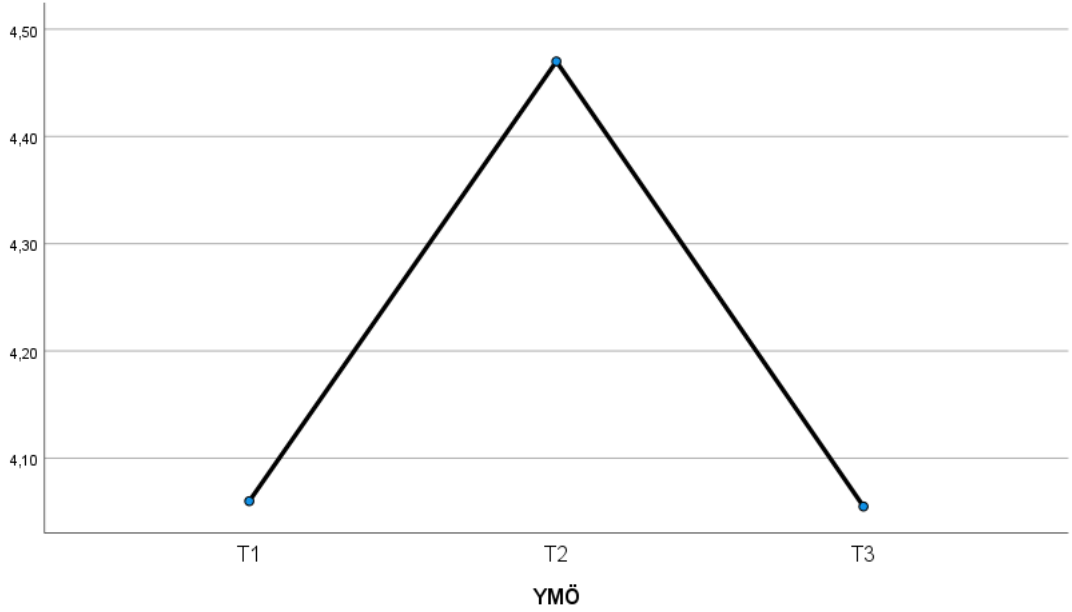
\*\* Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi, Bağımlı Örneklem T Testi

\*\*\*Greenhouse-Geisser (Küresellik yoksa), Sphericity Assumed (Küresellik Varsayımı)

T1= İlk Test, T2=Son Test, T3= İzlem Testi

Tablo 4.2.'de, araştırmada yer alan deney ve kontrol gruplarının YİUMTEP öncesi ve sonrası uygulanan YMÖ ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların grup içi ve gruplar arası karşılaştırması verilmiştir. Buna göre; merhamet düzeylerinin gruplar arası karşılaştırması yapıldığında, son test ve izleme testinde (T2 ve T3) gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ), ilk test ile (T1) gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Davranışsal merhamet alt boyutu incelendiğinde, gruplar arası karşılaştırma yapıldığında, son test ve izleme testinde (T2 ve T3) gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ), ilk test ile (T1) gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Duygusal merhamet alt boyutuna bakıldığında gruplar arasında bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bilişsel merhamet alt boyutu incelendiğinde, gruplar arası karşılaştırma yapıldığında, son test ve izleme testinde (T2 ve T3) gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ), ilk testte (T1) gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Motivasyonel merhamet alt boyutu incelendiğinde grup içi ve gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

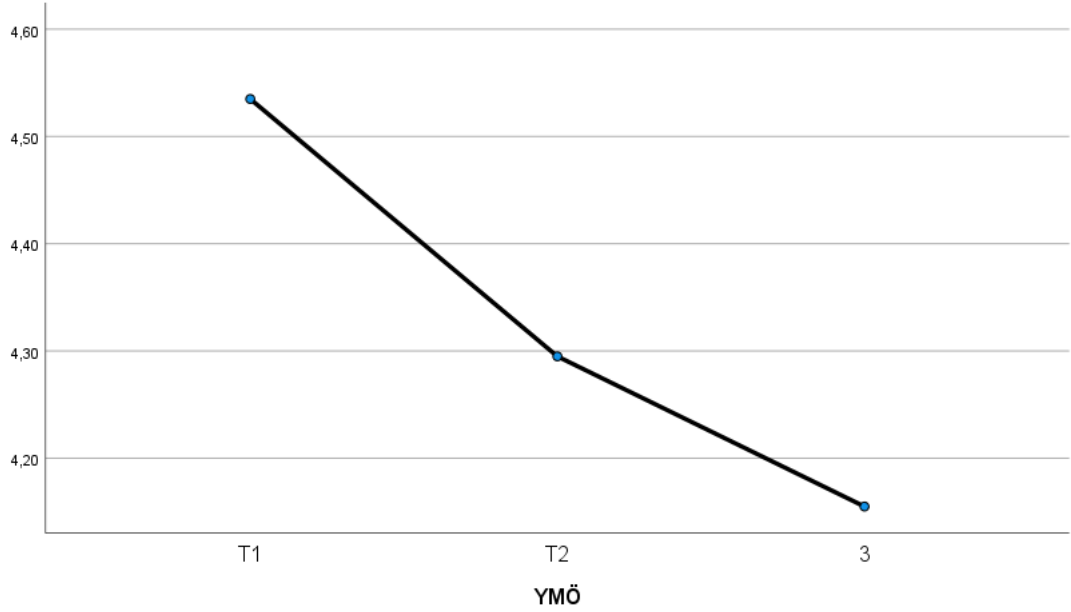
**Grafik 4.1. Deney grubu Yetişkin Merhamet Ölçeği grup içi karşılaştırması**



Grafik 4.1.'de deney grubu merhamet düzeyi grup içi karşılaştırması gösterilmiştir. Grafik 4.1. ve Tablo 4.2. incelendiğinde, merhamet düzeyinin eğitimden sonra arttığı, bir süre sonra yine azaldığı görülmektedir. Ortaya çıkan artışın anlamlı bir fark oluşturduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Anlamlı farkın görüldüğü değişkenlerin belirlenmesi için yapılan bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre; ilk test ile son test ( $T1<T2$ ) arasında anlamlı bir farkın olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

Alt boyutlar incelendiğinde; davranışsal merhamet alt boyutunun grup içi karşılaştırması yapıldığında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Değişkenler arası farkın belirlenmesi amacıyla yapılan bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre ilk test ile son test ( $T1<T2$ ) arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ). Duygusal merhamet alt boyutu incelendiğinde, değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Bilişsel merhamet alt boyutu incelendiğinde, değişkenler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Motivasyonel merhamet alt boyutu incelendiğinde, değişkenler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

#### Grafik 4.2. Kontrol grubu Yetişkin Merhamet Ölçeği grup içi karşılaştırması



Grafik 4.2’de kontrol grubu merhamet düzeyi grup içi karşılaştırması gösterilmiştir. Grafik 4.2 ve Tablo 4.2 incelendiğinde, merhamet düzeyinin süreç içerisinde düştüğü ancak bu düşüşün değişkenler arasında anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Alt boyutlar incelendiğinde; davranışsal merhamet alt boyutunun grup içi karşılaştırması yapıldığında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Duygusal merhamet alt boyutuna bakıldığında grup içi karşılaştırmada anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Bilişsel merhamet alt boyutuna bakıldığında, grup içi değişkenler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Motivasyonel merhamet alt boyutu incelendiğinde, değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.2. Burns Depresyon Ölçeği bulguları

YİUMTEP eğitiminin annelerin depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi incelenirken BDÖ ve alt boyutlarına ilişkin normal dağılım gösteren ölçek puan ortalamaları verilerinin, grup içi değişkenleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını göstermek için parametrik testlerden olan Tekrarlı Ölçümler ANOVA (Repeated Measures) testi uygulanmıştır. Ayrıca testlerin gruplar (deney ve kontrol grupları) arasında karşılaştırmaları için de Bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Tablo 4.3’te, uygulanan testlerin depresyon ile ilgili grup içi ve gruplar arası bulguları verilmiştir:

**Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası BDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutları	Deney grubu Ort±S.S	Kontrol grubu Ort±S.S	İstatistiksel test ve değer*	Etki büyüklüğü
Toplam BDÖ (T1)	2,12±0,79	1,80±0,46	t: 1,07 p: 0,29	0,65
Toplam BDÖ (T2)	1,44±0,63	1,47±0,60	t: -0,10 p: 0,61	0,62
Toplam BDÖ (T3)	1,51±0,24	1,49±0,30	t: 0,17 p: 0,86	0,28
İstatistiksel test ve değer**	F:4,86, <b>p:0,02</b>	F:1,23 p:0,31		
Post hoc test***	<b>T1&gt;T2, T1&gt;T3</b>	-		
Etki büyüklüğü	<b>0,35</b>	0,22		
Aktiviteler ve Kişisel İlişkiler (T1)	2,35±0,90	1,94±0,53	t: 1,24 p:0,22	0,74
Aktiviteler ve Kişisel İlişkiler (T2)	1,54±0,87	1,75±0,84	t: -0,55 p: 0,23	0,85
Aktiviteler ve Kişisel İlişkiler (T3)	1,46±0,28	1,64±0,75	t: -0,68 p: 0,50	0,57
İstatistiksel test ve değer**	F: 5,43 <b>p:0,01</b>	F: 0,43 p: 0,62		
Post hoc test***	<b>T1&gt;T2, T1&gt;T3</b>	-		
Etki büyüklüğü	<b>0,38</b>	0,15		
Duygu ve Düşünceler (T1)	2,03±0,74	1,91±0,66	t: 0,36 p:0,71	0,70
Duygu ve Düşünceler (T2)	1,43±0,73	1,36±0,44	t: 0,24 p: 0,81	0,61
Duygu ve Düşünceler (T3)	1,52±0,41	1,48±0,39	t: 0,20 p: 0,84	0,40
İstatistiksel test ve değer**	F: 3,9 <b>p: 0,03</b>	F: 3,02 p: 0,07		
Post hoc test***	<b>T1&gt;T2</b>	-		
Etki büyüklüğü	<b>0,30</b>	0,25		
Duygu Yitimi (T1)	2,50±0,88	2,07±0,68	t: 1,19 p: 0,24	0,79
Duygu Yitimi (T2)	1,77±0,82	1,77±0,96	t: 0,00 p: 1,00	0,89
Duygu Yitimi (T3)	1,64±0,41	1,70±0,78	t: -0,19 p: 0,85	0,62
İstatistiksel test ve değer**	F: 4,66 <b>p: 0,02</b>	F: 0,61 p: 0,49		
Post hoc test***	<b>T1&gt;T3</b>	-		
Etki büyüklüğü	<b>0,34</b>	0,06		
İntihar İsteği (T1)	0,50±1,24	0,56±1,23	t: -0,12 p: 0,90	1,24
İntihar İsteği (T2)	0,10±0,22	0,23±0,44	t: -0,84 p: 0,41	0,35
İntihar İsteği (T3)	0,43±0,77	0,23±0,49	t: 0,69 p:0,49	0,64
İstatistiksel test ve değer**	F: 0,79 p: 0,46	F: 0,54 p: 0,59		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,08	0,05		
Fiziksel Belirtiler (T1)	2,66±0,88	2,3±0,48	t:1,14 p: 0,26	0,71
Fiziksel Belirtiler (T2)	2,10±0,93	2,1±0,91	t: 0,00 p: 1,00	0,93
Fiziksel Belirtiler (T3)	1,78±0,63	1,93±0,53	t: -0,55 p: 0,58	0,59
İstatistiksel test ve değer**	F:3,45 p:0,05	F: 0,59 p: 0,52		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,28	0,06		
Sağlık Sorunları (T1)	2,4±1,04	1,6±0,8	t:1,90 p:0,07	0,93
Sağlık Sorunları (T2)	1,5±1,2	1,1±0,45	t: 0,98 p: 0,33	0,90
Sağlık Sorunları (T3)	1,65±0,88	1,35±0,52	t: 0,92 p: 0,37	0,72
İstatistiksel test ve değer**	F: 2,53 p: 0,10	F: 1,84 p: 0,18		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,22	0,17		

\*Bağımsız Örneklem T Testi

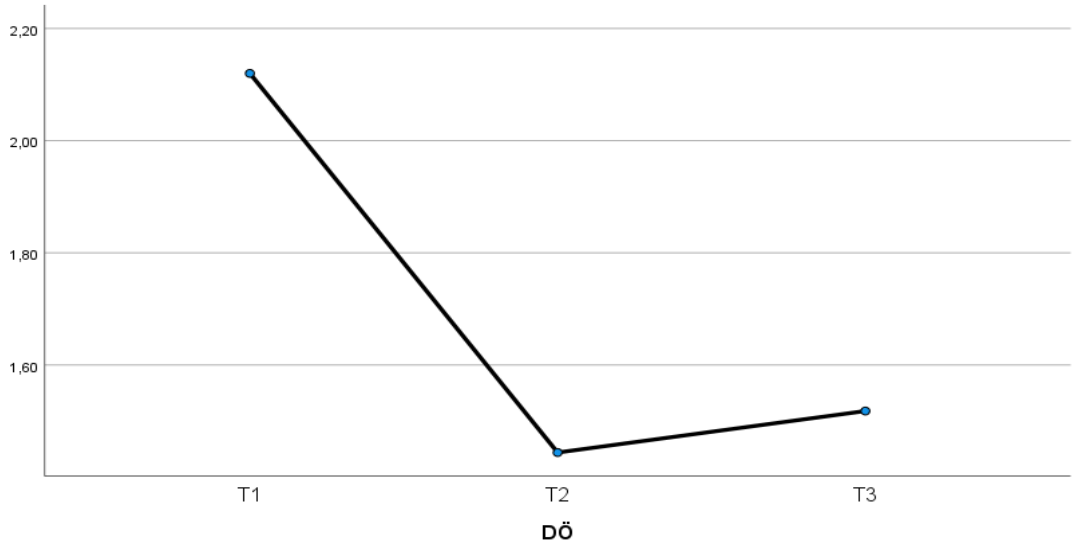
\*\* Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi, Bağımlı Örneklem T Testi

\*\*\*Greenhouse-Geisser (Küresellik yoksa), Sphericity Assumed (Küresellik Varsayımı)

T1= İlk Test, T2=Son Test, T3= İzlem Testi

Tablo 4.3'te, araştırmada yer alan deney ve kontrol gruplarının YİUMTEP öncesi ve sonrası uygulanan BDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; depresyon düzeylerinin gruplar arası karşılaştırma yapıldığında iki grup arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Alt boyutlar incelendiğinde, aktiviteler ve kişisel ilişkiler alt boyutunda gruplar arası karşılaştırma yapıldığında iki grup arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Duygu ve düşünceler alt boyutuna bakıldığında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Duygu yitimi alt boyutu incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). İntihar isteği alt boyutu iki grup arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Fiziksel belirtiler alt boyutuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Sağlık sorunları alt boyutu incelendiğinde kontrol ve deney grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

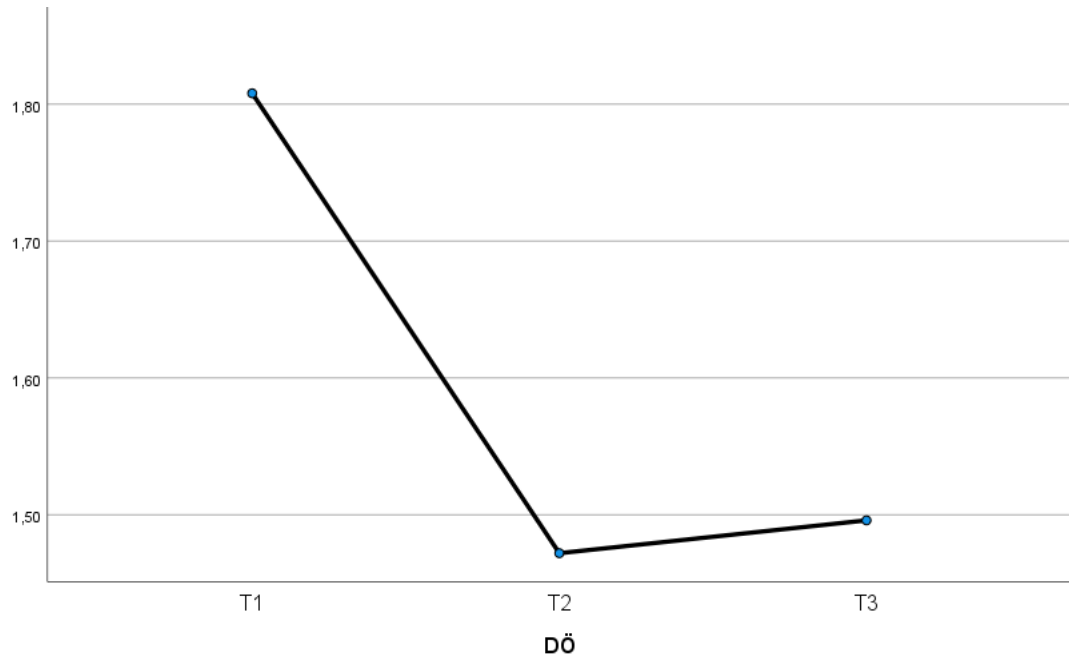
**Grafik 4.3. Deney grubu Burns Depresyon Ölçeği grup içi karşılaştırması**



Grafik 4.3'te deney grubu BDÖ grup içi karşılaştırması gösterilmiştir. Grafik 4.3 ve Tablo 4.3 incelendiğinde, depresyon düzeyinin eğitimden sonra azaldığı, bu azalmanın anlamlı bir fark oluşturduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Hangi değişkenler arasında anlamlı bir farkın olduğunu belirlemek amacıyla yapılan bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre; ilk test ile son test ( $T1>T2$ ) ve ilk test ile izlem testi ( $T1>T3$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

Alt boyutların grup içi karşılaştırmaları yapıldığında, aktiviteler ve kişisel ilişkiler alt boyutunun grup içi karşılaştırması yapıldığında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Değişkenler arası farkın belirlenmesi amacıyla yapılan bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre ilk test ile son test ( $T1>T2$ ) ve ilk test ile izlem testi ( $T1>T3$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Duygu ve düşünceler alt boyutu incelendiğinde, grup içi değişkenler arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Hangi değişkenler arasında anlamlı bir farkın tespit edilmesi amacıyla yapılan bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre, ilk test ve son test ( $T1>T2$ ) arasında anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Duygu yitimi alt boyutunun grup içi karşılaştırması yapıldığında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Değişkenler arası farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre ilk test ile izlem testi ( $T1>T3$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). İntihar isteği alt boyutunun grup içi değişkenler karşılaştırıldığında değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Fiziksel belirtiler alt boyutunun grup içi değişkenler karşılaştırıldığında değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Sağlık sorunları alt boyutunun grup içi değişkenler karşılaştırıldığında değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

**Grafik 4.4. Kontrol grubu Burns Depresyon Ölçeği grup içi karşılaştırması**



Grafik 4.4'te kontrol grubu depresyon düzeyi grup içi karşılaştırması gösterilmiştir. Grafik 2 ve Tablo 4.3. incelendiğinde, depresyon düzeyinin eğitimden sonra azaldığı, fakat bu azalmanın anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

Alt boyutların grup içi karşılaştırmaları yapıldığında, aktiviteler ve kişisel ilişkiler alt boyutunun grup içi değişkenler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Aktiviteler ve kişisel ilişkiler alt boyutu incelendiğinde grup içi farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Duygu ve düşünceler alt boyutuna bakıldığında grup içi karşılaştırmada değişkenler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Duygu yitimi alt boyutu incelendiğinde değişkenler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). İntihar isteği alt boyutunda, grup içi karşılaştırmasında değişkenler arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Fiziksel belirtiler alt boyutu incelendiğinde grup içi karşılaştırmasında değişkenler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Sağlık sorunları alt boyutu incelendiğinde, değişkenler arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği bulguları

Verilen eğitimin psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisi incelenirken YPDÖ'nün ve alt boyutlarına ait normal dağılım gösteren ölçek puan ortalamaları verilerinin, grup içi değişkenleri arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit etmek için parametrik testlerden olan Tekrarlı Ölçümler ANOVA (Repeated Measures) testi uygulanmıştır. Ayrıca testlerin gruplar (deney ve kontrol grupları) arasında karşılaştırmaları için de Bağımsız örnekler t testi uygulanmıştır. Tablo 4.4'te, uygulanan testlerin psikolojik dayanıklılık ile ilgili grup içi ve gruplar arası bulguları verilmiştir:

**Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası YPDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutları	Deney grubu Ort±S.S	Kontrol grubu Ort±S.S	İstatistiksel test ve değer*	Etki büyüklüğü
Toplam YPDÖ (T1)	3,22±0,58	3,22±0,37	t: 0,00 p: 1,00	0,49
Toplam YPDÖ (T2)	3,50±0,57	3,70±0,63	t: -0,73 p: 0,47	0,60
Toplam YPDÖ (T3)	3,52±0,50	3,61±0,50	t: -0,43 p: 0,67	0,51

İstatistiksel test ve değer**	F: 0,86 p: 0,43	F: 3,58 p:0,06		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,09	0,26		
Kendilik Algısı (T1)	3,31±0,83	3,41±0,61	t: -0,29 p: 0,77	0,75
Kendilik Algısı (T2)	3,61±0,65	3,68±0,84	t: -0,19 p: 0,84	0,75
Kendilik Algısı (T3)	3,70±0,49	3,58±0,79	t: 0,39 p: 0,69	0,66
İstatistiksel test ve değer**	F:0,99 p: 0,38	F: 0,41 p: 0,66		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,10	0,05		
Gelecek Algısı (T1)	3,05±0,82	2,82±0,64	t: 0,68 p:0,50	0,73
Gelecek Algısı (T2)	3,35±1,06	3,77±0,50	t: -1,14 p: 0,26	0,83
Gelecek Algısı (T3)	3,45±1,00	3,25±0,90	t: 0,47 p: 0,65	0,95
İstatistiksel test ve değer**	F: 0,42 p: 0,66	F: 5,11 p:0,02		
Post hoc test***	-	T2>T1		
Etki büyüklüğü	0,46	0,36		
Yapısal Stil (T1)	3,77±0,79	2,82±0,61	t: 2,99 p: <b>0,00</b>	0,70
Yapısal Stil (T2)	3,12±1,11	3,32±0,28	t: -0,54 p: 0,59	0,81
Yapısal Stil (T3)	3,50±0,64	3,22±0,59	t: 0,99 p: 0,33	0,62
İstatistiksel test ve değer**	F: 1,28 p: 0,30	F: 2,33 p:0,71		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,13	0,21		
Sosyal Yeterlilik (T1)	3,03±0,54	3,48±0,27	t: -2,33 p: <b>0,03</b>	0,43
Sosyal Yeterlilik (T2)	3,65±0,79	3,68±0,53	t: -0,11 p: 0,91	0,68
Sosyal Yeterlilik (T3)	3,53±0,74	3,71±0,72	t: -0,56 p: 0,58	0,73
İstatistiksel test ve değer**	F: 2,14 p: 0,14	F: 0,51 p: 0,59		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,19	0,06		
Aile Uyumu (T1)	3,33±0,69	3,31±0,82	t: 0,04 p: 0,96	0,76
Aile Uyumu (T2)	3,80±0,61	4,16±0,83	t: -1,11 p: 0,28	0,73
Aile Uyumu (T3)	3,46±0,93	3,78±0,51	t: -0,93 p: 0,36	0,75
İstatistiksel test ve değer**	F: 0,90 p: 0,42	F: 2,88 p: 0,08		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,09	0,24		
Sosyal Kaynaklar (T1)	3,01±0,86	3,22±0,63	t: -0,63 p: 0,53	0,75
Sosyal Kaynaklar (T2)	3,35±0,94	3,52±0,98	t: -0,39 p: 0,69	0,96
Sosyal Kaynaklar (T3)	3,45±0,80	3,85±0,71	t: -1,17 p: 0,25	0,75
İstatistiksel test ve değer**	F: 0,98 p: 0,39	F: 3,11 p: 0,07		
Post hoc test***	-	-		
Etki büyüklüğü	0,10	0,26		

\*Bağımsız Örneklem T Testi

\*\* Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi, Bağımlı Örneklem T Testi

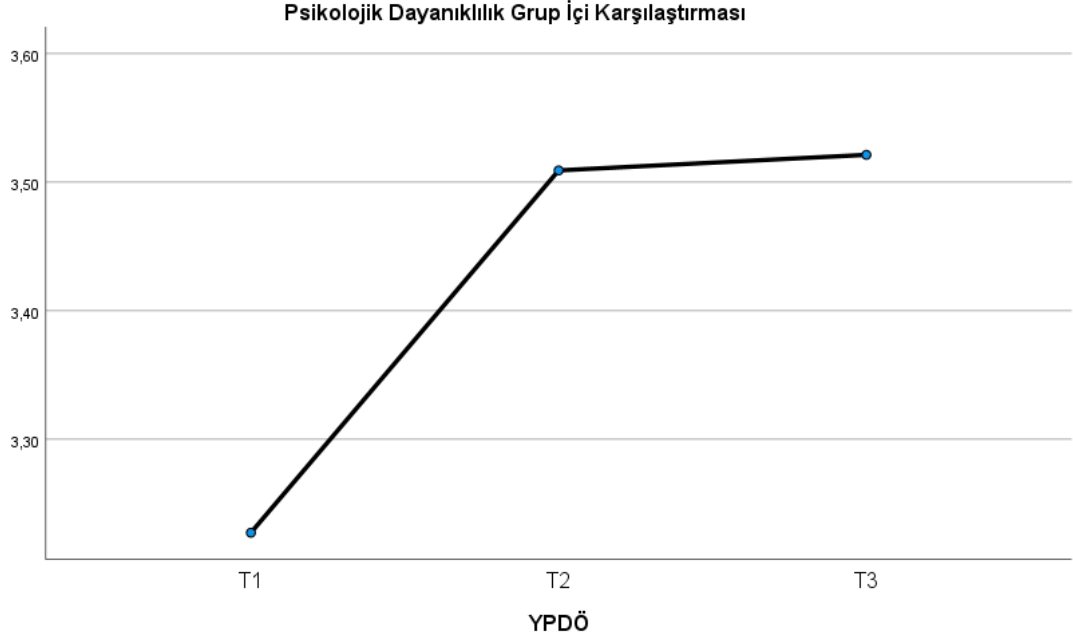
\*\*\*Greenhouse-Geisser (Küresellik yoksa), Sphericity Assumed (Küresellik Varsayımı)

T1= İlk Test, T2=Son Test, T3= İzlem Testi

Tablo 4.4'te, araştırmada yer alan deney ve kontrol gruplarının YİUMTEP öncesi ve sonrası uygulanan YPDÖ ve alt boyutlarından alınan puanların grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir. Buna gore; psikolojik dayanıklılıkta gruplar arası karşılaştırma yapıldığında iki grup arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Alt boyutlar incelendiğinde, kendilik algısı alt boyutunda gruplar arası karşılaştırma yapıldığında iki grup arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Gelecek algısı alt boyutuna bakıldığında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Yapısal stil alt boyutu incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Yapısal stil alt boyutu incelendiğinde, son test ve izlem testi (T2 ve T3) arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ), ilk testte (T1) gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Sosyal yeterlilik alt boyutu incelendiğinde, iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Yapısal stil alt boyutu incelendiğinde, son test ve izlem testi (T2 ve T3) arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ), ilk testte (T1) gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Aile uyumu alt boyutu incelendiğinde, iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Sosyal kaynaklar incelendiğinde, gruplar arası karşılaştırma yapıldığında her iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Grafik 4.5'te deney grubu psikolojik dayanıklılık grup içi karşılaştırması gösterilmiştir. Grafik 4.5 ve Tablo 4.4 incelendiğinde, psikolojik dayanıklılığın eğitimden sonra arttığı görülmesine rağmen bu artışla beraber grup içi anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

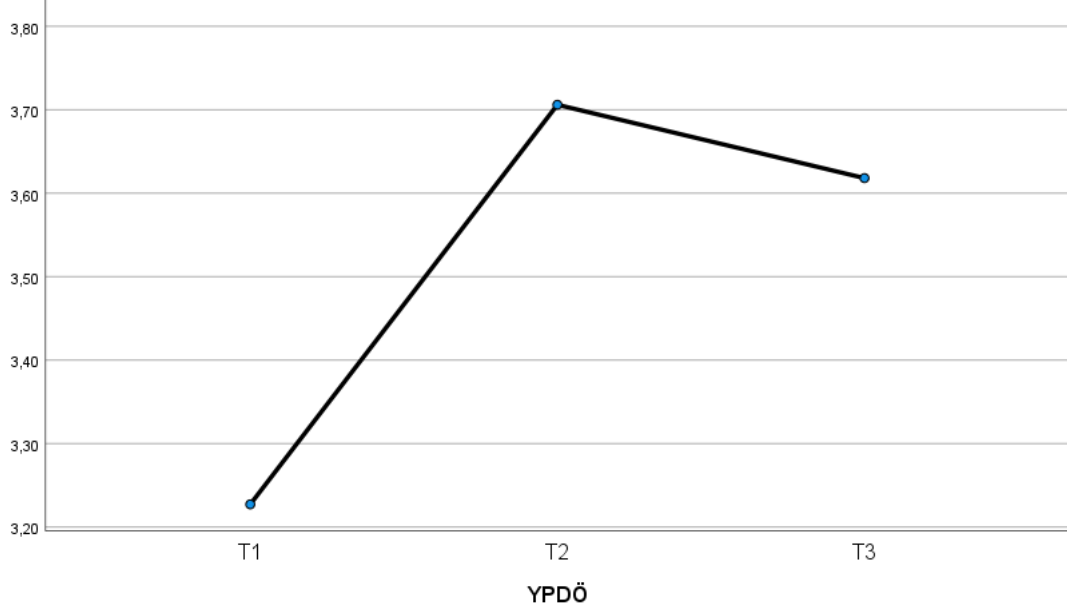
#### Grafik 4.5. Deney Grubu Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Grup İçi Karşılaştırması



Alt boyutların grup içi karşılaştırmaları yapıldığında, kendilik algısı alt boyutunun grup içi karşılaştırmasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Gelecek algısı alt boyutunun grup içi karşılaştırmasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Yapısal stil alt boyutunun grup içi karşılaştırmasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Sosyal yeterlilik alt boyutunun grup içi karşılaştırmasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Aile uyumu alt boyutunun grup içi anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Sosyal kaynaklar alt boyutunun grup içi karşılaştırıldığında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Grafik 4.6'da kontrol grubu psikolojik dayanıklılık grup içi karşılaştırması gösterilmiştir. Grafik 4.6 ve Tablo 4.4 incelendiğinde, psikolojik dayanıklılığın eğitimden sonra arttığı görülmesine karşın bu artışla birlikte grup içi anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Grafik 4.6. Kontrol Grubu Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Grup İçi Karşılaştırması**



Alt boyutların grup içi karşılaştırmaları yapıldığında, kendilik algısı alt boyutunun grup içi karşılaştırmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Gelecek algısı alt boyutunun değişkenler arası karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Değişkenler arasındaki anlamlı farkın belirlenmesi için yapılan Bağımlı Örneklem t testi sonuçlarına göre son test ile ilk test arasında ( $T2>T1$ ) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapısal stil alt boyutu incelendiğinde grup içi anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Sosyal yeterlilik alt boyutu grup içi karşılaştırmada anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Aile uyumu alt boyutunun grup içi anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ). Sosyal kaynaklar alt boyutunun grup içi karşılaştırmasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

#### **4.2.4. Pearson korelasyon analizi**

Deney grubuna ilişkin BDÖ, YMÖ ve YPDÖ (T2) arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgular Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5. Pearson Korelasyon Analizi**

		<b>BDÖ (T2)</b>	<b>YMÖ (T2)</b>	<b>YPDÖ (T2)</b>
<b>BDÖ (T2)</b>	r	1	-0,51	-0,35
	p	-	0,12	0,32
<b>YMÖ T2</b>	r		1	0,35
	p		-	0,30
<b>YPDÖ (T2)</b>	r			1
	p			-

Tablo 4.5 incelendiğinde depresyon değişkeni ile diğer iki değişkenler arasında negatif bir ilişkinin olduğu ( $r=-0,51$ ,  $r=0,35$ ) görülmekle birlikte anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### **4.3. Nitel Bulgular**

Araştırmanın bu bölümünde her hafta eğitimden sonra değerlendirme aşamasında haftanın gündemi ile ilgili sorular sorulmuş, deney grubundan alınan veriler hafta hafta incelenmiştir. Deney grubundaki anneler A1'den A10'a kadar kodlanmıştır.

#### **4.3.1. Birinci hafta**

İlk oturumda anneler çekingendi. Kendi fikirlerini açıklamada zorluklar yaşıyorlardı. Araştırmacı eğitim öncesinde ve esnasında kuralları açıklarken gizlilik ilkesini tekrarlamış, tanışma kısmında çekingenliklerinin azalması için kendilerinin katılımlarını teşvik etmiştir. Kendilerini tanıtmaları istenmiş ve katılım süresinin artması için araştırmacı tanıtıma yönelik sorular sormuştur.

Katılım gösteren bazı annelerin duygu durum bozukluğu belirtilerini gösterdikleri görülmüştür. Annelerden bazılarının, eğitim öncesinde ve esnasında gergin oldukları gözlenmiş, oturumda söz hakkı almaya yönelik veya konuşmaya yönelik sorunlar yaşadığı görülmüştür. Nitekim A2: *“Öfke problemleri yaşıyorum, kendimi bazen kontrol edemediğimi görüyorum. En ufak bir şeyde bağırıp çağırdığım oluyor.”* demiştir.

Terapötik sürece çok inanmayan bir bakış açısının varlığı bazı annelerde görüldü. Kendi yaşamlarının ağır şartlarda olmasından dolayı yapılacak herhangi bir uygulamanın olumlu bir sonuç elde ettireceğine dair bir düşüncenin olmadığı bazı

annelerde görüldü. Nitekim bir anne (A2): *“Hayatımın çoğu zamanı çocuklara ve ev işlerine bakmakla geçiyor. Buna yönelik ne yapabilirsiniz ki! Yaşamımda neyi değiştirebilirsiniz ki!”* diye kurduğu cümleler ile bunu göstermiştir.

Bazı annelerin merhamet kavramını bilmelerine rağmen merhametli davranmalarının kendilerine zarar verebileceğini düşündüğünden, merhametli davranmaktan imtina ettikleri görülmüştür. Anneler konuya hakim olmasa bile merhamet korkusu kavramından bahsettikleri görülmüştür. Nitekim konu ile ilgili annelerden A5: *“Merhametli davrandığımda zarar görmekten korkuyorum.”* derken; A6 ise *“Bence merhamet eden acınacak duruma gelir.”* diyerek merhamet korkusuna sahip oldukları anlaşılmıştır.

#### **4.3.2. İkinci hafta**

İlk hafta çekingen ve gergin olan annelerin daha rahat davrandıkları, eğitim içinde daha aktif oldukları gözlenmiştir. Özellikle drama etkinliğinden sonra annelerin birinci oturumdaki çekinik tavırlarının azaldığı, drama oyunuyla beraber katılım gösterme isteklerinin arttığı görülmüştür. Birinci oturuma göre ikinci oturum, değerlendirme aşamasında daha fazla annenin söz hakkı aldığı ve konuşmak istediği gözlenmiştir. Drama etkinliğinde anneler tiyatral yeteneklerini sergilerken birbirlerine takılmayı ihmal etmemiş, ilk hafta gösterdikleri gerginlik yerine çoğunda daha çok neşe hakim olmuştur.

#### **4.3.3. Üçüncü hafta**

Merhametli olmak-1 isimli sunum araştırmacı tarafından yapılmadan önce katılımcılara merhametin ne olduğu ile ilgili soru sorulmuştur. Katılımcıların verdikleri cevaplarla, merhamet konusunu dinle ilişkilendirdikleri görülmüştür. Merhametin dini veya ilahi bir emirden kaynaklandığı için bunun insanlar tarafından gösterilmesinin zaruri olması gerektiğini dile getirmişlerdir. Katılımcılar kültürel ve kişisel olarak dini hassasiyetlerinin olduğunu, bu perspektiflerinin iyi insan olmak için şart olduğunu beyan etmişlerdir. Katılımcı annelerden iki tanesi başından geçen bir olayı diğer katılımcılarla paylaşmıştır. Nitekim başından geçen olayı diğer katılımcılar ile paylaşan annelerden A4: *“Allah bize iyi olmamızı emretmiştir. İyi olmanın bir şartı da merhametli olmaktır. İnsanlar merhametli olmadığı müddetçe müslümanım diyemez.”* demiştir.

Katılımcılara empatik davranış ile ilgili düşünceleri sorulduğunda annelerin empatik güçlerinin iyi olduğu, “*Kendinizi hasta çocuğunuzun yerine koyun, ne hissederdiniz? Ne olmasını veya size nasıl davranılmasını isterdiniz?*” sorusu sorulduğunda annelerin kendi fikirlerini dile getirirken duygusallaştıkları, empatiyi yaparken sempati eylemine dönüştürdükleri gözlenmiştir. Söz hakkı alan A10 şunları söylemiştir:

*“Bana kimsenin acımasını istemezdim. Bana acıdıkları için iyi davrandıklarını farketdiğimde kendimi kötü hissedirdim. Çevrenin bu bakışından dolayı asla kimseyi suçlamazdım ama bana daha iyi bir perspektifle, sadece insan olduğum için iyi bakılmasını isterdim. Acıdıklarından değil de birey olduklarından ötürü çevrenin iyi bakmasını isterdim.”* demiştir. Başka bir anne (A8); *“Kaldıramazdım herhalde, beni anlamalarını, benim ihtiyaçlarımın ne olduğunu araştırmalarını ve bana ilgi göstermelerini beklerdim. Kötü hissedirdim, millet herşeyi yapabiliyor neden ben! diye sorgulardım.”*

Annelerin kullandığı ifadelerden karşı tarafın yerine kendisini koyup onlar gibi düşünebilme ve hissedebilme yetilerinin farkındalığı görülmüş, diğer anneler de buna benzer ifadeler beyan etmişlerdir.

#### **4.3.4. Dördüncü hafta**

Bu hafta uzaktan bağlantı yolu ile oturuma kendisi kamuda memur olan evli ve 2 çocuk babası engelli biri konuk edilmiştir. Uzaktan bağlantı yoluyla oturuma katılan konuşumuzu, *“Hayatınızda karşılaştığınız güçlükler, problemler hakkından bahsedebilir misiniz?”* diye soruldu. Konuşumuz şunları aktarmıştır:

*“Benim hayatımda karşılaştığım en büyük güçlük ve problem ön yargılar oldu. İnsanların bakış açısı, yapamazsın edemezsin tavırları, sana kız vermezler gibi aşağılayıcı ifadeleri, küçük görmeleri, beni ötelemeleri karşılaştığım en büyük sıkıntım oldu. Anlayacağınız fiziksel engellilik durumunun verdiği handicap yaşam kalitemi çok da aşağıya çekmezken aksine insanların bana karşı olan bu psikolojik baskılar beni demoralize edebiliyor, aşağı çekebiliyordu. Ama ben bunlara karşı pes etmek yerine savaşmayı seçtim. Bunlar yıldırmadı, nihayetinde başardım. Kaldı ki başaramasaydım Feyza ve Osman gibi iki meleğe (çocukları) şu an sahip olamazdım. Biliyor musunuz araba da sürebiliyorum.”*

Eğitimci: *“Peki sizi ayakta tutan, yılmanızı engelleyen ne oldu bu süreçte? Kısaca başardım dediğiniz başarının sırrını açıklayabilir misiniz?”* diye sormuştur. Konuk şunları aktarmıştır:

*“Durumumun bir kere benim suçum olmadığını kabul ettim, Allah’a sığındım. Bazılarının bana yönelik olan o patolojik tavırlarına karşı hırs yaptım, başaramazsın denilen şeyleri başarmak için inat ettim. Psikolojik anlamda zor dönemler geçirdim, evet, ama bu tür düşüncelerin bana zarar verdiğini düşünüp bakış açımı değiştirdim. Tabi bunu tek başıma başardım desem yalan olur. Bunların üstesinden gelmemde beni olduğum gibi kabul eden insanların çevremde olması özgüven kazanmamı sağladı. Bir de maneviyata önem verdiğim için dua gibi dini ritüeller de bu savaşı kazanmamda en etkili silahlarımdan biri olduğunu söylemem yanlış olmaz.”*

Eğitimci: *“Bildiğiniz üzere sizi dinleyen katılımcılarımız da özel gereksinimli veya engelli diyebileceğimiz çocukları olan annelerimiz. Onlara bu konuda önermek istediğiniz veya tavsiyeleriniz var mı?”* diye sormuştur. Bunun üzerine konuk şunları aktarmıştır:

*“Tabi ki! Evvela çocuklarından hiç utanmasınlar, toplumdaki asla izole etmesinler, toplum içine çıkartsınlar. Engelli olup sağlıklı denilen insanlardan daha başarılı olan kişileri hatırlarından çıkarmasınlar. Bakınız benim eşim de engelli bir öğretmen. Ama şu an okulunda en başarılı öğretmen olarak seçildi. Dolayısıyla umudu lütfen hiçbir zaman kaybetmeyelim! Unutmayalım ki engelli olan bizler değil, çocuklarınız değil, onlara karşı anlattığım bozuk zihniyetlerdir!”*

Konuğun çocukları gibi engelli bireylerden olmasına rağmen hayata tutunuş şekli, azmi ve başarılarının anneleri çok etkilediği izlenmiştir. Nitekim A4 konuğa, *“Sizinle tanışmadan evvel açıkçası daha karamsardım, engelli olduğu için çocuğum için çok üzülüüyordum. Farklı bir bakış açısı kazandırdınız. Teşekkürler.”* diyerek konuğun söylemlerinin kendisi üzerinde bıraktığı olumlu izleri paylaşmıştır. Bir başka anne ise A1: *“Çocuğu ile ilgili artık daha iç açıcı düşüncelerinin yeşerdiğini hissettiğini söylemiştir”*.

#### 4.3.5. Beşinci hafta

Öz merhamet sunumu yapıldıktan sonra katılımcılar ile değerlendirmesi yapıldı. Yapılan değerlendirmede annelerin başkalarına karşı özgecilik seviyelerinin yüksek olduğu, kendilerine ise aynı tarzda pek de yaklaşmadıkları anlaşıldı. Nitekim bir anne (A2): *“işlere odaklanmaktan, başka kişilerin sorunlarını çözmeye çalışmaktan kendime bakmadığımı anladım. Hatta bazen bu yüzden kendi işimi aksattığım için kendime kızardım.”* dediği, kendisine karşı öz-merhamet göstermediği görülmektedir.

“Sevgi Dolu Nezaket” meditasyonundan sonra anneler bu meditasyonun kendilerine iyi geldiğini ve daha iyi hissettirdiğini söylemişlerdir. Bir anne (A3), *“Herkes ile nazik konuşulması gerektiğini biliyordum da kendimiz ile bunu yapmadığımızı, yapmamız gerektiğini bugün öğrendim.”* demiştir.

#### 4.3.6. Altıncı hafta

Araştırmacı bu hafta merhamet ile ilgili kavramları sunum şeklinde katılımcılara aktarmıştır. Sunum bittikten sonra anneler ile yapılan söyleşide, katılımcıların kavramlara aslında aşina oldukları fakat derin anlamlarını yeni idrak edebildiklerini dile getirmişlerdir. Nitekim bir katılımcı (A8), *“Bildiğimi düşündüğüm kavramları daha iyi algıladım. Hayatıma entegre etmeye başladım. İlk geldiğim günden çok daha iyi hissediyorum kendimi.”* diyerek eğitim sürecinin kendisini iyi hissettirdiğini, aslında bildiğini sandığı bazı kavramların içinin daha önce kendisi tarafından doldurmadığını beyan etmiştir.

Nefese Odaklanma uygulaması ile annelerin nefes alış verişlerinin kontrolü ve bunu yaparken farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır. Uygulama sonunda bazı annelerin nefes egzersizlerini yaptıktan sonra kollarında ağrı hissettiklerini, aslında kendilerinin pek de egzersiz yapmadığını bu sayede anladıklarını dile getirmiştir. Uygulama sonunda bir anne (A1), *“Uygulama ile beraber aldığımız nefesin aslında farkına vardım. Bir de kollarımın ağrısından anladım ki yeterince hareket etmiyor, spor yapmıyordum.”* diyerek rutin hayatlarında kendilerine iyi gelebilecek kültür fizik hareketlerinin eksikliğinden bahsetmiştir.

#### 4.3.7. Yedinci hafta

Eğitimci tarafından öz-şefkat isimli sunum yapıldıktan sonra konu ile ilgili yapılan değerlendirmede annelerin, kişinin kendisine arkadaş veya dost olması anlamında kullanılan bu kavramı hayatlarına çok da entegre etmedikleri anlaşılmıştır.

Bunun yerine bazı durumlarda kendilerini suçlayan aksiyonlarda buldukları izlenmiştir. Eğitim sonunda bir anne (A2): “*Şefkat ile ilgili anlatılanları biliyordum, bu oturumda anladım ki bunları eyleme geçirmediğimi farkettim.*” demiştir.

Tong Len meditasyonu sonrasında bir anne A8: “*sevdiklerinin kendisini destekler gördüğünü, bunun ona güç verdiğini ve kendisini daha iyi hissettirdiğini belirtmiştir*”.

#### **4.3.8. Sekizinci hafta**

Merhametli insanların neler yapıp neler yapmadığı konulu sunumdan sonra merhamet ve eğitimin geride kalan haftalarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Eğitimde bulunmanın katılımcıların günlük hayatta biriktirdikleri stresi azalttığını, grup terapisi gibi diğer katılımcıların varlıkları ile beraber kendilerine iyi geldiğini belirtmişlerdir. Nitekim bir anne (A4): “*Oturumlarda hiçbir şey anlatılmasa bile sadece diğer anneler ile burda toplanmamız benim iyi hissetmeme neden oldu. Yalnız olmadığımı bu sayede anladım. Kendimi cezalandırılmış gibi hissediyordum oğlumun durumu yüzünden. Burda diğer yaşamları ve benzer durumları görünce bunun bana has olmadığını, cezadan ziyade insani bir durum olduğunun farkına vardım. Kendimi ilk günden çok daha iyi hissediyorum.*” diyerek oturumlara iştirakinin bile kendisinin iyi hissetmesine yettiğini, kendisi gibi durumda olan diğer insanları görünce cezalandırılmış hissini kaybaldığını, stres seviyesinin azaldığını beyan etmiştir.

Annelerin daha önceki haftalarda yapılan egzersiz ve uygulamaların, eğitim dışında yapılmasıyla kendileri hakkındaki eksikliklerin farkındalığını kazandıklarını, böylelikle o boşluğu doldurmaya çalıştıkça daha iyi hissettikleri görülmüştür. Nitekim bir anne (A2): “*Oturumlarda öğrettiğiniz egzersizleri evde yapıyorum. Vücudum baya tembelleşmiş o zaman farkettim. İlk gün yaptığımda kollarım ağrıdı. Ama her yaptıktan sonra daha bir güçlendiğimi farkettim. Aldığımız nefesin farkında olmadan onca yıl geçirmişim demek ki!*” demiştir. Bir başka anne (A9): “*Farkındalığın ne olduğunu öğrendim. Direnci, bilinci öğrendim. En güzeli de başka insanların da hayatlarının olduğunu bilmediğimi öğrendim. Canlılara bakış açım değişti.*” diye yorumda bulunmuştur. Katılımcılar genel itibarla anlatılanların, hayatlarında, oturumlardan önce hep duyduğu, ama yaşamlarında soyut kaldıklarını farkettiklerini; oturumlar devam ettikçe bunları daha da içselleştirdiklerini belirtmişlerdir.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, YİUMTEP'in SP'li çocuğu olan annelerin merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde; çalışmaya katılan grupların merhamet seviyeleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, katılımcıların genel merhamet düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Deney Grubu:  $4,06\pm 0,33$ ; Kontrol Grubu:  $4,53\pm 0,59$ ). YİUMTEP'ten sonra deney grubunun merhamet düzeyi ve merhametin alt boyutlarından davranışsal merhamet düzeylerinin ilk ve son testleri arasında anlamlı bir fark ( $T2>T1$ ) görülmüştür (Tablo 4.2). Yapılan nitel incelemede; katılımcıların öz-merhametin faydasını gördükleri, merhamet korkusunu artık tanımlayabildiklerinden merhamet korkusundan kaynaklanabilecek olumsuz durumlar ile mücadele edebildikleri, kendilerini dindar olarak gören katılımcıların olumsuz durumlarla baş etmede dini inancın ve Tanrı'ya bağlılıklarının etkin rol oynadığını; empati, sempati ve merhametli olma kavramlarını daha iyi kavradıkları ve hayatlarına yeni bir bakış açısı kazandırdığı çıkarımları tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılanların depresyon düzeylerinin karşılaştırılması yapıldığında, iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüş; iki gruptaki annelerin depresyon seviyelerinin deney grubundaki katılımcıların ortalama  $2,12\pm 0,79$  ile 53 puanla ağır depresyon; kontrol grubundaki katılımcıların ortalama  $1,80\pm 0,46$  ile 45 puanla orta depresyon düzeyinde oldukları tespit edilmiştir. YİUMTEP'ten sonra yapılan test sonuçları incelendiğinde kontrol grubundaki annelerin depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark görülmezken; deney grubundaki annelerin genel depresyon düzeyinde ilk testlerin son ve izlem testleri arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T2$ ,  $T1>T3$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Ayrıca depresyonun alt boyutları incelendiğinde; aktiviteler ve kişisel ilişkiler alt boyutunda ilk test ile son ve izlem testleri arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T2$ ,  $T1>T3$ ), duygu ve düşünceler alt boyutunda ilk ve son test arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T2$ ), duygu yitimi alt boyutunda ilk ve izlem testi arasında anlamlı bir fark olduğu ( $T1>T3$ ) tespit edilmiştir. Yapılan nitel incelemede, katılımcıların eğitim esnasında öğrenip eğitimde ve sonrasında uyguladıkları meditasyon ve egzersiz uygulamalarının kendilerine yarar sağladığı, grup halinde eğitim almalarının kendilerini rahatlattığı ve daha iyi hissettirdiği, duygu durum bozuklukları, öfke patlamaları yaşadıklarını söyleyen bazı katılımcıların bu uygulamalar ile olumsuz durumlarının azaldığı, drama etkinliği gibi grup çalışmalarının kendilerini açmada yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı, psikolojik dayanıklılık seviyelerinin her iki grupta aynı düzeyde olup (3,22), orta seviyede (Aldıkları ortalama puan 106, YPDÖ'nün maksimum puanı 165) oldukları görülmüştür. Grupların kendi içlerinde karşılaştırılması yapıldığında deney grubundaki katılımcıların psikolojik dayanıklılıklarının artmasına rağmen bu artışın anlamlı olmadığı görülmüş, kontrol grubunda ise katılım gösteren annelerin genel psikolojik dayanıklılık düzeylerinin arasında anlamlı bir fark görülmezken, psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından gelecek algısı düzeyinin ilk ve son testleri arasında anlamlı bir farkın ( $T2>T1$ ) olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Yapılan nitel analizde, eğitimden önce karamsar bir tablo çizen, “ne yapılabilir ki çözüme dair!” gibi olumsuz söylemlerde bulunan bazı annelerin bakış açıları ile ilgili iyileşme yaşadıkları, özgeciliklerinin farkındalığına erişip öz-merhamet ve bakımlarının gerekliliklerine de odaklanması gerektiği görülmüştür.

Araştırmanın bu bölümünde, analizler neticesinde tespit edilen bulgular, “YİUMTEP'in SP'li hastaların annelerinin merhamet düzeylerini ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmada; depresyon düzeyini azaltmada etkilidir” ana hipotezi üzerinden tartışılmış ana hipotezin test edilmesi için üç alt hipotez belirlenmiştir. Hipotezler incelenip alanyazındaki araştırmalar ile karşılaştırılmıştır. Buna paralel alt hipotezlerin kabulü, kısmi kabulü ve reddi üzerinden de değerlendirmeler yapılmıştır.

SP, beyin dokusundaki hasarlar sonucunda meydana gelen, fiziksel ve bazı türlerinde zihinsel problemlerin görüldüğü bir hastalıktır (135). Hastalığın dünyadaki seyri yüksek olmasına karşın ülkemizde bu oran dünyadaki orandan daha fazladır (3). Ülkemizde sık görülen bu hastalığın fiziksel kaynaklı engellerin çok oluşu bakım vericiye daha fazla yük olarak yansımaktadır. Bakım verenler incelendiğinde, annelerin babalardan daha fazla bakım yükünü üstlendikleri tespit edilmiştir (114). Çalışmamızın birinci oturumunda anneler bakım yüklerini anlatırken, çocuklara kendilerinin genelde baktığını ve babalarının çok da derinlemesine bir ilgi göstermediklerini söylemişlerdir. Bu durum araştırma bulgularımız ile literatürün koşut olduklarını göstermektedir. Bakım yükünün daha çok annelerde olması, annelere mental ve fiziksel olarak ayrı yükler getirmektedir. Aşan (2021) tarafından yürütülen araştırmada SP'li çocuğu olan annelerin aile yükünün fazla olduğu; kişilerarası duyarlılık, depresyon, somatizasyon, anksiyete gibi psikolojik semptomların görüldüğü tespit edilmiştir (13). Çalışmamızda bir anne (A2), “*Öfke problemleri yaşıyorum, kendimi bazen kontrol edemediğimi görüyorum. En ufak bir şeyde bağırıp çağırdığım oluyor.*” ifadelerini kullanması ve

annelerin genel depresyon seviyelerinin yüksekliği (Deney grubu:  $2,12\pm 0,79$ ; Kontrol grubu:  $1,80\pm 0,46$ , Tablo 4.3) alışmamızda elde ettiğimiz bulguların literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir. Annelerin bakım yüklerinin babalardan daha fazla olması, sağlık hizmet sağlayıcılarca sosyal desteğin daha çok annelerin odağında olduğu müdahalelerin gerekliliğini göstermiştir. Günümüzde özellikle engelli çocuğu olan ailelere yönelik birçok müdahale ve uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Nitekim ülkemizde de bu kapsamda çalışmalar yapılmakta olup, alanyazın incelendiğinde bunun yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi'nin verdiği bilgilere göre; 2024 yılı için özel zihinsel özel gereksinimli bireylere yönelik Uygulamalı Davranış Analizi eğitimi hazırlanmış olup, 6 modülden oluşan eğitimin bir modülü ailelere yönelik olduğu, ayrıca bahsi geçen bireylere yönelik erken müdahale eğitimlerinin hazırlandığı ve 2024 yılı içinde ilgili sağlık personelinin erişimine açılacağı bildirilmiştir. Zihinsel özel gereksinimli bireylere hizmet veren acil sağlık çalışanlarına ve ağız diş sağlığı çalışanlarına yönelik de ayrı ayrı eğitim modülleri hazırlandığı belirtilmiştir (Ek 8). Bu da ülkemizde bahsedilen risk grubundaki annelere yönelik eğitimlerin varlığını bildirmekle beraber daha kapsamlı ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Merhamet başkalarının sorunlarına ve türlü sıkıntılarına duyarlı olma ve onları çözmek için girişimde bulunabilme durumudur. Başkalarının derdine çözüm ararken kendisini unutmamak, ayrıca kendisine de aynı durumu gösterebilmektir (136). Pozitif psikolojinin önemli bulduğu olumlu duygulardan biri merhamettir. Pozitif psikoloji perspektifinde ele alındığında; gelişmiş sosyal ilişkiler, mutluluk gibi pozitif durumlarla ilişkili olabildiği belirtilmiştir. Buna ilaveten fobi, anksiyete, öfke gibi bir takım negatif durumların meydana gelmesine karşı bir panzehir olarak da değerlendirilebileceği belirtilmiştir. Nitekim bunla ilgili MOT, düzeyi azaltılması planlanan öfke, depresyon, anksiyete gibi olumsuz durumların insanlarda olmasının normal karşılanması gereken; bu tür durumlardan kaçmak yerine olayı kabul etmek ve olumsuz duygu durum yaratan durumları azaltmaya veya yok etmeye yönelik girişimler içerir. Süreç içerisinde destekleyici, cesaret verici düşüncelerin ve duyguların tecrübe edilmesine odaklanması sağlanmaktadır. Bu alışmalar merhamet temelli uygulamalar ve egzersizler ile desteklenmektedir (15).

Asano ve Shimizu tarafından sunulan bir araştırmaya göre, MOT uygulamalarının bazı psikiyatrik bozukluğu teşhisi bulunan hastalarda kabul edilebilir ve uygun olduğu belirtilmiştir. MOT'un ayrıca majör depresif bozukluğu ve intihar

düşüncesi olan kadınlar üzerinde etkili olduğu, kadınların intihar düşüncesinden vazgeçip eski sosyal ilişkilerine döndüğü (137), anksiyete ve depresyon tedavisinde etkili olduğu (138) tespit edilmiştir.

Grup temelli MOT'un ve destekleyici merhamet eğitimlerinin verildiği Judge ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada, zihinsel sağlık problemleri olan katılımcıların kaygı, öz-eleştiri, depresyon, stres seviyelerinin düştüğü tespit edilmiştir (139). YİUMTEP oluşturulurken MOT uygulamalarından da yararlanılmıştır, merhamet temelli yaklaşımla uyarlanmış eğitimin MOT'un etkili olduğu yönlerle paralel yönde olumlu etki oluşturması, bulgularımızca bunların desteklenmesi MOT çalışmalarında elde edilmiş sonuçlarla örtüşmektedir. Avşaroğlu (2019), merhamet eğitiminin merhamet düzeyini etkileyip etkilemediğini araştırmış ve 8 hafta süren, bir oturumu ortalama 75 dakika olan, merhamet temelli bir eğitimi üniversite öğrencilerine uygulamıştır. Araştırma sonucunda merhamet temelli eğitim programının üniversite öğrencilerinin merhamet düzeylerini anlamlı bir şekilde arttırdığını tespit etmiştir (136).

Merhametin, bireylerde saldırganlık seviyelerini düşürdüğü, kişinin iyi oluş düzeylerini arttırdığı, stres, öfke gibi negatif duygu durumları azalttığı yapılan çalışmalarca tespit edilmiştir. Merhametin saldırganlık seviyesi üzerine etkisine yönelik Genç (2018), merhamet temelli bir eğitim ile beraber çocuklarda saldırganlık puanının anlamlı bir şekilde düşürdüğünü tespit etmiştir (140).

Merhamet temelli terapi, eğitim ve uygulamaların kişiyi rahatlatmaya, iyi hissetmeye, stres seviyesini azaltmaya yönelik olduğundan sadece klinik ortamlarda değil günlük yaşamda da bireylerin kullanabileceği bir metot olmasından dolayı kullanışlı olduğu söylenebilir. Bu tür eğitim ve uygulamaların taciz, zorbalık, ihmal ve istismar gibi olumsuz durumlara maruz kalan, kendinden aşırı utanan, aşırı öz eleştiri yapan bireylerde olumlu sonuç verdiği tespit edilmiştir. Duygu durum bozukluğu yaşayan bireylerin yanı sıra yeme içme güçlüğü yaşayan hastalarda da merhamet temelli eğitim ve uygulamaların uygun olduğu belirtilmiştir (141). Reisi ve diğerlerinin (2020) merhamet eğitiminin SP'li çocukların annelerindeki sosyal damgalanma ve stres toleransı üzerinde yaptıkları bir araştırmada, öz-merhamet eğitiminden sonra annelerde sosyal stigmatın azaldığı ve stres tolerans seviyesinin arttığı tespit edilmiştir. Annelere verilecek merhamet eğitiminin psikolojik destek anlamında etkili olabileceği önerilmiştir (142). Çalışmamızda merhamet düzeylerinin eğitimden sonra anlamlı bir fark oluşturduğu deney grubundaki annelerin daha önce yaşadıkları öfke patlamaları ve kontrolsüzlüklerinin azaldığı, engellilere yönelik olan tutumlarının değiştiğine yönelik

beyanlarına bakıldığında ve depresyon düzeylerindeki anlamlı düşüş ile karşılaştırıldığında, bulgularımızın literatürdeki merhamet temelli eğitimlerin sonuçlarla uyum gösterdiği görülmektedir.

Ruh sağlığına yönelik yapılan işlemler olumsuz duygu ve düşüncelerin azaltılması veya yok edilmesi ile beraber olumlu duygu ve düşüncelerin arttırılmasıdır. Buna karşın bazı bireylerde olumlu duygu ve düşüncelerden kaçma, onlardan korkma durumu meydana gelir. Merhamet kimi zaman kimi insanların çekindiği, varlığından korktuğu, kendinden uzaklaştırmak istediği bir duygu olabilmektedir. Merhamet korkusu denilen bu durumun meydana gelmesinin nedeni merhametin kişide yoksunluğu veya olmasından korkmasıdır. Bu korku yüzünden bireyin hem sağlığı hem de sosyal hayatı olumsuz etkilenmektedir. Merhamet korkusu; kaygı, depresyon, yeme bozukluğu, mutlu olma korkusu gibi sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Merhamet korkusunun kişide bulunmasının en önemli nedenlerinden biri olarak çocukluk döneminde kişinin yaşadığı travmalar, ebeveyn ile sağlıklı kurulamayan ilişki olarak belirtilmektedir (143).

Çalışmamızda merhamet korkusundan bahseden anneler, aynı şekilde uyku bozuklukları, kaygı ve stres durumlarını yaşadıklarını belirtmiş, beyanları nicel DÖ testinin alt boyutlarından duygu ve düşünceler ile duygu yitimi alt boyutları sonuçlarının alinyazındaki çalışma sonuçları ile uyum gösterdiği görülmektedir. Verilen merhamet temelli eğitim programıyla depresyon ve bahsedilen alt boyutlarının seviyelerinin düştüğü, dolayısıyla eğitimin etkili olduğu görülmektedir.

Merhamet, sadece kişinin kendisinde (144) değil kişinin çevresinde de bir iyi oluş hali göstermekte, sosyal bir iyileşmeye katkı sunmakta dolayısıyla aile içi huzurun artmasına katkıda bulunmaktadır. Yeni bir ebeveynlik tutumu olarak ele alınan merhametli ebeveynlik ile ilgili Nas (2023), ebeveynlik türlerini altı sınıfa ayırmıştır. Çocuğun eğitimi, yetiştirme farkındalığının kazandırılması, ailevi problemlerin sağlıklı bir şekilde çözülmesi üzerine eğitim ve programların incelediği araştırmasında; merhamet kavramının ebeveynlik tutumu dairinde işlenmesinin gerekliliğini düşünmüş, ebeveynin çocuğunun yaptığı hata, başarısızlık ve yetersizliklerine anlayış göstermesi, duruma çocuğunun gözüyle bakıp yorumlaması bağlamında merhametli ebeveynliği özetlemiştir. Merhametli ebeveynliğe giderken karşılaşılabilecek engellerden olan merhamet yorgunluğu ve merhamet korkusunun yenilebilmesi için öz-merhamet düzeylerinin yüksek olması gerektiğinden bahsetmiştir. Sonuç olarak bireylerde öz-merhamet geliştirebilecek eğitim ve uygulamaları önermiştir (145). Başka bir

çalışmada, şefkat ve farkındalık temelli ebeveyn uygulamalarının doğum sonrası dönemdeki bebek anne bağlanmasını arttırmasıyla birlikte güvenli ve sağlıklı bir ebeveynlik yeteneğine olumlu anlamda etkilediği tespit edilmiştir (146). Erdoğan (2018) tarafından sunulan evlilik doyumu ile merhamet arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, merhamet seviyesi yüksek olan evli bireylerin evlilik doyumu seviyelerinin de yüksek olduğu bulunmuş, kişilerin iyi oluş durumları ile öz-şefkat arasında olumlu yönde bir bağlantının olduğu bulunmuştur (147). Çalışmamızda, deney grubundaki annelerin aile ve çocuklarına bağları ile merhamet seviyelerinin arasındaki olumlu ilişki literatürü destekler durumdadır.

Pozitif psikolojiye yeni yeni konu olmasına rağmen merhametin din ile ilişkisi daha önce yapılan araştırmalarca açıklanmaya çalışılmıştır. Özcan (2022) çalışmasında, dine içsel bir bağlılıkla bağlanıp motive olan insanların daha merhametli olup olmadıkları ile ilgili soruya cevap aramıştır. Araştırmaya katılanların dini rehberlikleri ile beraber Allah'ın var olduğunu kuvvetli bir şekilde hissettiklerinden, O'na ibadetlerini yerine etme konusunda titiz davrandıklarını; dini yönelimleri ile öz anlayışları arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişkinin bulunduğu, dolayısıyla dini yönelim ile merhamet arasında döngüsel bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Sevgi temelli bir aile ortamında dinin de küçük dokunuşlar yaparak merhameti geliştirebileceği, dolayısıyla merhamet temelli eğitim programlarına dini içeriklerin entegre edilmesi önerilmiştir (148).

Çalışmamıza katılan deney grubundaki annelerin yüksek merhamet düzeylerinin niceliksel tespiti ile kendilerini Tanrı'ya yakın hissedip, dini hassasiyetlerinden ötürü merhametli olmaları gerektiğini belirten bulgular literatüre koştur olmaktadır. Ayrıca merhamet düzeyleri ile ilgili yapılan araştırmalarda kadınların merhamet ile depresyon ve stres düzeyleri incelendiğinde kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü merhamet düzeyi arttıkça depresyon seviyesinin ise düştüğü (149), bakım yükleri ve merhamet yorgunluğu incelendiğinde annelerin bakım yüklerinin fazla olduğu (150) tespit edilmiştir. Çalışmamızda, katılım gösteren annelerin merhamet düzeyleri ve depresyon seviyeleri yüksekti. Çalışma sonunda merhamet düzeyinin artması bunla birlikte depresyon seviyelerinin de artması alanyazını destekler mahiyette olup, merhamet seviyelerinin çalışmanın başında da yüksek olması dini ritüel ve düşüncelere yakınlıklarından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Depresyon, günümüzde çeşitli nedenlerden ötürü herkeste görülebilen bir duygudurum bozukluğudur. Bireyin fizyolojik durumu, yaşam şartları, kendisine ve

başkalarına bakmadaki yükü depresyon seviyesi üzerinde etkilidir. Bireyin hayat kalitesini olumsuz etkileyen bu durumun azaltılması veya yok edilmesi için çeşitli müdahaleler mevcuttur. Etkili bir müdahalenin seçimi için depresyon nedeninin iyi açıklanması gerekir. Literatürde müdahale yöntemleri ve koruyucu etmenlerin çeşitleri vardır. Bu müdahale yöntemlerinden biri merhamet temelli eğitim ve uygulamaların olabileceği ile ilgili çalışmalar vardır. Kim ve diğerleri (2024), merhamet eğitiminin şiddetli depresyon vakalarında kalp atımı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Aynı araştırmada merhamet odaklı pratiğin şiddetli bir seyir gösteren depresyon üzerinde fizyolojik olarak başarılı bir etkide bulunması hedeflenmiştir. Parasempatik sinir sistemi aktivitesinde bir marker olan kalp atım değişkenliği (HRV), zihinsel ve fiziksel iyi olma durumunun güçlü bir öngöstergesidir. Genellikle otonom sinir sisteminin uyum yeteneğinin azalması, kalp ile ilgili hastalıkların riskleri ile ilişkilendirilip, mental olarak stresin artması demek olan düşük HRV, ideal aralıklarına getirilerek veya yükseltilerek hastada mevcut stresin azaltılması, dolayısıyla depresyon seviyesinin düşürülmesi hedeflenmiştir. Çalışma sonunda merhamet temelli uygulamanın HRV'yi arttırdığı, dolayısıyla depresyon üzerinde pozitif yönde etkili olduğu tespit edilmiştir (151). Amerika Birleşik Devletleri'nde 729 yetişkin deneyin alındığı Larsen ve diğerleri (2024) tarafından yürütülen çalışmada, depresyonun bir nedeni olarak görülen çocukluk yaşı travmalarından etkilenmiş Amerikan yerlilerinin, ileri yaşlarda depresyon ve anksiyeteden korunmasında öz şefkatin koruyucu bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı amerikan yerlilerinin çocukluk travmalarının yarattığı psikolojik sorunların üstesinden gelmede öz-şefkatin kendilerinde koruyucu bir etkisinin olduğu, travmanın etkisini minimize ettiği tespit edilmiştir (152).

Merhamet terapisinin, yaşlı bireylerde çok görülen depresyon ve intihar düşüncesinin üzerindeki etkisini inceleyen Agha-abbasi ve diğerleri (2024), merhamet terapisi uygulanan grupta hem psikolojik dayanıklılıkta artış hem de intihar düşüncelerinde azalma olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırma bulguları şefkat terapisinin yaşlı bireylerde depresyon ile ilişkili psikolojik sorunları azaltmak için etkili bir yöntem olabileceğini vurgulamaktadır (153). Dikkatli depresyon tedavisi veya depresyon farkındalığı tedavisi, depresyonun belirtilerini azaltmak için farkındalık öğretilerini kullanan bir tedavi çeşididir. Buxton ve diğerleri (2024) çalışmalarında bu tedaviyi uygularken öz-merhametin kritik bir rol aldığı vurgulamış, süreç içerisinde depresif belirtilerin değişmesinde aracılık ettiğini belirtmişlerdir (154).

Pyszkowska ve diğerlerinin (2024) yaptığı bir çalışma, depresyon tanısı alan bireylerin, zaman perspektifinde dengeli bir bakış açısından daha fazla sapma gösterdiğini, bilişsel kaynaşma düzeylerinin yüksek ve öz şefkat düzeylerinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Zaman perspektifindeki sapmaların geçmişe, bugüne ve geleceğe karşı sert, negatif önyargılı bir bakış açısını gösterdiği ve ruhsal sağlık sorunlarıyla bağlantılı olduğu; öz şefkatın depresyona karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir (155). Paralikas ve diğerlerinin (2024) Yunanistan'da sağlık çalışanları arasında empati, öz-merhamet ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin inceledikleri araştırmada; empatinin, hasta ile sağlık çalışanı arasında terapötik ilişkinin yaratılmasında ve sağlık çalışanının öz merhamet düzeyinin artmasında önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır. Sağlık hizmet sağlayıcıları arasında artan öz-merhamet düzeyleri ve ileri yaş, daha düşük depresyon düzeylerine karşılık gelebileceği belirtilmiştir (156).

Alanyazın incelendiğinde depresyon seviyesinin düşürülmesinde merhamet odaklı yaklaşımların etkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda katılım gösteren deney grubu annelerinin merhamet seviyesinin nicel testlerce anlamlı fark göstermesi ile depresyon seviyelerinin düşmesi literatürü destekler durumdadır. Merhamet ayrıca sosyokültürel olarak da birey ve topluma olumlu etkide bulunabilir. Chuang ve diğerleri (2024) Tayvan'ın Kaohsiung yerleşim yerindeki topluluk sakinlerinin merhamet, direnç ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma, katılımcıların öz merhamet, direnç, depresyon belirtileri, yaşam memnuniyeti ve olumlu ruh sağlığı seviyelerini ölçen anketlere yanıt vermesiyle gerçekleştirilmiştir. Öz merhamet ve direnç bileşenlerinin olumlu ruh sağlığını desteklediğini ve toplum sakinlerinin refahını artırmak için meslektaşlara müdahale olanakları sunduğunu göstermiştir (157).

İdris ve Mahfar (2024), üniversite öğrencileri arasında intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme ile depresyon ve öz-merhamet arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda, zarar verme davranışı ile öz-merhamet arasında negatif, zarar verme davranışıyla depresyon düzeyi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır (158). Tran ve diğerleri (2024) tarafından yapılan araştırma sonucunda, Covid-19 pandemisi zamanında artan depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin azaltılmasında farkındalık uygulamalarının öz merhamet ve psikolojik refahlarını arttırdığını; depresyon, kaygı ve stres seviyelerini düşürdüğünü tespit etmiştir. Depresyon ve anksiyete ile mücadelede farkındalık tabanlı müdahalelerin kullanılması ayrıca önerilmiştir (159). Yang ve diğerlerinin (2024) yaptığı bir çalışmada, ilişkilerde bireyin her zaman reddedilme,

terkedilme korkusu olarak bilinen kaygılı bağlanma kaygısı ve kaçınmanın negatif öz-merhamet yüksekliği ve pozitif öz-merhametin düşüklüğü doğrultusunda depresif semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bağlanma kaygısı, öncelikle düşük öz-merhametin mediyatörlüğünde depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (160). Çalışmalar depresyonun sadece bireysel değil sosyal boyutunun da olduğunu göstermekte, bu toplumsallaşan sorunun çözümünde merhamet temelli yaklaşımların pozitif yönde etkili olduğunu saptamaktadır. Çalışmamızda deney grubundaki annelerin merhamet temelli eğitimden sonra depresyon seviyelerinin pozitif yönde anlamlı bir fark oluşturması alanyazındaki çalışmaları destekler durumdadır.

Bireylerin bakım yüklerini üstlendikleri hastalarının varlığı bireylerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkilidir. Bakım yükünü daha çok üstlendiklerinden dolayı özellikle engelli çocuğu olan anneler bu risk grubunun başlarında gelmektedir. Softa (2013), zihinsel veya fiziksel engeli bulunan bir çocuğa sahip anne ve babaların orta düzeyde depresif belirtiler gösterdiğini saptamıştır. Depresif belirtilerin ebeveynlerin çalışıp çalışmama durumları, kadın – erkek cinsiyetinde olmaları durumlarına göre seviyelerinin değiştiğini tespit etmiştir (161). Yapılan bazı çalışmalarda engelli çocuğu olan ebeveynlerin depresyon belirtileri hafif (162) bulunurken; çalışmaların çoğunda depresyon seviyelerinin ağır ve annelerin babalara göre daha ağır seviyede belirtiler verdikleri tespit edilmiştir (163-167). Çalışmamızın nitel çözümlemesinde, katılım gösteren anneler hasta çocukların bakımlarını daha çok kendilerinin üstlendikleri, çocukların bakımlarını üstlenmede babaların yetersiz davrandıklarını, bu konuda kendilerini daha yalnız hissettikleri belirtilmişlerdir. Nicel değerlendirme aşamasında DÖ ortalamalarının yüksek, bir başka deyişle ağır depresyon belirtilerine sahip oldukları anlaşılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgular alanyazıyla tutarlılık göstermektedir.

Merhamet düzeyinin yükselmesi depresyon seviyesinin azaltılmasında etkili olduğundan, merhamet temelli uygulamalarda din, farkındalık, öz-şefkat gibi konuların depresyon seviyesini azalttığı yapılan araştırmalarca gösterilmiştir. Dinin depresyon üzerinde olumlu bir etkisinin olmasına karşın tam tersi din yüzünden anksiyete, kaygı, depresyon gibi psikolojik olumsuz durumların meydana gelmesi de olasıdır. Depresyon üzerindeki olumlu tarafı için, dini ritüellerin bireyi rahatlatması, gevşetmesi gösterilirken; olumsuz tarafı için ise koşulsuz itaat, Tanrı'dan ve cezalandırılma korkusunun bireyde kaygı, anksiyete ve depresyona meyilim gösterebileceği belirtilmiştir (168). Ayrıca, öz-merhamet temelli bir eğitimin, farkındalık temelli bilişsel

terapilerin annelerin ruhsal durumları üzerinde olumlu yönde etkili olduğu, annelerin depresyon düzeylerini düşürdüğü çalışmalarca tespit edilmiştir (169, 170).

Bireyin zor zamanlarında başlarına gelen felaket veya problemlerin üstesinden gelebilme, kendisini toparlayabilme yeteneği olan psikolojik dayanıklılığın gelişimi için stresörlerle karşılaşılması gerekmektedir. Karşılaşılan stresörler ile baş etmek için bunların bireyde yaratabileceği risk faktörleri belirlenmeli, daha sonra risk faktörlerinin ortadan kaldırılması için koruyucu tedbirlerin alınması gerekmektedir. Psikolojik dayanıklılığın artırılması ile beraber bireyin iş ve yaşam doyum düzeyinin arttığı, duygusal tükenmenin azaldığı belirtilmiştir (171).

Alanyazında engelli çocuğu olan annelerin güçlendirilmesini amaçlayan çalışmaların çok fazla olmadığı görülmektedir. Söz konusu annelere yönelik desteklenmesiyle beraber psikolojik dayanıklılıklarının da arttırılabileceğini hipotezleyen Çulhacık (2020); içerisinde sanat etkinliklerini ihtiva eden uygulamaların yapıldığı deney grubundaki annelerin psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı bir pozitif yönde farklılık gösterdiğini saptamıştır. Uygulama sonucunda annelerin psikolojik dayanıklılığının yanı sıra yaşam doyumları, sağlık düzeylerinin arttığı ve anneler tarafından algılanan bakım yüklerinin ise düştüğünü tespit etmiştir (172).

Kındıroğlu (2018), ebeveynlerin iyi oluş ve psikolojik dayanıklılıkları ile çocukların sosyal yetkinlik ve davranışları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Başka bir deyişle ebeveynin psikolojik dayanıklılığının artması ile çocuğunun sosyal yetkinliği ve davranışları arasında olumlu seyreden anlamlı bir ilişki bulunmuştur (173). SP'li çocuklara sahip ebeveynler onlarla ilgilenirken çok fazla fiziksel ve mental tepkilerle başa çıkarken stresli olabilmekteler. Ailelerin bu stres ve baskılayıcı unsurlarla başa çıkarken farklı uyum stratejileri olabilmektedir. Bu farklılıklar en çok kentsel ve kırsal kesimlerde yaşayan ailelerde olduğu görülmektedir. Ayrıca çocuğun durumun ciddiyetine göre de bu farklı stratejiler benimsenmektedir. Bundan dolayı ebeveynlerin başa çıkma stratejilerinin tanınması, gelişimsel engelli çocuğa sahip ailelerde aile uyumunu kolaylaştırmayı hedefleyen terapötik müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemlidir (174).

Çalışmamızda depresyon gibi olumsuz durumların seviyesinin düşürülmesi ile beraber psikolojik dayanıklılık seviyesi gibi olumlu durumların arttırılması hedeflenmişti. Araştırmamıza katılım gösteren deney grubundaki annelerin grup içi karşılaştırmasında psikolojik dayanıklılık testleri arasında pozitif yönde artış olmasına karşın bu artışın anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edildi. Artışın anlamlı bir fark

oluşturmama sebebinin de annelerde var olan psikolojik dayanıklılıklarının ortalamanın üzerinde olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Depresif bir duygudurumuna sahip olmalarına karşın annelerin psikolojik dayanıklılıkların düşük olması beklenirken, psikolojik dayanıklılıklarının ilk testlerde yüksek olmasının tespiti annelerin farklı özelliklerinin olduğunu düşündürdü. Merhamet ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişkinin araştırıldığı araştırmalarda hem merhamet ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit eden çalışmalar olduğu gibi, aralarında herhangi bir ilişkinin tespit edilmediği çalışmalar da mevcuttur. Nitekim, merhamet ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişkiyi inceleyen Çetin ve Anuk (2023), erkek öğrencilerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olmasına karşın kız öğrencilerin merhamet duygularının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmaya göre merhamet ile psikolojik dayanıklılık arasında bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir (175). Musa (2022); otizmlili çocukları olan ebeveynlerin merhamet düzeyleri ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Örneklemi çocukları özel rehabilitasyon merkezinden hizmet alan 301 ebeveynlerden oluşan çalışmasının sonucuna göre; ebeveynlerin merhamet ile psikolojik sağlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Çalışmaya katılım gösteren kadınların erkeklerden daha fazla merhamet düzeyine sahip oldukları, çocuk yaşının küçük olmasının merhamet seviyesini arttırdığı, çalışanların çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek bir merhamet seviyesinde olduklarını saptamıştır (176). Durgut (2021) tarafından yürütülen araştırmada, kanser hastası çocuğu olan anneler ile sağlıklı çocukları olan anneleri psikolojik dayanıklılık ve depresyon seviyeleri incelendiğinde; kanser hastası çocuğu olan annelerin psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (177). Bu da depresyon seviyeleri ile psikolojik dayanıklılık seviyelerinin aynı yönde seyir gösterdiğini belirtmektedir.

Araştırmamıza katılan annelerin neden ortalama seviyenin üzerinde psikolojik dayanıklılık ile yüksek seviyede depresif belirtilerini taşıdıklarına dair düşünüldüğünde akla gelen özelliklerden bir tanesi dine bakış açısı ve dinsel merhamet tanımı olduğu yönünde oldu. Annelere göre “Tanrı bize iyi olmayı emrettiği için iyi davranmalıyız” iken, “bir anne intiharın bazen aklına geldiğini fakat dini inancına göre bunun yasak olmasından kaynaklı gerçekleştirmediğini” belirtmiştir. Alanyazında, dini tutumun psikolojik dayanıklılık ve depresyon arasındaki ilişkisini inceleyen Cengiz ve Sağır (2023), dini tutum ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif; dini tutum ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir (178). Erdoğan (2015), sevgi

yönelimli Tanrı algısının, dini içsel yönelimin ve öznel dindarlık seviyesinin psikolojik dayanıklılık ile pozitif bir ilişki kurduğunu saptamıştır (179). SP'li çocuğu olan ebeveynlerin psikolojik dayanıklılıklarını ele alan Dewarna ve Abdullah (2019); dayanıklılıklarında destekleyici unsurlar olarak öğrenme, samimiyet, aile ve çevre desteği, dini inançlar ve Tanrıya yakınlık hissetmek olduğunu belirtmişlerdir (180). Bu da çalışmamızdaki annelerin yaşama olan bakış perspektiflerinden dolayı yüksek seviyede depresif belirti göstermelerine rağmen psikolojik dayanıklılıklarını ortalamanın üzerinde tuttuğunu göstermektedir.

Psikolojik dayanıklılık bireylerin iyi oluşları ile pozitif yönde ilişkilidir. Dursun (2022) tarafından özel eğitime ihtiyaç duyan çocukların ailelerine yönelik yapılan çalışmada, ailelerin psikolojik dayanıklılık ve iyi oluş seviyeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu düzeyler gelir-gider memnuniyet düzeyine, çocuğun özel ihtiyaç durumuna göre farklılaştığını belirtmiştir (181). Bahsedilen iyi oluş ve psikolojik dayanıklılıkların yükseltilmesi müdahaleler ile mümkündür. Nitekim bu müdahalelerden biri eğitimler olup, yapılan araştırmalarda merhamet temelli eğitim programları ve uygulamaların psikolojik dayanıklılık seviyelerini arttırdığını göstermektedir. Rekreatif egzersizlere dayalı bir psikoeğitim programının otistik çocukların annelerinin öznel mutluluk ve psikolojik dayanıklılıklarına etkisini inceleyen Çakırlar (2016), 8 haftalık eğitim programından sonra annelerin psikolojik dayanıklılıklarının ve öznel mutluluk düzeylerinde olumlu yönde anlamlı bir fark tespit etmiştir. Eğitimin sadece otizmli bireylere sahip annelere değil toplumun diğer kesimlerine de uygulanabileceğini önermiştir (109).

Kurt ve diğerleri (2021) pandemi sürecinde psikodrama grup terapilerinin depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini incelemişlerdir. Araştırmanın içerik analiz sonuçlarına göre empati, iyilik halinde artış ve farkındalık temalarının psikolojik dayanıklılık seviyesinin geliştirilmesinde etkisinin olduğu bulunmuştur (182). Çalışmamıza katılım gösteren deney grubu anneler, drama gibi etkinliklerin kendilerini sosyal ortama açmada etkili olduğunu belirtmiş, daha iyi hissettirdiklerini ve daha rahat davrandıklarını belirterek çalışmamızın alanyazındaki çalışma sonuçları ile aynı doğrultuda sonuç verdiğini göstermektedir.

Alt hipotezler değerlendirildiğinde; H1 alt hipotezinin niceliksel ve niteliksel olarak kabul edildiğinin, H2 alt hipotezinin niteliksel ve niceliksel olarak kabul edildiğinin, H3 hipotezinin ise niceliksel olarak kabul edilemediği, nitel değerlendirmede hipotezin desteklendiği dolayısıyla hipotezin kısmen kabul edildiği

görülmektedir. Dolayısıyla total bir değerlendirme yapıldığında YİUMTEP'in SP'li hastaların annelerinin merhamet ve depresyon üzerinde etkili olduğu, psikolojik dayanıklılıkları üzerinde ise kısmen etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde, elde edilen bulgular ışığında sonuç, tartışma ve önerilere yer verilmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

SP'li çocukların annelerine uygulanan merhamet temelli eğitim programının merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada bulunan sonuçlar şı şekildedir;

- ✓ Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki annelerin genel merhamet düzeylerinin yüksek olduğu,
- ✓ Araştırmanın deneysel uygulama sonunda deney grubunun genel merhamet düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir farkın olduğu, kontrol grubunda ise anlamlı bir farkın olmadığı,
- ✓ Deneysel uygulama sonunda merhametin alt boyutlarından davranışsal merhametin deney grubunda pozitif yönde anlamlı bir farkın olduğu, kontrol grubunda anlamlı bir farkın olmadığı,
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki annelerin genel depresyon seviyelerinin yüksek olduğu,
- ✓ Deney grubundaki annelerin deneysel uygulama sonunda genel depresyon seviyelerinin anlamlı bir farkla düştüğü, bu farkın izlem testinde de devam ettiği, kontrol grubunda anlamlı bir farkın olmadığı,
- ✓ Depresyonun alt boyutlarından olan aktiviteler ve kişisel ilişkiler alt boyutunun deney grubunda deneysel uygulamalar sonunda anlamlı bir fark ile düştüğü, bu farkın izlem testinde de devam ettiği; kontrol grubunda anlamlı bir farkın olmadığı,
- ✓ Depresyonun alt boyutlarından duygu ve düşünceler alt boyutunun deney grubunda deneysel uygulamalar sonunda anlamlı bir fark ile düştüğü, kontrol grubunda anlamlı bir farkın olmadığı,

- ✓ Depresyonun alt boyutlarından duygu yitimi alt boyutunun deney grubunda izlem sürecinde anlamlı bir farkla düştüğü, kontrol grubunda anlamlı bir farkın olmadığı,
- ✓ Deney ve kontrol grubundaki annelerin psikolojik dayanıklılık seviyelerinin YPDÖ genel ortalamasının üzerinde olduğu,

## 6.2. Öneriler

- ✓ Bu araştırmanın evrenini Muş ili merkez ilçesindeki rehabilitasyon merkezlerinde kaydı olan SP'li çocukların anneleri oluşturmuştur. Araştırmada engelli bireylerin bakım yükünü üstlenenlerin depresyon seviyelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Muş ilinde zihinsel fiziksel engelli çocukların ebeveynlerine yönelik benzer araştırmalar yapılabilir.
- ✓ Bu araştırmanın deney ve kontrol grubunu SP'li çocukların anneleri oluşturmaktadır. Araştırmada babaların bakım yüklerinin annelere kıyasla az olduğu, annelerin bundan hoşnut olmadığı tespit edilmiştir. Yapılacak araştırmalarda, SP'li çocuğa sahip babaların da araştırmalara dahil edilmesi, bakım yükleri ile ilgili farkındalığına yönelik nitel veya nicel araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- ✓ Bu araştırmada SP'li çocukların annelerinin merhamet düzeyi YİUMTEP ile artırılabilirliği tespit edilmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı ve Aile Sosyal Hizmetler Bakanlıklarının üretecekleri projelerde ebeveynlere yönelik merhamet temelli eğitim uygulamalarına yönelik projelere yer verilmesi önerilmektedir.
- ✓ Bu araştırmada, SP'li çocuklara sahip bazı annelerin YİUMTEP'e dahil olmak istemelerine rağmen ulaşım, maliyet (zaman) ve kültürel farklılıklardan (ataerkillik) gibi nedenlerden katılamadığı tespit edilmiştir. Söz konusu eğitimlerin erişilebilir olması için Milli Eğitim Bakanlığı tarafından desteklenmesi, ilgili eğitimlerin okullarda yetkin kişilerce verilmesi önem arz etmektedir. Bu bakımdan YİUMTEP ve benzeri eğitimlere yönelik projelerin desteklenmesi önerilmektedir.
- ✓ Bu araştırmada, çalışmaya katılan SP'li çocuğa sahip annelerin dini hassasiyetlerinin yüksek olduğu, merhametli olmayı dini bir emir olarak aldıkları için merhamet düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu gruba yönelik Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından merhamet odaklı eğitimleri kapsayacak projelerin hayata geçirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

- ✓ Bu araştırmaya 20 SP'li çocuğa sahip anne katılmıştır. YİUMTEP gibi merhamet odaklı uygulamaların daha fazla engelli çocuğa sahip ebeveyne uygulanabilmesi için hem sivil toplum kuruluşlarında hem de üniversitelerde programların geliştirilmesi önerilmektedir.
- ✓ Bu araştırma karma yöntem kullanılarak yapılmıştır. SP'li çocukların ve diğer engelli çocukların annelerinin sorunlarının belirlenebilmesi için nitel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

### **6.3. Sınırlılıklar**

- ✓ Bu araştırma SP'li çocuklara sahip anneleri ile sınırlıdır.
- ✓ Araştırma Muş ili Merkez ilçesindeki rehabilitasyon merkezine kayıtlı SP'li çocuklara sahip anneler ile sınırlıdır.
- ✓ Bu araştırma 1 ağustos 2023 - 1 mart 2024 tarihlerini kapsamaktadır.
- ✓ Bu araştırma Muş ili Merkez ilçesindeki rehabilitasyon merkezlerine kayıtlı 20 SP'li çocuğun anneleri ile sınırlıdır.
- ✓ Bu araştırma, araştırmaya katılan SP'li çocuğa sahip annelerinden elde edilen bulgularla sınırlıdır.

## KAYNAKÇA

1. Reddihough, D. S., & Collins, K. J. (2003). The epidemiology and causes of cerebral palsy. *Australian Journal of physiotherapy*, 49(1), 7-12.
2. Dilsiz H. (2019). *Serebral palsili çocukların ebeveynlerine uygulanan aile eğitimi programının aile işlevleri, yılmazlık ve umutsuzluk üzerindeki etkisinin incelenmesi* [Doktora tezi]. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi: Hacettepe Üniversitesi
3. Panteliadis, C. (2015). *Serebral palsi, multidisipliner yaklaşım*. Ankara: Pelikan Kitabevi.
4. Doğan, H. (2014). *Serebralpalsili çocuklar ve eğitimleri*. Ankara: Eğiten Kitap. 2014.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (2022). Doğum İstatistikleri, 2021. (45547):1-6.
6. Karaçay SDA. (2022). *Ankara Şehir Hastanesine Başvuran Serebral Palsili Çocuklarına Bakım Veren Annelerde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık tezi). Aile Hekimliği Anabilim Dalı: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
7. Öztürk MO & Uluşahin A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
8. Özder A, & Kayalı Y. (2018). *Depresyon (Çökkünlük)*. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 9(3):173-8.
9. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russell D, et al.(2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6):e626-e36.
10. Aydın Ş. (2016). *Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*. [Yüksek lisans tezi ]. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı: Üsküdar Üniversitesi.
11. Yıldırım, M, Düken Me, Yeliz S, Yayan Eh. (2020). Serebral palsili çocuğa sahip anne ve babaların bakım yüklerinin karşılaştırılması. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(2):130-5.
12. İnekçi, R. (2018). *Serebral Palsi'li çocuğa sahip annelerin annelik algısı* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.
13. Aşan, G. (2021). *Serebral Palsili çocuğa sahip annelerin psikiyatrik semptom düzeyi ve aile yükü* [Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi]. Hemşirelik Anabilim Dalı.

14. Nas, E. (2021). *Merhamet temelli eğitim programının ortaokul öğrencilerinin merhamet düzeylerine ve yaşam doyumlarına etkisinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi]. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı.
15. Nas E, & Sak R. (2020). Merhamet ve merhamet odaklı terapi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18 (1), 64-84.
16. Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivis A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*. 84(3):239-55.
17. Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11):1433-41.
18. Stewart, M, Reid G, & Mangham C. (1997). Fostering children's resilience. *Journal of pediatric nursing*. 12(1):21-31.
19. Karacaoğlu, K. & Köktaş, G.(2016). Psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi olma ilişkisinde iyimserliğin aracı rolü: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*. 3(2):119-27.
20. Aydın, A. & Egin, C.T.A. (2018). Zihin engelli, serebral palsili ve otizmlili çocuk ebeveynlerinin psikolojik dayanıklılıkları ile ebeveynlik algılarının karşılaştırılması. *Ondokuz Mayıs University Journal of Education Faculty*, 37(1):171-88.
21. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 47(8):571-6.
22. Krigger, K. W. (2006). Cerebral palsy: an overview. *American family physician*, 73(1), 91-100.
23. Vitrikas, K., Dalton, H., & Breish, D. (2020). Cerebral palsy: an overview. *American family physician*, 101(4), 213-220.
24. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
25. Yavuz, B., & Çimen, S. (2007). Serebral palsili çocukların öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1).

26. Çalışır, H., Karabudak, S. S., Karataş, P., Tosun, A. F., & Meşalan, İ. (2018). Serebral palsili çocuğu olan annelerin aile yükü ve umutsuzluk düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 147-156.
27. Karahan, A. Y., & İslam, S. (2013). Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 3(5).
28. Türe, E., Yazar, A., Akın, F., & Aydın, A. (2018). Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi evaluation of caregiving burden in caregivers of children with chronic illness. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 46-53.
29. Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P., Çürük, G. N. Ç., Nemli, A., & Karaca, H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım yükü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 49-61.
30. Erdem, E., Korkmaz, Z., Tosun, Ö., Avcı, Ö., Uslu, N., & Bayat, M. (2013). Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım yükü. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(2), 150-157.
31. Çalışkan, Z., & Bayat, M. (2016). Zihinsel yetersizliği olan çocukların annelerinde eğitim ve grup etkileşiminin aile yükü ve aile desteğine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 214.
32. Beyazıt, U. (2017). Hastanede tedavi gören çocukların ebeveynlerinde bakım verme yükünün incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 10-19.
33. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
34. Addiss, D. G., Richards, A., Adiabu, S., Horwath, E., Leruth, S., Graham, A. L., & Buesseler, H. (2022). Epidemiology of compassion: A literature review. *Frontiers in Psychology*, 13, 992705.
35. Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Robinson.
36. Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current biology*, 24(18), R875-R878.
37. Snow, N. E. (1991). Compassion. *American philosophical quarterly*, 28(3), 195-205.

38. Crisp, R. (2008). Compassion and beyond. *Ethical Theory and Moral Practice, 11*, 233-246.
39. Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2024) [Available from: <https://sozluk.gov.tr/>. (Erişim Tarihi: 08.06.2024).
40. Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review, 47*, 15-27.
41. Atalay, Z. (2019). *Şefkat: Zorlayıcı duygu ve durumlarla yaşayabilme sanatı*. İstanbul: İnkılap Yayınevi.
42. Nişancı, A., & Bilgiz, M. (2023). Erdemli Bir Topluma Ulaşmada Merhamet ve Eğitimine Dair. *Antakiyat, 6*(1), 31-55.
43. Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin, 136*(3), 351.
44. Hoffman, M. L. (1981). Is altruism part of human nature?. *Journal of Personality and social Psychology, 40*(1), 121.
45. Wispé, L. (1991). *The psychology of sympathy*. Springer Science & Business Media.
46. Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85-101.
47. Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness, 6*, 444-454.
48. Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological. *The Oxford handbook of compassion science, 371-383*.
49. Stoewen, D. L. (2020). Moving from compassion fatigue to compassion resilience Part 4: Signs and consequences of compassion fatigue. *The Canadian Veterinary Journal, 61*(11), 1207.
50. Dikmen, Y., & Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?. *Journal of human rhythm, 2*(1).
51. Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing, 14*(5).

52. Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of health psychology, 14*(2), 267-277.
53. Nas, E. (2022). *Çocuk ve ergenler için merhamet temelli eğitim programı*. Duvar Yayınları, 1-90 p.
54. Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of happiness studies, 14*, 1113-1126.
55. Lök, N., & Bademli, K. (2017). Yetişkin bireylerde fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkisinin belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14*(40), 101-110.
56. Yalçın, H., Çakır, A., & Öztüren, S. (2024). Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Anne ve Babaların Depresyon Durumu ile İlgili Yapılan Araştırmaların İncelenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 14*(1), 1-8.
57. Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam, 17*(1), 27-33.
58. Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri, 11*(3), 3-18.
59. Taşkın, D.(2020). Depresyon nedir? <https://www.damlataskin.com.tr/wp-content/uploads/2020/07/Depresyon-Nedir.pdf> (Erişim tarihi: 08.06.2024)
60. Kardaş, A. (2024). *Birinci basamağa başvuran 18 yaş üzeri hastalarda metabolik sendrom ve depresyon ilişkisi* (Uzmanlık tezi). Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
61. Kurular, D. (2024). *Memede kitle nedeniyle ameliyat olan hastalarda depresyon ve anksiyeteye etki eden faktörlerin değerlendirilmesi* (Uzmanlık tezi). Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
62. Örsel, S. (2004). Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri, 4*, 17-24.
63. Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*(1), 209-236.
64. Duru, H. A., & Yılmaz, M. (2023). Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 16*(1), 131-146.

65. Başoğul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
66. Hariri, A. G., & Ceylan, M. E. (2003). Depresyonda ilaç tedavisi: Özgül serotonin gerialım engelleyicileri. *Duygudurum dizisi*, 7, 339-345.
67. Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2007). Elektrokonvülsif Tedavi. *Psikiyatri Temel Kitabı içinde*, 713-725.
68. Alpay, N., Karşıdağ., , Kükürt, R. (2005). Transkranyal manyetik stimlasyon (TMS). *Düşünen Adam*. 18(3):136-48.
69. Çiftçi, H., Yıldız, E., & Mercanlıgil, S. M. (2008). Depresyon ve beslenme tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(3), 369-377.
70. Vella, S. L. C., & Pai, N. B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239.
71. Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). Psychological resilience. *London: Overseas Development Institute*, 3-27.
72. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
73. Rambod, M., Hamidizadeh, S., Bazrafshan, M. R., & Parviniannasab, A. M. (2023). Risk and protective factors for resilience among adolescents and young adults with beta-thalassemia major. *BMC psychology*, 11(1), 231.
74. Reid, R. (2016). Psychological resilience. *Medico-Legal Journal*, 84(4), 172-184.
75. Smeeth, D., Beck, S., Karam, E. G., & Pluess, M. (2021). The role of epigenetics in psychological resilience. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 620-629.
76. Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological resilience: an affect-regulation framework. *Annual review of psychology*, 74(1), 547-576.
77. Psychology ADo. Resilience (2024). [Available from: <https://www.apa.org/topics/resilience>].
78. Denckla, C. A., Cicchetti, D., Kubzansky, L. D., Seedat, S., Teicher, M. H., Williams, D. R., & Koenen, K. C. (2020). Psychological resilience: An update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1822064.

79. Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, *91*(4), 730.
80. Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, *72*(6), 1161-1190.
81. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, *42*(1), 168.
82. Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, *54*(2), 245-266.
83. Eshel, Y., Kimhi, S., Lahad, M., Leykin, D., & Goroshit, M. (2018). Risk factors as major determinants of resilience: A replication study. *Community Mental Health Journal*, *54*(8), 1228-1238.
84. Dias, P. C., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicologia Educativa*, *23*(1), 37-43.
85. Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., et al. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*, *1*(11), 784-790.
86. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 25338.
87. Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. S. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 115-132). Cambridge University Press.
88. Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, *21*(6), 33-39.
89. Rizzi, D., Ciuffo, G., Landoni, M., Mangiagalli, M., & Ionio, C. (2023). Psychological and environmental factors influencing resilience among Ukrainian refugees and internally displaced persons: A systematic review of coping strategies and risk and protective factors. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1266125.
90. Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(3), 262-270.

91. Harvey, J., & Delfabbro, P. H. (2004). Psychological resilience in disadvantaged youth: A critical overview. *Australian Psychologist*, 39(1), 3-13.
92. McManama O'Brien, K. H., Rowan, M., Willoughby, K., Griffith, K., & Christino, M. A. (2021). Psychological resilience in young female athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8668.
93. Irmak, Z., & Piyal, B. (2023). Savaş ve silahlı çatışmalarda çocuk sağlığı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(4), 689-695.
94. Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J., & Grady, C. (2004). What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *Journal of Infectious Diseases*, 189(5), 930-937.
95. Ergün, Y. (2022). Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi: Türk Mevzuatı Çerçevesinde Bir Değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(3), 160-185.
96. Baki, A., & Gökçek, T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Electronic Journal of Social Sciences*, 11(42).
97. Çakır, A. A., & Türkeş, S. (2021). Bilimsel çalışmalarda karma yöntem nasıl kullanılır? *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2021(42), 1-15.
98. Creswell, J., & Plano Clark, V. (2014). *Karma yöntem araştırmaları: Tasarımı ve yürütülmesi* (2nd ed., Y. Dede & S. B. Demir, Trans.). Ankara: Anı Yayıncılık.
99. Şener, Ü. (2011). *Kadın çalışmalarında sosyal etki analizi*. Ankara: Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.
100. Mason, J. (2006). Mixing methods in a qualitatively driven way. *Qualitative Research*, 6(1), 9-25.
101. Yıldırım, A., & Simsek, H. (1999). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (11. baskı: 1999-2018).
102. Karataş, Z. (2015). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 62-80.
103. Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274.

104. Giannakaki, M.-S. (2005). Using mixed-methods to examine teachers' attitudes to educational change: The case of the skills for life strategy for improving adult literacy and numeracy skills in England. *Educational Research and Evaluation, 11*(4), 323-348.
105. Uslu, F., & Demir, E. (2023). Nitel bir veri toplama tekniği: Derinlemesine görüşme. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 40*(1), 289-299.
106. Dömbekçi, H. A., & Erişen, M. A. (2022). Nitel araştırmalarda görüşme tekniği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22*(Özel Sayı 2), 141-160.
107. Büyüköztürk, ř., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, ř., & Demirel, F. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*.
108. Salar, S. (2018). *şiddet görmüş kadınlarda ergoterapinin aktivite ve rol yeterliliğine etkisi*.
109. Çakırlar, A. (2023). *Rekreatif Egzersizlere Dayalı Psiko-Eğitim Programının Otistik Çocuklara Sahip Annelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Öznel Mutluluklarına Etkisi*. İstanbul Arel Üniversitesi.
110. Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9*(1), 23-28.
111. Arkonaç, S. A. (2014). *Psikolojide Söz ve Anlam Analizi* (pp. 33-34). Ayrıntı Yayınları.
112. Akmeşe, P. P., & Kayhan, N. (2016). Erken çocukluk döneminde serebral palsili çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Sakarya University Journal of Education, 6*(3), 146-161.
113. Uçar, M. (2021). *Serebral Palsi tanısı almış çocuğa sahip annelerin ve tipik gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin psikolojik dayanıklılık ve ebeveyn yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
114. Yıldırım, A., Aşılar, R. H., Karakurt, P., & Karakurt, P. (2012). Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 20*(3), 200-209.
115. Nas, E., & Sak, R. (2022). Yetişkin merhamet ölçeğinin geliştirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32*(2), 535-548.

116. Tuncer, M., & Dikmen, M. (2019). Burns Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması. *International Journal of Social Humanities Sciences Research*, 6(42), 2848-2857.
117. Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
118. Basim, H. N., & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
119. Özdemir M, Tuti G. Nitel araştırma desenleri: Metodolojik bir temellendirme. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Karatekin Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 2023;11(2):217-35.
120. Heppner, P. P., & Wampold, B. E. (2008). *Psikolojik danışmada araştırma yöntemleri*. Mentis Yayıncılık.
121. batuakat90. (2014). "Güzel Anlar" - merhamet ( Kısa Film ). YouTube.
122. gopokullariofficial. (2020). Paylaşımçı olmak ve hoşgörü - Kısa film. YouTube.
123. Germer, C. K. (2018). *Öz Şefkatli Farkındalık*. Diyojen Yayıncılık.
124. Aktepe, İ., & Tolan, Ö. (2020). Bilinçli farkındalık: güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(4), 534-561.
125. Kula, N. (2023). Zorluk ve Sıkıntılarla Başa Çıkma Süreçlerinde Manevi Destek Örneği Olarak İnşirah Suresi Üzerine Psikolojik Analizler. *Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, (3), 9-23.
126. Diyanet İşleri Başkanlığı. (n.d.). [Available from: <https://kuran.diyamet.gov.tr/mushaf/kuran-meal-1/insirah-suresi-94/ayet-1/diyamet-isleri-baskanligi-meali-1>].
127. Akarsu, R. H., & Rathfsch, G. (2018). Sihirli Bir Yol: Gebelik Yogası A Magic Way: Pregnancy Yoga. *Smyrna Tıp Dergisi*, 57, 61.
128. Aydoğdu, A. B. (2019). *Yoga yapan ve yapmayan bireylerin şema düzeyi, somatik belirtiler ve öz şefkat açısından incelenmesi*. İstanbul Arel Üniversitesi.
129. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.

130. Pagliaro, G., Pandolfi, P., Collina, N., Frezza, G., Brandes, A., Galli, M., et al. (2016). A randomized controlled trial of tong len meditation practice in cancer patients: Evaluation of a distant psychological healing effect. *EXPLORE*, 12(1), 42-49.
131. Can, A. (2018). *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi*. Pegem Atıf İndeksi.
132. Karasar, N. (2005). *Bilimsel araştırma yöntemi* (17. baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
133. Büyüköztürk, Ş. (2024). *Deneyisel Desenler* (10. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.
134. Uzunsakal, E., & Yıldız, D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14-28.
135. George, D. (2011). *SPSS for Windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.
136. Morris, C. (2007). Definition and classification of cerebral palsy: A historical perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 3-7.
137. Avşaroğlu, S. (2019). Merhamet eğitimi programının üniversite öğrencilerinin merhametli olma düzeylerine etkisi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(3), 2484-2500.
138. Asano, K., & Shimizu, E. (2018). A case report of compassion focused therapy (CFT) for a Japanese patient with recurrent depressive disorder: The importance of layered processes in CFT. *Case Reports in Psychiatry*, 2018(1), 4165434.
139. Craig, C., Hiskey, S., Royan, L., Poz, R., & Spector, A. (2018). Compassion focused therapy for people with dementia: A feasibility study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1727-1735.
140. Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*. 5(4):420-9.
141. Genç, M. F. (2018). Merhamet eğitiminin saldırganlık davranışını azaltmadaki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2018(45), 61-82.

142. Dalgacı, B. (2019). *Merhamet odaklı terapi yaklaşımı ve uygulamaları üzerine bir değerlendirme*. Bursa Uludağ Üniversitesi.
143. Reisi, H., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Charami, M. (2020). Effectiveness of training self-compassion on social stigma and distress tolerance in the mothers of children with cerebral paralysis. *Journal of Psychoscience*, 19(93), 1197-1205.
144. Çevik, Ö., & Tanhan, F. (2020). Merhamet korkusu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 342-351.
145. Avşaroğlu, S., & Güleş, E. (2019). Özel gereksinimli çocuğa sahip anne babaların yaşam doyumlarının öz-anlayış ve merhamet düzeyleri açısından incelenmesi. *Kastamonu Education Journal*, 27(1), 365-376.
146. Nas, E. (2023). Ebeveynlik tutumuna yeni bir bakış: Merhametli ebeveynlik. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 12(3), 1924-1947.
147. Küçükkaya, B., & Işık, H. K. (2023). Postpartum dönemde uygulanan farkındalık ve merhamet temelli ebeveynlik müdahaleleri: Derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(3), 496-509.
148. Erdoğan, S. (2018). Evli bireylerin evlilik doyumu ve merhamet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.
149. Özcan, Z. (2022). Bireylerin kendilerine ve “öteki”lere karşı merhamet düzeylerinin dinî yönelimleri açısından incelenmesi. *Kocatepe İslami İlimler Dergisi*, 5(1), 47-66.
150. Akdeniz, S. (2014). Farklı merhamet düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete, stres ve duygusal zekanın incelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
151. Emir, A., Tarakcı, D., & Doğan, S. (2020). Özel gereksinimli çocukların annelerinde bakım veren yükü ve merhamet yorgunluğunun incelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 153-160.
152. Kim, J. J., Sherwell, C., Parker, S. L., & Kirby, J. N. (2024). Compassion training influences heart-rate variability within severe depression. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100760.
153. Larsen, J. M., Kothe, R., Helm, P. J., Bullman, M., & John-Henderson, N. A. (2024). Childhood trauma exposure, age and self-compassion as predictors of later-life symptoms of depression and anxiety in American Indian adults. *Child Abuse & Neglect*, 153, 106860.

154. Agha-abbasi, A., Zangi Darestani, F., & Manzari Tavakoli, R. (2024). The effect of compassion therapy on psychological toughness and suicidal thoughts in the elderly with depression. *Journal of Gerontology*, 8(4).
155. Buxton, A. E., Hofheinz, C., Remmers, C., & Michalak, J. (2024). When depressed—be mindful of and kind to yourself: Self-compassion as mediator of change in a mindful depression treatment. *Psychotherapy Research*, 34(2), 182-194.
156. Pyszkowska, A., Åström, E., & Rönnlund, M. (2024). Deviations from the balanced time perspective, cognitive fusion, and self-compassion in individuals with or without a depression diagnosis: different mean profiles but common links to depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 14, 1290676.
157. Paralikas, T., Iliopoulos, S., Kotrotsiou, E., Kotrotsiou, S., Kavadias, D., & Tsioumanis, G. et al. (2024). Empathy, self-compassion, and depression correlations among health professionals in Northern Greece. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 52(1).
158. Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2024). Self-compassion, resilience and mental health in community adults. *American Journal of Health Promotion*, 08901171241254930.
159. Idris, S. N., & Mahfar, M. (2024). The relationship between depression and self-compassion with non-suicidal self-injury among university students. *International Journal of Public Health*, 13(1), 338-344.
160. Tran, M. A. Q., Vo-Thanh, T., Soliman, M., Ha, A. T., & Van Pham, M. (2024). Could mindfulness diminish mental health disorders? The serial mediating role of self-compassion and psychological well-being. *Current Psychology*, 43(15), 13909-13922.
161. Yang, S., Ren, Y., Song, X., & Peng, Y. (2024). Insecure attachment and depressive symptoms among a large sample of Chinese young adults: The mediating role of positive and negative self-compassion. *Behavioral Sciences*, 14(3), 238.
162. Softa, H. K. (2013). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21(2), 589-600.
163. Ergin, D., Şen, N., Eryılmaz, N., Eryılmaz, N. E., Pekuslu, S., & Kayacı, M. (2007). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen

- faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 41-48.
164. Özcanarlan, F., Karataş, H., & Aydın, D. (2014). Şanlıurfa ilinde engelli çocuğa sahip annelerin depresyon durumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 75-82.
165. Dereli, F., & Okur, S. (2008). Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi.
166. Sajedi, F., Alizad, V., Malekkhosravi, G., Karimlou, M., & Vameghi, R. (2010). Depression in mothers of children with cerebral palsy and its relation to severity and type of cerebral palsy. *Acta Medica Iranica*, 250-254.
167. Kim, H. W., Ko, Y. J., Lee, B. N., Lee, K. A., & Choi, Y. J. (2001). Depression and anxiety in mothers of children with cerebral palsy. *Journal of the Korean Academy of Rehabilitation Medicine*, 25(6), 941-947.
168. Toros, F., Tot, Ş., & Düzovalı, Ö. (2002). Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(4), 240-247.
169. Altun, R. (2015). Dindarlık ve depresyon ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 1(1).
170. Sedaghati Barogh, Z., Younesi, J., Shoaie, F., & Tahmasebi, S. (2011). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on depressed mothers with cerebral palsy children. *Iranian Rehabilitation Journal*, 9(2), 69-77.
171. Ahmed, A. N., & Raj, S. P. (2023). Self-compassion intervention for parents of children with developmental disabilities: A feasibility study. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 7(2), 277-289.
172. Çam, O., & Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118-126.
173. Çulhacık, G. D. (2020). Engelli çocuğa sahip ailelerde sanat etkinliklerinin kullanıldığı aktivite gruplarının psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler üzerine etkileri.
174. Kındıroğlu, Z. (2018). *Ebeveynlerin psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile çocukların sosyal yetkinlik ve davranışları arasındaki ilişki*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile.

175. Krstić, T., & Oros, M. (2012). Coping with stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Medicinski Pregled*, 65(9-10), 373-377.
176. Cetin, C., & Anuk, Ö. (2023). Covid-19 Sürecinde Merhamet ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi: Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Anasay*, 26, 116-237.
177. Musa, H. H. (2022). *Otizmlı çocukları (2-11 yaş) arasında olan ebeveynlerin iyi oluş, merhamet, psikolojik sağlamlık ve bilişsel esneklik arasındaki ilişki*. Marmara Üniversitesi.
178. Durgut, T. (2021). *3-6 yaş grubu kanser hastası çocukların ebeveynlerinde öz duyarlık, psikolojik dayanıklılık ve depresif belirtiler*.
179. Cengiz, E., & Sağır, Z. (2023). Dini tutum, psikolojik dayanıklılık ve depresyon ilişkisi: Suriyeli ergen bireyler üzerine nicel bir araştırma. *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, 60, 36-49.
180. Erdoğan, E. (2015). Tanrı algısı, dini yönelim biçimleri ve öznel dindarlığın psikolojik dayanıklılıkla ilişkisi: Üniversite örnekleme. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(29), 223-246.
181. Dewarna, R. F., & Abdullah, E. S. P. S. (Eds.). (2019). Parents' resilience of child with cerebral palsy. In *4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018)*. Atlantis Press.
182. Dursun, S. (2022). *Özel eğitime ihtiyaç duyan çocukları olan ailelerin psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi olma düzeylerinin incelenmesi*. Bursa Uludağ Üniversitesi.
183. Kurt, P., Sarioğlu, M., & Parlak, S. (2021). Pandemi sürecinde çevrimiçi psikodrama grup terapisinin depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkisi. *Education & Youth Research*, 1(2), 108-121.

## EKLER

### EK-1 Etik Kurul Kararı

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2023/65  
Karar Tarihi : 21.6.2023

Sayın Murat SEVEN,

"Serebral Palsi Tanısı Almış Çocukların Annelerine Uygulanan "Yetişkinler İçin Uyarılanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı"nın Merhamet, Depresyon ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi", konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN  
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN  
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAĞÖL  
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYBAKMLAR  
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT  
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA  
Üye

## Ek-2 Kurum İzin Yazıları

T.C.  
MUŞ VALİLİĞİ  
ÖZEL MUŞ GÖKKUŞAĞI ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

Sn. Murat SEVEN  
(Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü)

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü doktora öğrencisi Murat SEVEN tarafından yürütülen "Serebral Palsi tanısı almış çocukların annelerine uygulanan Yetişkinler İçin Uyarlanmış Merhamet Temelli Eğitim Programı"na binaen yapılacak eğitim çalışmalarının kurumumuzun Veli Görüşme Odası'nda 1 Eylül – 15 Kasım 2023 tarihleri arasındaki Perşembe ve Pazar günleri 11:00 - 12:00 saatleri arasında yapılması hususu tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Alican ÇİÇEK  
Sorumlu Müdür

T.C.  
MUŞ VALİLİĞİ  
ÖZEL MUŞ İLK ADIM ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

Sn. Murat SEVEN  
(Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü)

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi Murat SEVEN tarafından yürütülen tez çalışmasına binaen, merkezimizde tedavi gören Serebral Palsi tanılı çocukların annelerine yönelik olan eğitimlerini gerçekleştirebilmesinde kullanılmak üzere kurumumuz bünyesindeki Öğrenme Güçlüğü Grup Eğitim Odası 1 2023 yılının Eylül ve Ekim ayları boyunca Perşembe ve Cumartesi günlerinde kendisine tahsis tarafınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Aydın ŞAHİN  
Sorumlu Müdür

### Ek -3 Veri Toplama Formları

#### SEREBRAL PALSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNE UYGULANAN “YETİŞKİNLER İÇİN UYARLANMIŞ MERHAMET TEMELLİ EĞİTİM PROGRAMI”NIN MERHAMET, DEPRESYON VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI ve Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü doktora öğrencisi Murat SEVEN tarafından yürütülen bir çalışmadır. Bu araştırmanın amacı Serebral Palsi tanısı almış çocukların annelerine uygulanan “Yetişkinler için uyarlanmış merhamet temelli eğitim programı”nın merhamet, depresyon ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu anketi okuyup doldurmanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz bilimsel platformda yayın amacıyla kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya araştırmacılara ..... e-posta adresi ve xxxxxxxx numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

## BİREYSEL TANITIM FORMU

Sayın katılımcı, bu çalışmadan elde edilen veriler gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplarda doğru veya yanlış yoktur ve çoğunu yuvarlak içine alarak cevaplayabilirsiniz. Lütfen her soruyu cevaplayınız. İşbirliğiniz ve katkınız için teşekkür ederiz.

1) Yaşınız:....

2) Çocuk sayısı:

1  2  3  4 ve üzeri

3)Eğitim durumunuz:

Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üzeri

4) Çalışma durumunuz:

Çalışıyorum  Çalışmıyorum

5) Çalışıyorsa mesleği.....

6) Sosyal güvenceniz var mı? Var Yok

7) Gelir durumunuz nasıl?

Gelirim giderimden az  Gelirim giderime denk  Gelirim giderimden çok

8) Oturduğunuz ev tipi hangisidir?

Müstakil  Apartman dairesi  Diğer(.....)

9) Bakımda size destek kişi ya da kişiler var mı?

Var  Yok

10) Var ise kimler.....

11) Akraba evliliği var mı?

Evet Hayır

12) Çocuğunuzun yaşı.....

13) Çocuğunuzun cinsiyeti

Kız Erkek

14) Zihinsel Engeli var mı?

Evet Hayır

15) Konuşabiliyor mu?

Evet Hayır

16) Hareket kısıtlılığı var mı?

Yok Hafif Orta Ağır

17) Özel eğitim alıyor mu?

Evet Hayır

18) Engel yzdesi.....

19) Hastanızın hastalığı ve bakımı hakkında bilginiz var mı?

Var Yok

20) Evde bakım hizmeti alıyor musunuz?

Evet Hayır

21) Alıyorsanız, evde sağlık hizmetlerini nerden alıyorsunuz?.....

23) Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

Yalnız Sadece eşinizle Eř ve çocuklar Anne ve baba Diğer

24) Kronik bir hastalığınız var mı?

Evet Hayır

25)Kendinize zaman ayırabiliyor musunuz? (alışveriş, piknik, misafirlik, sağlık sorunlarından dolayı hastaneye gitme vb.)

Evet Hayır

Madde	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Her zaman
1. İnsanların ihtiyaçlarına karşı duyarlı davranmaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
2. Acı çeken insanların acılarını azaltmak için harekete geçerim.	1	2	3	4	5
3. İhtiyaç sahibi insanlara destek olmak için elimden geleni yaparım.	1	2	3	4	5
4. İnsanlar acı çektiklerinde onları teselli etmek için çabalarım.	1	2	3	4	5
5. İnsanların sorunlarını çözmek için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
6. İnsanların haksızlığa uğradığını gördüğümde, bu duruma engel olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
7. Benden yardım isteyen insanlara imkânlarım ölçüsünde destek olurum.	1	2	3	4	5
8. İnsanların mutlu bir hayat yaşamaları için gayret gösteririm.	1	2	3	4	5
9. İnsanların iyiliğine yönelik işler yaparım.	1	2	3	4	5
10. İnsanların başına zor olaylar geldiğinde üzülürüm.	1	2	3	4	5
11. İnsanların başına acı olaylar geldiğinde üzülürüm.	1	2	3	4	5
12. İnsanların acı çekmelerine tanık olduğumda kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5
13. İnsanlar zulüm gördüklerinde canımın yandığını hissederim.	1	2	3	4	5
14. İnsanlara iyilikle muamele etmenin gerekli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. İnsanlara faydalı olmanın önemli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. İnsanlara faydalı olmanın gerekli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. İnsanların yetersizliklerine şahit olduğumda onlara destek olmak isterim.	1	2	3	4	5
18. İnsanlar zorluk yaşadıklarında onların yanında olmak isterim.	1	2	3	4	5
19. Sıkıntı içinde olan insanlara yardımcı olmak isterim.	1	2	3	4	5
20. Hüzünlü insanları gördüğümde onlara yardım etmek isterim.	1	2	3	4	5

## Burns Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Geçtiğimiz hafta içinde bugünü de dâhil ederek, her belirtiyi ne kadar yaşadığınızı belirtmek için bir işaret 'X' koyunuz. Lütfen 25 maddenin tümünü yanıtlayınız

	0-Hiç	1-Biraz	2-Orta derecede	3-Çok fazla	4-Asırı derecede
<b>Düşünceler ve Duygu</b>					
1. Üzüntülü ya da neşesiz hissetmek					
2. Mutsuz ya da umutsuz hissetmek					
3. Ağlama nöbetleri ve ağlamaklı olma					
4. Cesaretsiz hissetmek					
5. Çaresiz hissetmek					
6. Düşük özgüven					
7. Değersiz ve yetersiz hissetmek					
8. Suçluluk ya da utanç					
9. Kendinizi eleştirmek ya da kendinizi suçlamak					
10. Karar vermede güçlük					
<b>Aktivite ve kişisel ilişkiler</b>					
11. Aile, arkadaşlar ve iş arkadaşlarına yönelik ilgi kaybı					
12. Yalnızlık					
13. Aile ya da arkadaşlarla daha az zaman geçirme					
14. Motivasyon eksikliği					
15. İşte ve diğer aktivitelerde ilgi kaybı					
16. İş ve aktivitelerden kaçınma					
17. Yaşamdan zevk alma ve tatmin olmanın kaybı					
<b>Fiziksel Belirtiler</b>					
18. Yorgun hissetmek					
19. Uykuya dalmada güçlük ya da çok fazla uyumak					
20. Azalmış ya da artmış iştah					
21. Cinsel istek kaybı					
22. Sağlığınız hakkında endişelenme					
<b>İntihar İsteği*</b>					
23. İntihar düşünceniz var mı?					
24. Yaşamınızı sona erdirmek ister misiniz?					
25. Kendinize zarar vermek için bir planınız var mı?					

\*İntihar eğilimli kişiler bir ruh sağlığı uzmanından yardım almalıdır.

## Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların... Başarılması zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı... Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle
7. Kişisel problemlerimi... Çözmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ... İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim Çok mutlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ... azı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum Ümit verici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ... Zayıftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...						

Geleceğe bakar	pozitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşımdan/aile üyelerinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

## **EK- 4 Gönüllü Bilgilendirme ve Olur Formu**

### **GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

Bu araştırma Serebral Palsi tanısı almış çocukların annelerinin depresyon, merhamet ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenip, Merhamet Temelli Eğitim Programı'na ilgili annelerin dahil edilerek merhamet ve psikolojik dayanıklılıklarının artırılması, depresyon düzeylerinin azaltılması amacıyla yapılmaktadır. Araştırma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilebilirsiniz. Tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Tüm bu bilgiler bilimsel çalışmalar dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

## EK- 5 Ölçek Kullanım İzinleri



EŞREF NAS

to me ▾

Merhaba Murat Hocam

Geliştirdiğimiz "Yetişkin Merhamet Ölçeği" ni bilimsel etik kurallar çerçevesinde istediğiniz çalışma kapsamında kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar dilerim.

Murat SEVEN

7 Haz 2023 Çar, 01:53 tarihinde şunu yazdı:





Melih Dikmen

to me ▾

🌐 Turkish ▾ > English ▾ [Translate message](#)

Merhabalar Hocam,  
Ölçek ektedir. Çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim.

--

Doç. Dr. Melih Dikmen  
Fırat Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rektörlük Kampüsü, Elazığ  
Tel

7 Haz 2023 Çar 01:46 tarihinde Murat SEVEN

şunu yazdı:



One attachment • Scanned by Gmail ⓘ





Nejat Basim

12:16

Sat, 10 Jun 00:00



Değerli Murat Seven Hocam,

Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Öçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Öçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan öçeğin word ortamındaki halini ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

3 Attachments - Scanned by Gmail



## Ek- 6 Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

### DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ

İnsan Gönüllüleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler  
Dünya Tıp Birliği'nin

18. Genel Kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran 1964 ) benimsenmiş,

29. Genel Kurulunda (Tokyo, Japonya, Ekim 1975),

35. Genel Kurulunda (Venedik, İtalya, Ekim 1983),

41. Genel Kurulunda (Hong Kong, Eylül 1989),

48. Genel Kurulunda (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996),

52. Genel Kurulunda (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000)

53. Genel Kurulunda (Washington 2002 - 29. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)

55. Genel Kurulunda (Tokyo 2004 - 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)

59. Genel Kurulunda (Seul, Ekim 2008) geliştirilmiştir.

#### A. GİRİŞ

1. Dünya Tıp Birliği, insan gönüllülerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan gönüllülerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğu belli olan materyal ya da veriler de dâhildir.

Bildirgenin bir bütün olarak okunması amaçlanmaktadır ve içerdđi maddeler ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurulmadan uygulanmamalıdır.

2. Her ne kadar Bildirge esas olarak hekimlere yönelik olsa da Dünya Tıp Birliği insan gönüllüleri üzerinde yapılan tıbbi araştırmalara katılan diğer kişilerin de bu ilkeleri benimsemesini teşvik etmektedir.

3. Hekimin ödevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılanlar da dâhil olmak üzere insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

4. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi “Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir” cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu “tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini” duyurur.

5. Tıbbi ilerlemeler, nihai olarak insanlar üzerinde yapılan çalışmaları içermesi gereken araştırmaları temel almaktadır. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen popülasyonlara araştırmaya katılım konusunda uygun erişim sağlanmalıdır.

6. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalarda, araştırma gönüllüsü olan bireyin iyilik hali diğer bütün menfaatlardan önce gelmelidir.

7. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak ve koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Mevcut en iyi girişimler bile güvenlilik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

8. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda birçok girişim riskler ve sorumluluklar içermektedir.

9. Tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Bunlar arasında kendi başlarına olur ya da ret veremeyenler ve baskı ve uygunsuz etkiye açık olanlar sayılabilir.

10. Araştırmacılar, insanlar üzerindeki araştırmalar konusunda kendi ülkelerindeki yürürlükte olan etik, yasal ve düzenleyici norm ve standartların yanı sıra geçerli uluslararası norm ve standartları göz önünde bulundurmalıdır. Hiçbir ulusal etik, yasal ve düzenleyici koşul bu bildirmede insan gönüllülerinin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya ortadan kaldırmamalıdır.

## **B. TÜM TIBBİ ARAŞTIRMALARDA TEMEL İLKELER**

11. Tıbbi araştırmalarda insan gönüllülerinin yaşamını, sağlığını, onurunu, bütünlüğünü, kendi hakkında karar verme hakkını, mahremiyetini ve gizliliğini korumak hekimin ödevidir.

12. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, bilimsel literatür ve ilgili diğer bilgi kaynakları konusunda kapsamlı bilgiyi, yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik hali dikkate alınmalıdır.

13. Çevreye zarar verebilecek tıbbi araştırmalar yürütülürken yeterli özen gösterilmelidir.

14. İnsan gönüllüleri üzerinde yapılacak her bir araştırma çalışmasının tasarım ve performansı çalışma protokolünde açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Protokol, dikkate alınan etik mülahazalara ilişkin bir beyan içermeli ve bu Bildirmede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol finansman, destekleyiciler, kurumsal bağlar, diğer potansiyel çıkar çatışmaları, gönüllülere sunulan teşviklere dair bilgileri ve araştırma çalışmasına katılmalarının bir sonucu olarak zarar gören gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir. Protokol araştırma gönüllülerinin çalışmada yararlı olarak tanımlanmış tedavilere araştırmadan sonra erişimleri veya diğer uygun tedavi veya yararlılara erişimi konusundaki düzenlemeleri tanımlamalıdır.

15. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için bir araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul araştırmacı, destekleyici veya diğer uygunsuz etkilerden bağımsız olmalıdır. Kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra geçerli uluslararası norm ve standartları dikkate almalı ancak bunlar bu bildirmede insan gönüllülerinin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya ortadan kaldırmamalıdır. Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili bilgileri kurula vermelidir. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokolda bir değişiklik yapılamaz.

16. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, uygun bilimsel eğitim ve niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır. İnsan gönüllülerini koruma sorumluluğu her zaman hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanına aittir ve olur vermiş olsalar bile asla araştırma gönüllülerine ait değildir.

17. Dezavantajlı veya istismara açık bir popülasyon veya toplum üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca araştırmanın söz konusu popülasyon veya toplumun sağlık gereksinimleri ve önceliklerine yanıt veren bir araştırma olması ve bu popülasyon veya toplumun araştırmanın sonuçlarından yarar görmesi konusunda makul bir olasılık bulunması kaydıyla mazur görülebilir.

18. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde araştırmaya katılan popülasyon ve toplumların veya araştırma konusu olan hastalıktan etkilenen diğer birey

ve toplumların araştırmadan gorecekleri yarara kıyasla araştırmanın doğurabileceği tahmini risk ve sorumluluklar dikkatli bir içimde değerlendirilmelidir.

19. Her klinik çalışma ilk gonll çalışmaya dahil edilmeden önce alenen erişilebilir bir veritabanına kaydedilmelidir.

20. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir Şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan gonllleri üzerindeki araştırma projelerine katılamazlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı derhal sona erdirmelidirler.

21. İnsan gonllleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen amaçların gonllye yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basması durumunda gerçekleştirilmelidir.

22. Ehil bireylerin araştırma gonlls olarak çalışmaya katılımları gonll olmalıdır. Her ne kadar aile üyelerine veya toplum önderlerine danışmak uygun olabilese de serbest iradesi ile kabul etmedikçe hiçbir ehil birey bir araştırma çalışmasına dahil edilemez.

23. Araştırma gonlllerinin mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak ve çalışmanın gonlllerin fiziksel, zihinsel ve sosyal bütünlükleri üzerindeki etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

24. Ehil insanlar üzerindeki bir araştırmada her potansiyel gonll benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar ve potansiyel riskleri ve araştırmanın vereceği rahatsızlıklar ve çalışmanın diğer ilgili yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Potansiyel gonll, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırımı maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım olurunun geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Potansiyel gonlllerin spesifik bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere özel dikkat sarf edilmelidir. Potansiyel gonllnn bu bilgileri anlamasını sağladıktan sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gonllnn zgr iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş oluru alması gerekir. Eğer, onay yazılı alınamaz ise yazılı olmayan olur tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

25. Kimliği açığa çıkaran insan malzemesi veya verileri kullanan tıbbi araştırma için hekim, normalde toplama, analiz, saklama ve/veya yeniden kullanım konusunda onay almalıdır. Bu onayın olanaksız olduğu veya söz konusu araştırma için elde edilmesinin pratik olmadığı veya araştırmanın geçerliliğine bir tehdit oluşturacağı durumlar olabilir. Bu durumlarda araştırma yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

26. Bir araştırma çalışması için bilgilendirilmiş olur alınırken, hekim, kendisiyle gonll arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı ya da baskı altında olur verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, bilgilendirilmiş olur araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

27. Ehil olmayan bir potansiyel araştırma gonlls söz konusu olduğunda hekim yasal olarak yetkili temsilcisinin olurunun almalıdır. Araştırmanın potansiyel gonllsnn temsil ettiği popülasyonun sağlığını korumayı amaçlaması, araştırmanın ehil kişilerle yapılamaması ve araştırmanın yalnızca asgari lde risk ve yk içermesi söz konusu değilse bu bireyler kendileri için yararlı olma olasılığı olmayan bir araştırma çalışmasına dahil edilemez.

28. Ehil kabul edilmeyen bir potansiyel gonll, araştırmaya katılım kararları konusunda olur verebiliyorsa araştırmacı bu olura ek olarak yasal olarak yetkili

temsilcinin de onayına başvurmalıdır. Potansiyel gönüllünün ret kararına saygı duyulmalıdır.

29. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme yetisi bulunmayan potansiyel araştırma gönüllülerini içeren bir araştırma ancak bilgilendirilmiş olur vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonun zorunlu bir karakteristik özelliği olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda yasal olarak yetkili temsilcinin bilgilendirilmiş oluru almalıdır. Eğer söz konusu temsilci mevcut değilse ve araştırma ertelenmiyorsa, bilgilendirilmiş olur vermelerini engelleyen bir durumda olan gönüllüleri araştırmaya dâhil etmenin spesifik nedenlerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma bilgilendirilmiş olur olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur gönüllüden ya da yasal olarak yetkili temsilciden mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır.

30. Yazar, editör ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayınlanmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Yazarların insan gönüllüler üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını alenileştirme görevi bulunmaktadır ve raporlarının doğru ve eksiksiz olmasından sorumludurlar. Kabul edilmiş etik raporlama yönergelerine bağlı kalmalıdır. Negatif ve yetersiz ve bunun yanı sıra pozitif sonuçlar yayınlanmalı veya normalde alenileştirilmelidir. Finansman kaynakları, kurumsal bağlar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmelidir. Bu bildirmede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirimleri yayına kabul edilmemelidir.

### **C. TIBBİ BAKIMLA BİRLEŞİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER**

31. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde ve araştırma çalışmasına katılımın araştırma gönüllüsü olacak hastaların sağlığını olumsuz etkilemeyeceğine inanmak için iyi nedenleri olması durumunda tıbbi araştırma ile tıbbi bakımı birleştirebilir.

32. Yeni bir yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlık ve etkilerinin aşağıdaki durumlar hariç olmak üzere kullanılmakta olan en iyi yöntemle karşılaştırarak denenmesi gerekir.

- Mevcut kanıtlanmış tedavinin olmadığı durumlarda plasebo veya tedavi yapılmaması kabul edilebilir veya
- İkna edici ve bilimsel olarak geçerli nedenlerden ötürü bir yöntemin etkinliği veya güvenliliğini tespit etmek için plasebo kullanımının gerekli olması ve plasebo alan veya tedavi edilmeyen hastaların herhangi bir ciddi veya geri dönüşü olmayan zarara uğrama riski olmaması. Bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için büyük dikkat sarf edilmelidir.

33. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastanın çalışmanın sonuçları konusunda bilgilendirilme ve çalışmanın sonucu olan bütün yararları paylaşma, örneğin çalışmada yararlı olarak tanımlanan yöntemlere veya diğer uygun tedavi ve yararlarla erişim hakkı vardır.

34. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

35. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış yöntemler mevcut değilse ya da etkin değilse, hekim hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanısında ise uzman görüşüne başvurmak ve hastadan veya yasal olarak yetkili temsilcisinden bilgilendirilmiş olur almak kaydıyla kanıtlanmamış bir yöntemi kullanabilir. Mümkün olduğunda, bu yöntemin, güvenilirlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli ve uygun olduğunda yayımlanmalıdır.



## Ek-7 Eğitim Yazısı

**Sn. Murat SEVEN**

**(Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü)**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi olan Murat SEVEN'in tez çalışmasında kullanması için tarafımdan geliştirilen *Merhamet Temelli Eğitim Programı* hakkında gerekli bilgi, eğitim ve doküman desteği kendisine sağlanmıştır. Geliştirip ve doktora sürecimde uyguladığım Merhamet Temelli Eğitim Programı esasında çocuklar ve ergenler için hazırlanmıştır. Bu yüzden Murat SEVEN tarafından kendi tez sürecinde uygularken, ilgili programın yetişkinlere uyarlanması gerektiği düşünülmüş ve bundan hareketle kendi tez çalışmasında programda uygulanabilecek teorik ve pratik bilgilere yer vermesi için ihtiyaç duyulan bilgiler tarafımdan sunulmuştur. Bahsedilen bilgiler, eğitim ve pratikler 2023 Haziran ayında yüz yüze bir şekilde gerçekleştirilmiştir.

**Dr. Öğr. Üyesi Eşref NAS**

## Ek- 8 CİMER Cevabı



**Sayın MURAT SEVEN,**

T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER)'ne yapmış olduğunuz 2400122432 sayılı başvurunuz 06.03.2024 tarihinde cevaplanmıştır\*

Cevap Metni:

Daire Başkanlığımızca zihinsel özel gereksinimli bireylere yönelik Uygulamalı Davranış Analizi eğitimi hazırlanmış olup 6 modülden oluşan eğitimin bir modülü ailelere yöneliktir. Ayrıca bahsi geçen bireylere yönelik erken müdahale eğitimleri hazırlanmış ve 2024 yılı içinde ilgili sağlık personelinin erişimine açılacaktır.

Zihinsel özel gereksinimli bireylere hizmet veren acil sağlık çalışanlarına ve ağız diş sağlığı çalışanlarına yönelik de ayrı ayrı eğitim modülleri hazırlanmıştır.

Bilgilerinize sunar, iyi günler dileriz.

## Ek-9 İntihal Raporu

TEZ			
ORJİNALLİK RAPORU			
% <b>11</b>	% <b>9</b>	% <b>7</b>	% <b>4</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
<b>1</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>2</b>	<b>www.researchgate.net</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to The Scientific &amp; Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)</b> Öğrenci Ödevi		% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>toad.halileksi.net</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Ege Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi		<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>hem.hku.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to Kastamonu University</b> Öğrenci Ödevi		<% <b>1</b>
<b>9</b>	<b>dspace.gazi.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>

## Ek-10 Özgeçmiş

