Rahime Şeyda YÜKSEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DEPRESYON TANISIYLA YATAN HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE MİZAH TARZLARI VE MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLA İLİŞKİSİ

Rahime Şeyda YÜKSEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DEPRESYON TANISIYLA YATAN HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE MİZAH TARZLARI VE MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLA İLİŞKİSİ

Rahime Şeyda YÜKSEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

"Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir"

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. .../…...../……

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GÖKTAŞ
Bitlis Eren Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ……/……./…….. tarih ve ……/…..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Rahime Şeyda YÜKSEK

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, hoşgörü ve sabrıyla her anlamda destek sağlayarak yanımda olduğunu hissettiren kıymetli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgileri ve paylaşımları ile bana katkı sağlayarak bakış açımı genişleten ve mesleki görev bilincimi pekiştiren değerli hocalarıma,

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde özellikle veri toplama sürecinde varlığıyla beni destekleyen, motive eden başta Özlem ÖĞÜTVEREN ve Tahliye KANDEMİR olmak üzere yanımda olan meslektaşlarıma,

Çalışmaya dahil olmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Her koşulda yanımda olan ve sevgisini hissettiğim aileme, bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayarak bana destek olan ve çalışmaya devam etmem için gerekli motivasyonu sağlayan arkadaşlarıma,

Saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan depresyon tanılı hastaların, cinsiyetlerine göre, mizah yolu ile başa çıkma düzeyleri ile mizah tarzlarının psikolojik sağlamlıkla ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışma ilişkisel tarama modelinde betimsel tiptedir. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde depresyon tanısı ile yatan 71 erkek, 71 kadın hasta ile yapılmıştır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği, Mizah Tarzları Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler; SPSS 22 programı kullanılarak değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Cinsiyetlerine göre kadınların psikolojik sağlamlık puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu (17.42±5.43; 16.62±4.31), mizah yoluyla başa çıkma puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu (18.66±3.084; 18.21±3.29) saptanmıştır. Saldırgan mizah tarzı hariç diğer tüm tarzların puan ortalamalarının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hem kadın hem erkek hastalarda mizah yoluyla başa çıkma ($p<0.001$; $p<0.01$); kadınlarda katılımcı ($p=0.014$; $p<0.05$) ve kendini geliştirici ($p<0.001$; $p<0.01$) mizah tarzları; erkeklerde kendini geliştirici ($p<0.001$; $p<0.01$) ve kendini yıkıcı ($p=0.021$; $p<0.05$) mizah tarzları ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönlü, tanı alma süresi ile negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Kadınlar erkeklere göre daha fazla psikolojik sağlamlığa sahiptir, her iki cinsiyet mizah yoluyla başa çıkmada benzer düzeydedir ve uyumlu kategorideki mizah tarzlarını daha fazla kullanmaktadırlar. Kadınlarda saldırgan mizah tarzı hariç diğer mizah tarzları kullanımı daha yüksektir. Her iki cinsiyette mizah yoluyla başa çıkma, kadınlarda katılımcı ve kendini geliştirici mizah tarzı, erkeklerde kendini geliştirici ve kendini yıkıcı mizah tarzı ile psikolojik sağlamlık pozitif yönde anlamlı olarak birbirini etkilemektedir. Depresyon tanısı alma süresi artıkça psikolojik sağlamlık azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, mizah, psikiyatri hemşireliği, psikolojik sağlamlık, yatan hasta

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the level of coping with humor and humor styles and the relationship between psychological resilience based on their genders in patients receiving inpatient care at a psychiatric clinic with depression diagnosis.

Method: The study was designed in descriptive type using relational screening model. The study was conducted with 71 male and 71 female patients hospitalized in Manisa Mental Health and Diseases Hospital with a diagnosis of depression. Data were collected using Personal Information Form, Coping Humor Scale, Humor Styles Questionnaire and The Brief Resilience Scale. Data were evaluated and analyzed by using SPSS 22 software.

Results: When analyzed based on gender, it was found that the mean resilience scores of women were higher than men (17.42±5.43; 16.62±4.31) and the mean scores of coping through humor of women were close to each other (18.66±3.084; 18.21±3.29). It was found that the mean scores of all styles except aggressive humor style were higher in women than in men but there was no statistically significant difference ($p>0.05$). A significant positive correlation was found between resilience and coping through humor ($p<0.001$; $p<0.01$) in both men and women patients; affiliative ($p=0.014$; $p<0.05$) and self-enhancing humor styles ($p<0.001$; $p<0.01$) in women; self-enhancing ($p<0.001$; $p<0.01$), and self-defeating ($p=0.021$; $p<0.05$) humor styles in men while a significant negative correlation was found with the duration of diagnosis.

Conclusion: Women have more resilience than men, both genders have similar levels of coping through humor and use adaptive humor styles more. The use of humor styles other than aggressive humor style is higher in women. Coping through humor in both genders, participatory and self-enhancing humor styles in women, self-enhancing and self-defeating humor styles in men and resilience positively and significantly affect each other. Resilience decreases as the duration of depression diagnosis increases.

Key words: depression, humor, inpatient, psychiatric nursing, psychological resilience

İÇİNDEKİLER

ÖZET i
ABSTRACT ii
İÇİNDEKİLER iii
TABLOLAR DİZİNİ vii
ŞEKİLLER DİZİNİ viii
SİMGELER ve KISALTMALAR ix

1. GİRİŞ 1
1.1. Problem Tanımı 1

2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Depresyon 3
2.1.1. Depresyon Etiyolojisi 5
2.1.1.1. Biyolojik Faktörler 5
2.1.1.2. Psikososyal Faktörler 7
2.1.2. Depresyon Epidemiyolojisi 9
2.2. Psikolojik Sağlamlık 10
2.3. Mizah 18
2.3.1. Mizahın Tarihsel ve Psikolojik Süreçte Değerlendirilmesi 19
2.3.2. Mizahla İlgili Kuramlar 20
2.3.2.1.Üstünlük Kuramı 20
2.3.2.2. Rahatlama Kuramı 21
2.3.2.3. Uyuşmazlık Kuramı 22
2.3.3. Mizahın Fonksiyonları 23
2.3.3.1. Psikolojik Fonksiyon Yönüyle Mizah 23
2.3.3.2. Fiziksel Fonksiyon Yönüyle Mizah 24
2.3.3.3. Bilişsel Fonksiyon Yönüyle Mizah 24
2.3.3.4. Sosyal Fonksiyon Yönüyle Mizah 24
2.3.4. Mizah tarzları 25
2.3.4.1. Katılımcı Mizah 26

2.3.4.2. Kendini Geliştirici Mizah 27
2.3.4.3. Saldırgan Mizah 27
2.3.4.4. Kendini Yıkıcı Mizah 28
2.4. Mizah, Başetme ve Psikolojik Sağlamlık 29
2.5. Psikiyatri Hemşireliğinde Depresyondaki Bireye Yaklaşım ve Mizahın Etkisi 34

3. GEREÇ VE YÖNTEM 39
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı 39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 40
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 40
3.4. Veri Toplama Araçları 45
3.4.1. Hastalara Yönelik Kişisel Bilgi Formu 45
3.4.2. Mizah Tarzları Ölçeği 46
3.4.3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 46
3.4.4. Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği 47
3.5. Ön Uygulama 47
3.6. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması 47
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 47
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 48
3.9. Araştırmada Güçlükler ve Sınırlılıklar 48
3.9.1. Araştırmanın Güçlükleri 48
3.9.2. Araştırmanın Sınırlılıkları 49

4. BULGULAR 50
4.1. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri 50
4.2. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık, Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Mizah Tarzları Puan Ortalamaları 57
4.3. Cinsiyet Gruplarında Hastaların Depresyon Tanısı Alma Zamanına Göre Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması 58
4.4. Depresyon Tanısıyla Yatan Kadın ve Erkek Hastaların Cinsiyetlerine

Göre Psikolojik Sağlamlık, Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişki 59

5. TARTIŞMA 61

5.1. Cinsiyetlerine Göre Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri 61

5.2. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri 64

5.3. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kullandıkları Mizah Tarzları 64

5.4. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri 67

5.5. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişki 68

5.6. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişki 69

5.7. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Tarzları ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişki 71

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 74

6.1. Sonuçlar 74

6.2. Öneriler 76

KAYNAKLAR 78

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

EK-2 Mizah Tarzları Ölçeği

EK-3 Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği

EK-4 Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

EK-5 Aydınlatılmış Onam Formu

EK-6 Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Kurum İzin Yazısı

EK-7 Veri Toplama Ek Süre İzin Yazısı
EK-8 Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı
EK-9 Ölçek İzinleri
EK-10 Depresyon Tanısıyla Yatan Kadın ve Erkek Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tablolar

ÖZGEÇMİŞ 141

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Psikolojik sağlamlık tanımları 12

Tablo 2.2. Psikolojik sağlamlıkta bireysel risk ve koruyucu faktörler 13

Tablo 2.3. Psikolojik sağlamlıkta ailesel risk ve koruyucu faktörler 14

Tablo 2.4. Psikolojik sağlamlıkta çevresel risk ve koruyucu faktörler 15

Tablo 3.1. Hastalara ilişkin tanımlayıcı özellikler 42

Tablo 3.2. Hastalarda KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ puanlarının korelasyon değerlendirilmesi (n=142) 44

Tablo 4.1. Cinsiyetlerine göre hastaların tanımlayıcı özellikleri 51

Tablo 4.2. Cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlık, mizah yoluyla başa çıkma ve mizah tarzları puan ortalamaları 57

Tablo 4.3. Cinsiyet gruplarında hastaların depresyon tanısı alma zamanına göre psikolojik sağlamlık puanlarının karşılaştırılması 58

Tablo 4.4. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı psikolojik sağlamlık, mizah yoluyla başa çıkma ve mizah tarzları puanlarının korelasyonu 59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Cinsiyete göre yaş grubu dağılımı 52

Şekil 4.2. Cinsiyete göre eğitim durumu dağılımı 52

Şekil 4.3. Cinsiyete göre medeni durum dağılımı 53

Şekil 4.4. Cinsiyete göre çalışma durumu dağılımı 53

Şekil 4.5. Cinsiyete göre yaşanılan yer dağılımı 53

Şekil 4.6. Cinsiyete göre hastalığın ilk tanı alma zamanı 56

Şekil 4.7. Cinsiyete göre hastaneye yatma sıklığı dağılımı 56

Şekil 4.8. Cinsiyete göre hastaneye yatış süresi dağılımı 56

Şekil 4.9. Cinsiyete göre en son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama dağılımı 56

Şekil 4.10. Cinsiyete göre KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ düzeyleri dağılımı 58

SİMGELER ve KISALTMALAR

APA : American Psychiatric Association

DSM-V : Diagnostic and Statistical of Mental Disorders-V

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KBF : Kişisel Bilgi Formu

KPSÖ : Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

MTÖ : Mizah Tarzları Ölçeği

MYBÇÖ : Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği

TDK : Türk Dil Kurumu

WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Depresyon, bireylerin yaşam kalitesini düşüren, duygu, düşünce ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyerek derin bir üzüntü yaşadıkları duygudurum bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Akbuğa ve Karaaziz, 2024). Çeşitli faktörlerden etkilenen depresyon, artan prevelansıyla dikkat çekmektedir (Weinberger ve ark., 2016; Çakır, 2017). Yaşam boyunca karşılaşılan zorlayıcı deneyimler, kişilerin baş etme güçlerine göre duygu ve düşüncelerde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Bu etkilerin ve hüznün uzun sürmesi, günlük işlerin yapılmasını zorlayıcı hale getirmesi bir psikopatolojinin varlığını göstermektedir (Tarhan, 2019; Seligman, 2021). Bireyler, olumsuz duygu ve düşüncelerin birbirini besleyerek davranışlara yansıması, baş etmelerinin yetersiz kalması, iyileşme motivasyonlarının düşük olması, hayatın anlamsızlaştırarak acı verir hale gelmesi gibi durumlar karşısında yaşanan çaresizlik duygusuyla yaşamlarına son vermeyi düşünüp intiharı bir seçenek olarak değerlendirebilmektedir (Seligman, 2021; Aktin, 2023).

Bir kez depresyon geçirmiş bir bireyde depresyonun tekrarlama olasılığı yüksektir (Townsend, 2016; Arabacı ve Taş; 2020). Dünyada yaşayan depresyondaki bireylerin sayısının 300 milyondan fazla olduğunu belirtilmektedir (WHO, 2018). Cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerde yaşam boyu depresyon görülme sıklığı yaklaşık %12-13 iken; kadınlarda yaklaşık %21'dir (Townsend, 2016). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında ise 15-24 yaş kadınların %5.1'inde depresyon görüldüğü belirtilirken, erkeklerde bu oran %3.3 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Bunu destekler nitelikte erkeklere oranla kadınlara neredeyse iki kat daha fazla depresyon tanısı konulduğu belirtilmektedir (Aksoy, 2024). Depresyonun hem istatistiksel verilerini hem de yıkıcı etkilerini, psikofarmakoloji ve psikososyal girişimler ile kontrol altına almak ve bireylerin baş etmeleri güçlendirmek ve sosyal uyumlarını arttırmak mümkündür (Başoğul ve Buldukoğlu, 2015). Bu bağlamda uyum mekanizmaları, başa çıkma becerileri geliştirme bireyi güçlendirmede ve depresyonu önlemede koruyucu faktörler olarak önemli hale gelmektedir. Psikiyatri hemşireliğinin temel felsefelerinden birisi olarak her bireyin yeni durumlara uyum yapabilme, değişme ve gelişme potansiyeli olduğu inancı ile bireyleri güçlendirme hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır (Çam

ve Mutlu Satıl, 2021). Bu anlamda uyum yeteneğinin önemli göstergelerinden biri olarak psikolojik sağlamlık, yılmaz olmayı ve kendini toparlama gücünü ifade etmektedir (Akfırat ve Özsoy, 2021). Bazı çalışmalarda depresif belirtilerin görülmesindeki artışın bireylerin psikolojik sağlamlıkları ile ters orantılı olduğu saptanmıştır (Erarslan, 2014; Sağ, 2016; Gündoğan, 2017). Psikolojik sağlamlık, hem kişinin baş etmelerini olumsuz etkileyen belirli bir risk faktörüne karşı olumlu sonuçlar elde edebilmesini (Cicchetti, 2010; Rainey ve ark., 2014), hem de koruyucu faktörler olarak olumlu ve kolaylaştırıcı durumları kullanmayı (Masten ve Barnes, 2018) içermektedir. Psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörlerden olan mizah; öz yeterlilik, olumlu düşünme, iyimserlik ve otokontrol gibi diğer koruyucu faktörleri artırarak; olumsuz düşünceleri, stres, depresyon ve kaygı algılarını azaltıp psikolojik sağlamlığı güçlendirmeye yardımcı olmaktadır (Crawford ve Caltabiano, 2011). Mizahın kullanımında da kişinin sahip olduğu mizah tarzı önemli derecede kurulan iletişimi ve durumu algılamayı etkilemekte; türüne göre depresyon ve psikolojik sağlamlık ile olumlu ya da olumsuz yönde ilişki göstermektedir (Yerlikaya, 2009; Öner, 2012).

Terapötik etkileşimde kullanılabilen ve psikolojik sağlamlığın bireysel koruyucu faktörleri arasında yer alan mizahın, psikiyatri hemşireliği uygulamalarında yeri önemlidir. Ancak ülkemizde hemşirelik alanında sınırlı sayıda çalışmaların olduğu görülmektedir (Aslan, 2017; Ünal, 2018; Aktura ve ark., 2021; Kantarcı, 2022; Bapli, 2022). Mizah ve kahkahanın olumlu etkilerini saptayan farklı alanlarda yapılmış çalışma örnekleri mevcuttur (Ko ve Hyun, 2013; Park, 2013; Cha ve Hong, 2015; Kim ve ark., 2015; Han ve ark., 2017; Bal, 2021). Psikiyatri hemşireliğinde kişilerin sahip olduğu mizah tarzları da dikkate alınarak mizahın terapötik olarak kullanımı önemlidir ve psikiyatrik bakımda kişideki mizah anlayışına yönelik farkındalık oluşturarak mizahın adaptif bir tarzda kullanılmasına yardımcı olmak hemşirenin görevleri arasındadır (Bağ, 2020). Ulaşılabilen literatür doğrultusunda hemşirelikte ve psikiyatri hemşireliğinde ulusal literatür incelendiğinde depresyonda psikolojik sağlamlık, mizahın kullanımı, mizah tarzları ile ilgili değişkenleri bir arada inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu bağlamda araştırmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatan depresyon tanılı hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri ile mizah tarzlarının psikolojik sağlamlıkla ilişkisinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Yaşam insanların isteklerine ulaşamamalarından dolayı değil, arzuladıkları şeylerin katlanılamayacak kayıpları barındırması ve isteklerinin kendilerine zarar vermeye neden olması sonucu trajik bir hale bürünür (Phillips, 2015). İnsanın deneyimlediği bu olumsuz süreçlere uyum sağlamakta zorlanması, gösterdiği çabaların başarısız olması ve bu halin uzun sürmesi sonucu psikopatolojik bir durum olarak depresyon ortaya çıkmaktadır (Townsend, 2016; Engin ve Ergün, 2021).

Depresyon kelimesi; 'bunalım', 'çöküntü' anlamlarını barındırır ve 'ruhsal gelgit' olarak da ifade edilebilir (Yalom ve Glick, 2016; Türk Dil Kurumu, 2022a). Köken yönü ile incelendiğinde kelimenin kökü olan 'depress' sözcüğü 'alçakta olmak' ve 'bastırmak' anlamlarını taşıyan Latince 'depressus'tan gelir (Işık ve ark., 2013). İlk çağlardaki toplumlar depresyonu, kötü bir ruhun kendilerine işkence ederek acı çektirmek için yarattığına inanmışlardır. Rönesans ile birlikte ortaya atılan yeni teoriler, 19. Yüzyılda Freud'un ruhsal rahatsızlıklara yaklaşımı ve tedavi yöntemlerini etkileyen yaklaşımları depresyona farklı bir bakış kazandırmıştır (Oral 2009; Townsend, 2016; Yıldırım, 2020; Arabacı ve Taş, 2020).

Depresyon, derin hüzün, olumsuz düşünceler, ilgi ve istek kaybı, genel anlamda zevk alamama gibi belirtilerin en az iki hafta süresince devamı ile karakterizedir (World Health Organization, 2018). Bu belirtilere somatik yakınmalar, uykuyu ve öfkeyi yönetmekte zorlanmalar da eşlik eder (Townsend, 2016). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) göre depresyon sekiz başlık altında sınıflandırılır (American Psychiatric Association, 2013):

1. Majör Depresif Bozukluk
2. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
3. Süregiden Depresif Bozukluk (Distimi)
4. Premenstrüel Disfori Bozukluğu
5. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk

6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon
7. Tanımlanmış Diğer Bir Depresif Bozukluk
8. Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

Bu sınıflandırma içindeki majör depresyon bozukluğu, gün geçtikçe insidansındaki artışla birlikte tekrarlama olasılığı en yaygın olan depresif bozukluktur (Engin ve Ergün, 2021). Majör depresyon oldukça değişken bir prognoz gösterir ve herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir (Arabacı ve Taş, 2020).

Depresyon bireyin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik olarak değişimler yaşamasına sebep olmaktadır. Depresyonun bilişsel semptomları arasında olumsuz düşünceler yer alır. Birey kendisi, çevresi ve geleceği hakkında kötü düşünceler içinde bulunarak gerçekleştirdiği her eylemi başarısızlık olarak değerlendirme eğilimindedir (Seligman, 2021). Depresyonda düşünüşün merkezinde kötümserlik hakimdir. Bu kötümserlik ve olumsuz düşünce genellikle kötü olayların nedenlerini kalıcı, kişisel ve yaygın görmekten kaynaklanmaktadır (Tarhan, 2019).

Depresyondaki bireyde görülen duygusal semptomlar, mutsuzluğu içermektedir. Birey bazen kendini o kadar üzgün hisseder ki ağlayamaz ya da kendini sağlıklı bir şekilde ifade edemez ve cesaret kırıklıkları içinde umutsuzluk hisseder (Seligman, 2021). Eskiden zevk alınan aktiviteler önemini ve eğlencesini yitirmiş hale gelir. Sık sık ağlama krizleri yaşayabilir (Cüceloğlu, 2020). Göz ardı edilmemesi gereken, depresyondaki ruh durumunun sadece üzüntü olmadığıdır. Sıklıkla kaygı ve öfke de yaşanmaktadır. Depresyonun ilerlemesi halinde kişi ağırlaşan bu klinik tablonun altında kendini duygusuz ve bomboş kalmış hisseder (Townsend, 2016).

Depresyondaki diğer belirtilerden olan davranışsal değişimler, kararsızlık, edilgenlik ve intihara yönelim şeklindedir. Birey, genellikle bir işe başlamakta zorlanır. En ufak zorlantıda pes ederek vazgeçme eğilimindedir (Çakır, 2017). Karar vermekte güçlük yaşanılması büyük zaman kayıplarına neden olabilmektedir. İntihar düşüncesi ve girişimi görülebilir. Bu durum, kişinin bu şekilde hayata devam etme gücünü kendinde bulamayıp her şeye bir son verme isteğinden ya da karşı tarafa yönelik duygusal manipülasyondan kaynaklanmaktadır (Seligman, 2021; Aktin, 2023).

Depresyonun görülen belirtilerinden bir kısmı da fizyolojik ihtiyaçlarla ilgilidir. Depresyon ne kadar ağırsa belirtiler de o kadar şiddetlidir. İştahta azalma ya da artma, erken uyanma ve geceleri uyuyamama ya da sürekli uyuma isteği, cinsel isteksizlik görülen fizyolojik semptomlardandır (Engin ve Ergün, 2021). Bahsedilen belirtilerin şiddetinden dolayı bireyin günlük aktiviteleri yerine getirmekte zorlanmalar yaşanmaya başlaması ve bunu düzeltecek gücü kendinde bulamayarak semptomlara teslim olması bir patolojinin varlığına işarettir (Cüceloğlu, 2020).

2.1.1. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon oluşumunu etkileyen birçok faktör bulunmakla birlikte biyolojik ve psikososyal faktörler olmak üzere iki ana başlık altında değerlendirilebilir. Biyolojik faktörler, depresyonun genetik ve nörolojik yönünü açıklamakta; psikososyal faktörler psikanalitik yaklaşım, bilişsel yaklaşım, davranışçı yaklaşım (bilişsel-davranışçı yaklaşım) ve varoluşçu yaklaşım ışığı altında depresyon nedenlerinin psikolojik ve sosyal boyutunu açıklamaktadır (Townsend, 2016; Arabacı ve Taş,. 2020; Engin ve Ergün, 2021).

2.1.1.1. Biyolojik Faktörler

Genetik Yön: Kalıtsal faktörlerin depresyon üzerinde etkili olduğu ve aile bireylerinde depresyon öyküsü olanların hayatlarının bir döneminde hastalanma risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Üstündağ ve ark., 2020). Depresyonda genetik geçişin olduğu yapılan ikiz araştırmalarını ele alan analizlerde belirtilmiştir. Depresif bozuklukların gelişiminde genetik faktör önemli bir etkiye sahiptir (Shadrina ve ark., 2018; Engin ve Ergün, 2021) Yapılan evlat edinme ve aile çalışmalarında biyolojik ebeveynlerinde depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin yüksek olduğu ve depresyon hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Elder ve Mosack, 2011; Holmans ve ark., 2007; akt. Helvacı Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Bunu destekler nitelikte yapılan başka bir araştırmada majör depresyon bozukluğu geçiren hastaların birinci derece akrabalarında depresyona yakalanma riskinin sağlıklı bireylerden iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ebmeier ve ark., 2006).

Nörolojik Yön: Depresyonda nöroanatomik bulgular incelendiğinde, yapılan SPECT çalışmalarında limbik sistemde aktivite artışı gözlenirken sol prefrontal korteks aktivitesinde ve metabolizmasında azalma saptanmıştır (Özpoyraz, 2002; Levinson, 2006). Yapılan çalışmalarda prefrontal korteks, anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks, amigdala ve hipokampüs gibi frontolimbik bölgelerde glial ve nöronal hücre boyutunda değişiklikler ve yoğunluklar saptanmıştır (Bremner ve ark., 2000).

Nörokimyanın kapsadığı nörotransmitterlere bakıldığında 1960'ların ortalarında ileriye sürülen 'Monoamin Hipotezi', depresyon ve nörotransmitterler arasındaki ilişkiye bir açıklama getirmektedir (Schildkraut, 1965). Bu hipoteze göre dopamin, serotonin ve norepinefrin miktarlarındaki değişimler depresyonla bağlantılıdır. Parkinson hastalığı ve rezerpin, propranolol gibi ilaçlar dopamin yoğunluğunu azaltarak depresif semptomlarda artışa neden olmaktadır (Slattery ve ark., 2004). Dopamin yoğunluğunu artıran ilaçlar ise depresyon semptomlarını azaltmaktadır. Bahsi geçen ilaçlar, noradrenalin salınımını azaltıp kandaki seviyesinin düşmesine neden olmakta ve bu durum serotonin etkinliğini de azaltmaktadır (Akkaya, 2005; Noble, 2005). Serotonin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır ve bunu destekler nitelikte depresyon vakalarında serotonin emilim hızının düşük olduğu bildirilmektedir (Doğan ve ark., 2008; akt. Uzunlar ve Gezmen Karadağ, 2024). Noradrenalin eksikliği sendromunda görülen unutkanlık, psikomotor yavaşlama, mutsuzluk hissi, halsizlik, odaklanma sorunları, yorgunluk gibi semptomlar ise depresyon hastalığında da görülmektedir (Ressler ve Nemeroff, 2000). Kısacası herhangi bir nedenden dolayı monoamin transmitterlerindeki yoğunluk ve etkinlik azalmasının, ki bunlar birbirini etkilemektedir, depresyon oluşumunda etkili olduğu görülmektedir (Tamam ve Zeren, 2002).

Nörofizyolojik yönün depresyon ile olan ilişkisine; 'Nörotransmitter Reseptörü Hipotezi' ve 'Depresyonda Nöroplastisite Hipotezi' açıklık getirmektedir. Nörotransmitter Reseptörü Hipotezi' monoamin transmitterlerine ait reseptörlerdeki anormalliği ele alırken, 'Depresyonda Nöroplastisite Hipotezi' beyindeki bazı yapısal değişiklikler ve bunlar sonucu hipokampüs gibi bazı kritik bölgelerde, yeniden şekillenmenin oluşması ile depresyonu açıklamaktadır. (Fuchs ve ark., 2004; Gürkan, 2006). Antidepresan tedavisi, monoaminerjik dengeyi sağlarken öncelikli olarak meydana gelen yeniden şekillenmeyi

eski konumuna getirmektedir (Yalom ve Glick, 2016; Berktaş ve ark., 2017). Bunu destekler nitelikte Bhagya ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada seçici noradrenerjik geri-alım inhibitörü olan Reboksetin tedavisinin; depresyon kaynaklı azalan nörotransmitter düzeyleri, hipokampal sinaptik plastisite, hafıza ve uzaysal öğrenme bozuklukları üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, hipokampal uzun süreli potansiyalizasyonun, asetilkolinesteraz aktivitesinin, biyojenik amin seviyesinin eski haline geldiği ve uzaysal öğrenme, hafıza ve depresif belirtilerin iyileştiği saptanmıştır. Bhagya ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir diğer çalışmada Essitalopram tedavisinin öğrenme ve elektrofizyolojik bozukluklara etkisi incelenmiştir. Sonuç olarak beynin çeşitli bölgelerinde, asetilkolinesteraz aktivitesinde ve monoamin düzeylerindeki azalmalarda iyileşmeler saptanmıştır.

2.1.1.2. Psikososyal Faktörler

Psikanalitik Yaklaşım: Freud'un 'nesne kaybı' kavramını ele almaktadır (Arabacı ve Taş, 2020). Yaşamın erken dönemlerinde sevilen bir nesnenin ya da herhangi bir şeyin yitirilmesi sonucu duyulan öfke ve nefret, sevilen şeye atfedilmeyerek içe yönlendirilmektedir. Kişinin kendinden nefret etmesi, benlik saygısını zedelemektedir (Freud, 2021). Zamanla yaşanan tekrarlı kayıplar bu durumun pekişmesine neden olarak kişide değersizlik duygusunu perçinlemekte ve depresyon eğilimini arttırmaktadır (Cüceloğlu, 2020). Freud depresyonun, insanın kendi benliğine yönelttiği öfke olduğunu iddia etmektedir (Seligman, 2021). Bu yaklaşıma göre depresyona zemin hazırlayan; oral dönem saplantıları, yaşamın erken dönemlerinde yaşanan bağlanma sorunları, terkedilme korkusu, sevgiye duyulan özlemdir (Çakır, 2017; Engin ve Ergün, 2021).

Bilişsel Yaklaşım: Aaron T. Beck'in 'bilişsel şema', 'bilişsel üçlü' ve 'otomatik düşünceler' kavramlarını kapsamaktadır (Townsend, 2016; Seligman, 2021). Bu yaklaşım, depresyondayken olumsuz düşüncelerin meydana geldiğini değil, olumsuz düşüncelerin depresyonu meydana getirdiğini savunmaktadır. Depresyonun bilinçli düşünce bozukluğu olduğunu, duygunun düşüncelerin sonucu oluştuğunu ileri sürmektedir (Arabacı ve Taş, 2020). Duyguların altında bilişsel değerlendirmeler, ögeler bulunmaktadır. Kişilerin çevreleri ile olan etkileşimlerindeki bilişsel değerlendirmeler, hissedilen duyguları oluşturmaktadır (Lazarus, 1982). Beck, erken yaşlarda öğrenilmiş

düşünce kalıplarının bilişsel şemalarımızı oluşturduğunu, uyumsuz şemaların farkında olmadan otomatik düşünceleri meydana getirdiğini ve bunların sonucunda bilişsel üçlü ile kişinin depresyona eğiliminin arttığını ileri sürmüştür (Seligman, 2021; Engin ve Ergün, 2021). Depresyonda bilişsel üçlü olarak ifade edilen; 'olumsuz kendilik algısı', 'olumsuz dünya algısı' ve 'geleceğin olumsuz değerlendirilmesi' şeklinde açıklanan düşünce içeriğidir. Bunlar işlevsel olmayan ve olumsuz tepkilere neden olan bilişsel çarpıtmalar olarak değerlendirilmiştir (Yalom ve Glick, 2016; Çakır, 2017).

Davranışçı Yaklaşım: Martin Seligman'ın 'öğrenilmiş çaresizlik' kavramını içermektedir. Seligman (2021), köpeklerle yaptığı deneysel çalışmaların sonucunu insanlar üzerinde de deneyip benzer sonuçlar elde etmesiyle 'öğrenilmiş çaresizlik' denilen kavramı ortaya atmıştır. İnsanlar, olumsuz deneyimler karşısında değiştirme çabalarının başarısız olduğunu görmeleri sonucu bir noktada vazgeçerek durumu kabullenmektedir (Townsend, 2016; Çakır 2017). Seligman 'öğrenilmiş çaresizlik' kavramını depresyonla ilişkilendirmektedir. Bu tarz kabullenmenin insanları yaşadıkları olaylar üzerinde kontrol eksikliği hissi uyandırarak depresyona yatkın hale getireceğini ileri sürülmektedir (Engin ve Ergün, 2021; Seligman, 2021). Seligman iyi oluşu tariflerken; kişinin yaşamında sıklıkla pozitif duygular deneyimlemesi, tatmin sağlayabileceği ilişkiler kurabilmesi, hayatına anlam katabilmesi, başarılı hissedebilmesi, keyif alabildiği ve tutkuyla bağlı olduğu meşguliyetlerinin bulunması gibi ölçütleri ele almış ve bunların varlığının iyi oluşu yeterli duruma getirdiğini belirtmiştir (Seligman, 2011; Demirci ve ark., 2017).

Varoluşçu Yaklaşım: Frankl'ın vurguladığı hayatta anlam arayışına karşın; bireyin otantik yaşamdan uzak olmasını ve 'anlamsızlık' kavramını ele almaktadır (Frankl, 2020; Yalom, 2018). Bireyler, tercihlerin getireceği sorumluluktan kaçınıp özgürlüklerinden vazgeçerek ve potansiyellerini gerçekleştirmeyerek zamanla suçluluk duygularının esiri olmaktadır (May, 2018a; Horney, 2018). Otantik varoluşunu kaçırarak yaşayan insan temelde hissettiği başarısızlık ve suçlulukla kendini sorgulamaya ve değersiz görmeye başlamaktadır (Yalom, 2018). Yaşamdaki varoluş amacının yitirilmesi, hissedilen yalnızlık ve umutsuzlukla kişi zamanla depresif bir hale bürünmektedir. Nevrozlar için, "anlamını bulamamış ruhun acı çekmesi" şeklinde tanımlayan Jung ile anlamın birçok şeyi dayanılır hale getirdiğini vurgulayan Frankl'ın varoluşsal perspektiflerinden

bakıldığında depresyon, bir anlam krizi olarak olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda depresyonun yaşamdaki amaç eksikliği ve varoluşsal hayal kırıklığı ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Crumbaugh ve Maholick, 1964; Yalom, 2018; Frankl, 2020).

2.1.2. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon epidemiyolojik olarak değerlendirildiğinde, 'akıl hastalıklarının gribidir' şeklinde ifade edilerek insidansı vurgulanmıştır (Seligman, 2021). Dünyada yaşayan depresyondaki bireylerin sayısının 300 milyondan fazla olduğunu belirten Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2005-2015 yıllarındaki 10 yıllık süreçte dünya genelinde depresyon oranında %18'in üzerinde artış olduğunu belirtmektedir (WHO, 2018). Yaş, cinsiyet, medeni durum, mevsim özellikleri, sosyal sınıf, kültür gibi koşulların etkisiyle hayat boyu görülme sıklığının artması depresyonu en yaygın psikiyatrik hastalık haline getirmektedir (Townsend, 2016; Arabacı ve Taş, 2020). Yetişkinlerin %5'i ve 60 yaşın üzeri yetişkinlerin %5.7'si olmak üzere nüfusun yaklaşık %3.8'inin depresyon yaşadığı belirtilmektedir (WHO, 2023). 2013-2030 Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planında, depresyonun dünya çapında engelliliğin en büyük nedenleri arasında olup tek başına küresel hastalık yükünün %4.3'ünü oluşturduğu ifade edilmektedir (WHO, 2021).

Ülkemizde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre depresif bozukluklar, 'Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının İlk 20 Nedeninin Dağılımı' tablosunda kadınlarda %10.7 oranı ile ilk sırada bulunurken, erkeklerde %6.4 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Depresyonun görülme sıklığı cinsiyete göre farklılık gösterir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında 15-24 yaş kadınların %5.1'inde depresyon görüldüğü belirtilirken erkeklerde bu oran %3.3 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Depresyon görülme sıklığı erkeklere oranla kadınlarda yaklaşık iki kat daha fazladır. Erkeklerde yaşam boyu depresyon görülme sıklığı yaklaşık %12-13 iken, kadınlarda yaklaşık %21'dir (Townsend, 2016). Cinsiyete göre meydana gelen bu farklılaşma çeşitli teorilerle (biyolojik, psikolojik ve sosyal) açıklanmaktadır. Bağışıklık sisteminin strese verdiği tepkilerdeki farklılaşma, özellikle kadınların erkeklere oranla sosyal çevreye karşı daha duyarlı olmaları, duygusal tepkilerin cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiğini ve kadınların daha fazla depresif bozukluk geliştirdiklerini açıklamaktadır (Moieni ve ark., 2015). Bu durumu açıklar nitelikte 14-18

yaş arası lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, depresif belirti riskinin kızlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, aile bireylerinde fiziksel bir hastalık olanlarda ve meslek lisesinde eğitim alan öğrencilerde daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özkul ve Günüşen, 2020). Depresyonun kadınlarda 65 yaşına kadar yaş ile birlikte azaldığı, 65 yaşından sonra kadınların tekrar erkeklere oranla daha fazla depresyona girdikleri ve bu durumun yaş ile beraber oluşan fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimlerle alakalı olduğu belirtilmektedir (akt. Göktaş ve Buldukoğlu, 2023).

2.2. Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık kavramı; Latince 'geri sıçramak' anlamındaki 'resilire' kökünden gelen, dirençlilik ve meydan okuma bağlamında olumlu adaptasyonla ilgili bir kavramdır (Masten ve Gewirtz, 2006). 'Resilient' ve 'resilience' olarak tanımlanan bu kelime, 'çabuk iyileşen', 'kendini çabuk toparlayabilen' ve 'çabuk iyileşme kabiliyeti' anlamlarına gelmektedir (Cambridge Dictionary, 2024a). Ayrıca resilient, esnek ve elastik olma, kırılmadan bükülebilme anlamlarını da taşımaktadır (Luthar ve Zigler, 1991; Rutter, 1987). Resilience kavramı, APA psikoloji sözlüğünde 'özellikle zihinsel, duygusal ve davranışsal esneklik ve içsel-dışsal taleplere uyum sağlama yoluyla, zor ya da meydan okuyucu yaşam deneyimlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama süreci ve sonucu' olarak açıklanmaktadır (APA Dictionary of Psychology, 2018). İngilizce olarak karşımıza çıkan bir diğer kelime 'hardiness' ise 'dayanıklılık' anlamına gelmektedir (Cambridge Dictionary, 2024b). Psikolojik sağlamlık aynı zamanda yılmazlık olarak da ifade edilmektedir. Türk Dil Kurumu 'yılmazlık' kelimesini 'yılmaz olma durumu'; 'yılmaz' kelimesini de 'bir işten gözü korkup vazgeçmeyen, yılmayan' olarak tanımlamıştır (TDK, 2022b).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda "resilience" kavramının farklı şekillerde ele alındığı görülmektedir. Bu bağlamda incelenen 137 araştırmada; %38.69'unda psikolojik dayanıklılık, %35.03'ünde psikolojik sağlamlık, %24.09'unda yılmazlık ve %2.19'unda kendini toparlama gücü olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Akfırat ve Özsoy, 2021).

Psikolojik sağlamlık, psikopatoloji oluşumu için büyük risk taşıyan durumlar karşısında bireylerin kısmen iyi sonuçlar elde etmesidir (Rutter, 1999). Zorluklar karşısında gösterilen başa çıkma becerisi ve uyum olarak da değerlendirilmektedir (Block ve

Kremen, 1996). Bu kavram ilk kez 1960-1970 yıllarını kapsayan aralıkta gelişimsel patoloji araştırmaları yapılırken süreç içinde dikkat çeken bir fenomen olarak fark edilmesi ile ortaya çıkmıştır (Masten ve Gewirtz, 2006). Bu öncül çalışmalar, ihmale, yoksulluğa, kötü muameleye, şiddete, ayrımcılığa maruz kalan ya da ebeveynlerinde madde bağımlılığı, akıl hastalığı veya ciddi fiziksel hastalık bulunan çocukların ve ergenlerin, bu süreçlerden sonra kendilerini toparlayıp başarılı olmalarını anlayabilmek ve görülen bu pozitif uyuma açıklık getirmek etrafında şekillenmiştir (Wright ve ark., 2012). Böylelikle hastaların uyum sistemlerinin çeşitli değişkenlere verdiği yanıtları ve nasıl çalıştığı, psikolojik sağlamlık ile birlikte daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır (Masten, 2001). Psikolojik sağlamlığın birkaç tanım örneği tablo 2.1.'de gösterilmiştir.

Literatürde çeşitli tanımlamaları yapılmış olan psikolojik sağlamlık kavramı incelendiğinde tanımlamalarda farklılıklar olsa da uyum ve adaptasyon anlamları üzerinde durulduğu görülmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013; Karaırmak, 2006; Durlak, 1998; Garmezy, 1971; Bonanno ve ark., 2011; Luthar ve ark., 2000). Yapılan tanımlamalarda ele alınan durum değerlendirilirken, psikolojik sağlamlıktan bahsedebilmek için öncelikli olarak bir risk faktörünün varlığından söz etmek gerekir (Cicchetti, 2010). Risk faktörü kavramı, tehdit eden durumla baş etmeyi zorlaştıran ve olumsuz sonuçlara neden olan etmenler olarak değerlendirilmektedir (Masten, 2001). Zorlu koşul ya da risk faktörünün altında kişi, iyi olma ve uyum sağlama becerisine sahipse orada psikolojik sağlamlıktan bahsedilebilmektedir (Foster, 2013; Garmezy, 1993). Fakat risk faktörü tek başına yeterli bir kriter değildir. Risk faktörlerinin varlığı kapsamında bir yeterlilik, yetkinlik gibi olumlu sonuç alabilme de gerekmektedir (Cicchetti, 2010; Masten, 2001). Psikolojik sağlamlığın bir diğer önemli kavramı ise koruyucu etmenlerdir. Bunlar olumlu sonuç alabilmeyi kolaylaştıran faktörler olarak değerlendirilmektedir (Masten ve Barnes, 2018). Risk ve koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel etkiler yönüyle üç kısım altında değerlendirilmektedir (Gizir, 2007). Psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörler literatürdeki çalışmalar incelenerek derlenmiş olup Tablo 2.2, Tablo 2.3. ve Tablo 2.4.'te yer almaktadır.

Tablo 2.1. Psikolojik sağlamlık tanımları

Meydan okuyucu ya da tehdit edici koşullara rağmen başarılı bir adaptasyonla kapasiteyi koruma.	(Masten et.al., 1990)
Kişideki toparlanma gücünde saklı olan ve stresli bir durum ile karşılaşmadan önce de bireyin kendisinde varolan davranış şekillerine ve yeteneklere tekrar dönebilme yetisi.	(Garmezy, 1993)
Önemli olumsuzluklar bağlamında olumlu uyumu kapsayan dinamik bir süreç.	(Luthar ve ark., 2000)
Bir kişinin zorluklar karşısında başarılı olmasını sağlayan kişisel özellikler.	(Connor ve Davidson, 2003)
Tutarlı bir psikolojik denge halini sürdürebilme kabiliyeti ve zorluklar karşısında büyüme, gelişme özelliklerine sahip olma.	(Bonanno, 2005)
Gelişimsel bir yaklaşımla değerlendirildiğinde, ansızın ortaya çıkan bir özellikten ziyade yaşam boyu gelişen ve yaşamın farklı anlarında belirginleşen bir özellik.	(Rutter, 2007).
Bireylerin sıkıntı, risk ya da önemli bir değişiklik ile baş edebilme kapasitesi.	(Lee ve Cranford, 2008)
Kişilerin ciddi olumsuzluklara neden olan olaylar içinde istikrarını koruyarak hızlı bir şekilde gelişme ve iyileşme gösterebilmesi.	(Leipold ve Greve, 2009)
Gelişim, işlevsellik ve sürdürebilirlik kapsamında bir sistemi tehdit eden unsurlara başarılı bir şekilde uyum sağlama kapasitesi.	(Masten, 2014)

Tablo 2.2. Psikolojik sağlamlıkta bireysel risk ve koruyucu faktörler

RİSK FAKTÖRLERİ	KORUYUCU FAKTÖRLER
-Erken doğum ya da doğum komplikasyonları (Bradley ve ark., 1994; Durlak, 1998; Cicchetti, 2010)	-Yüksek benlik saygısı, öz farkındalık, otokontrol (Werner, 1989; Kohler, 1993; Cicchetti, 2010)
-Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler (Werner, 1989; McCubbin ve ark., 2002; Nakashima ve Canda 2005; Karaırmak, 2006; Cicchetti, 2010; Foster, 2013)	-Umut ve olumlu bakış, geleceğe yönelik olumlu beklentiler (Durlak, 1998; Murray, 2003; Foster, 2013; Masten ve Barnes, 2018)
-İstismar, yaralanma (Karaırmak, 2006)	-İletişim becerileri, çekicilik, özerklik (Werner, 1989; Foster, 2013)
-Düşük IQ, tekrarlayan agresyon (Garmezy, 1993; Masten ve Coastworth, 1998; Durlak, 1998)	-Mizah anlayışı (Masten, 1986; Vanderpol, 2002; Foster, 2013)
-Akademik başarısızlık (Kohler, 1993; Garmezy, 1993)	-Zeka, bilişsel beceriler, problem çözme becerisi (Garmezy, 1987; Kohler, 1993; Masten ve Coastworth, 1998; Foster, 2013; Masten ve Barnes, 2018)
-Antisosyal davranışlar (Durlak, 1998)	
-Mizaç (Geçimsiz, utangaç, otokontrol yetersizliği) (Durlak, 1998)	-Yaşam amacının bulunması (Durlak, 1998; Foster, 2013; Masten ve Barnes, 2018)
-Bir toplulukta azınlıkta olma (Rew ve ark., 2001)	
-Bağlanma stilleri (Foster, 2013)	-Sosyal zeka, empati yeteneği, sosyal yeterlik (Garmezy, 1987; Werner, 1989; Chen ve ark., 2000; Foster, 2013)
-Madde kötüye kullanımı, suç işleme (Durlak, 1998)	
-Genç anne olma (Werner ve Smith, 1982)	-Kolay mizaç, duygusal güçlülük, fiziksel yeterlik, sağlık (Vanderpol, 2002; Foster, 2013; Masten ve Barnes, 2018)

Tablo 2.3. Psikolojik sağlamlıkta ailesel risk ve koruyucu faktörler

RİSK FAKTÖRLERİ	KORUYUCU FAKTÖRLER
-Aile bireylerinin madde kullanımı (Foster, 2013) -Maddi sıkıntılar (Werner, 1989) -Aile içi şiddet ve uyumsuzluk, ailede patolojinin varlığı (Werner, 1989; Masten ve Coastworth, 1998; Cicchetti, 2010) -Çocuğun hayatındaki önemli birinden ayrılması, boşanma ya da ebeveyn kaybı (Masten ve Coastworth, 1998; Hetherington ve Stanley-Hagan, 1999) -Ruhsal rahatsızlığa sahip aile bireyi, ailede birinin hasta olması (Kumpfer ve Bluth, 2004; Pilowsky ve ark., 2004; Pölkki ve ark., 2005; Foster, 2013) -Güvenli bağlanmanın olmaması (Foster, 2013) ve suç işlemiş aile bireyi, olumsuz iletişim (Cicchetti, 2010) -Tek ebeveyn, yeniden evlenme (Lin ve ark., 2004; Tebes ve ark., 2004; Chen ve George, 2005; Greeff ve Ritman, 2005; Hetherington ve Stanley-Hagan, 1999) -İhmal, intihar, sosyal destek yetersizliği (Rew ve ark., 2001; Masten ve Barnes, 2018)	-Çocuğa yönelik gerçekçi beklentiler (Durlak, 1998) -Aile bireyleri arasındaki olumlu iletişim, sevgi ve bağlılık (Garmezy, 1987; Durlak, 1998; Masten ve Barnes, 2018) -Düzenli ev ortamı, sosyoekonomik imkanlar (Garmezy, 1987; Masten ve Barnes, 2018) -Birlikte yaşama (Garmezy, 1987; Hetherington ve Stanley-Hagan, 1999) -Sağlam ve sağlıklı modellerin varlığı (Garmezy, 1987; Murray, 2003; Foster, 2013; Masten ve Barnes, 2018) -Maddi ve manevi destekleyici bir ortamın varlığı (Garmezy, 1987) -Uygulanan tutarlı disiplin (Masten ve Barnes, 2018) -Çocuğun eğitim ve gelişimine destek olan ebeveynin varlığı (Durlak, 1998; Foster, 2013)

Tablo 2.4. Psikolojik sağlamlıkta çevresel risk ve koruyucu faktörler

RİSK FAKTÖRLERİ	KORUYUCU FAKTÖRLER
-Doğal afetler (Karaırmak, 2006; Masten ve Barnes, 2018) -Sosyal çevrede şiddet, suç oranının yüksek olması (Durlak, 1998; Cicchetti, 2010) -Yetersiz eğitim (Durlak, 1998) -Savaş, zor ekonomik şartlar, yoksulluk (Werner, 1989; Masten ve Coastworth, 1998; Karaırmak, 2006; Masten ve Barnes, 2018) -Sosyal destek kurumlarının yokluğu (Karaırmak, 2006) -Yetersiz beslenme (Cicchetti, 2010) -Evsizlik (Rew ve ark., 2001; Reed-Victor ve Stronge, 2002; Masten ve Barnes, 2018) -Kültürel ayrımcılık, ihmal, istismar (Werner, 1989; Cicchetti, 2010; Masten ve Barnes, 2018)	-Güvenli çevre (Karaırmak, 2006) -Sosyal çevrede olumlu ve destekleyici tutumlar sergileyenlerin varlığı, akran ve arkadaş desteği (Werner, 1989; Durlak, 1998; Foster, 2013; Masten ve Barnes, 2018) -Yararlı ve etkili toplumsal kurumlar (Okul, sağlık hizmetleri, gençlik organizasyonları vb.), akademik ve sosyal programların varlığı (Masten ve Coastworth, 1998; Karaırmak, 2006; Masten ve Barnes, 2018) -Kurallara uyan, yetkin kişilerle yakınlık (Masten ve Barnes, 2018)

Genel olarak psikolojik sağlamlık ve psikolojik sağlamlığa etki eden faktörler ile ilgili olarak yapılmış bazı çalışma örnekleri incelendiğinde; ergenlikte anne-babadan algılanan duygusal istismar ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, ebeveynden algılanan duygusal istismarın psikolojik sağlamlık üzerinde önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Araştırma sonuçlarına dayanılarak ebeveynden algılanan duygusal istismar oranı arttıkça psikolojik sağlamlığın azaldığı ve psikolojik sağlamlık

azaldıkça da psikolojik hastalıklarda artışın olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca ergenlikte sosyodemografik değişkenler açısından psikolojik sağlamlığın anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna da ulaşılmıştır (Arslan, 2015). Psikolojik sağlamlığı etkileyen faktörlerin belirtildiği diğer bir çalışma örneğinde, öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sonuç olarak; erkeklerde, anne ve baba eğitimi düşük olanlarda psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olduğu; herhangi bir hastalık dolayısıyla hastanede yatarak tedavi gören öğrencilerde ise düşük olduğu saptanmıştır (Bahadır, 2009). Öğrencilerle yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin psikolojik sağlamlık, kişilik özellikleri, başa çıkma tarzları ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Başa çıkma tarzlarının psikolojik sağlamlığı, kişilik boyutlarından daha önemli derecede yordadığı görülmüştür. Psikolojik sağlamlık, nevrotizm ile olumsuz yönde; dışa dönüklük ve vicdanlılık ile olumlu yönde ilişkili bulunmuştur (Campbell-Sills ve ark., 2006). Yapılan başka bir çalışmada Terzi (2008), öğrencilerde problem çözme odaklı başa çıkma, öz yeterlik, iyimserlik gibi koruyucu faktörlerin psikolojik sağlamlığı ne ölçüde yordadığı ve öğrencilerin cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin farklı olup olmadığını incelemiştir. Psikolojik sağlamlığın cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği ifade edilirken, problem çözme odaklı başa çıkma, iyimserlik ve öz yeterlik ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrencilerle yürütülen diğer bir çalışma örneğinde ise psikolojik dayanıklılık ile depresif belirtiler ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkide pozitif bilişsel üçlünün aracı rolünü incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre psikolojik dayanıklılıkla depresif belirtiler arasında olumsuz bir ilişki olduğu ve psikolojik dayanıklılığın depresif belirtileri yordadığı bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinin sonucuna göre psikolojik dayanıklılığın pozitif bilişsel üçlü aracılığıyla depresif belirtileri azaltarak yaşam doyumunu arttırdığı belirlenmiştir (Erarslan, 2014).

Depresyon ve psikolojik iyilik halinin erken dönem uyumsuz şemalar ve pozitif algı ile ilişkisi ve psikolojik dayanıklılığın bu ilişkideki aracı rolü incelendiği bir araştırmanın sonuçlarına göre uyumsuz şemaların depresyonu olumlu yönde yordarken psikolojik dayanıklılığın bu ilişkide kısmi bir aracı rolü oynadığı saptanmıştır. Sonuç olarak psikolojik dayanıklılığın bilişsel risk faktörleri ve psikopatoloji arasında tampon rolünün olduğuna, pozitif algı ile birlikte psikolojik iyilik haline olumlu etki ettiğine ulaşılmıştır

(Sağ, 2016). Benzer şekilde kanser hastalarında yılmazlık ve iyi oluş düzeylerinin belirlenmesinin amaçlandığı başka bir araştırmanın sonucuna göre, tanı alma süresi ile yılmazlık ve iyi oluş arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişkiye ulaşılmıştır. Eğitim seviyesi yüksek, evli, çalışan, ekonomik durumu iyi ve şehir merkezinde yaşıyor olma durumları ile bireylerin yılmazlık düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak bireylerin yılmazlık ve iyi oluş düzeyleri arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Atalay, 2018). Depresif belirtilerle psikolojik sağlamlığın devamlılığı arasındaki ilişkinin incelendiği diğer bir araştırmanın sonucunda de psikolojik sağlamlığı düşük ve travma yaşayan kişilerin bir yıl içinde depresyona girmesinin daha olası olduğuna ulaşılmıştır (Rainey ve ark., 2014). Destekler nitelikte Gündoğan'ın (2017), depresyon hastalarına verilen psikolojik dayanıklılık merkezli psikoeğitimin; umutsuzluk, depresyon, varolan psikolojik dayanıklılık ve stresle baş etme düzeylerine etkisininin incelenmesinin amaçlandığı çalışmasında, psikoeğitim sonrası kontrol grubunda anlamlı bir farklılık görülmezken depresyon tanısı almış katılımcılarda ön teste oranla son testte daha az depresif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır.

Psikolojik sağlamlık olgusundan bahsedebilmek için risk ve koruyucu faktörlerle birlikte işlevselliğe katkı sağlayan olumlu bir sonucun da tanımlanması gerekmektedir (Cicchetti, 2010). Bireylerin iyi oluş süreçlerine katkı sağlayan göstergeler, olumlu sonuçlar bağlamında değerlendirilir (Rutter, 2006). Her risk faktörünün etkisi bireysel olarak farklılık gösterebileceği için net bir ölçüt olmamakla birlikte, iyileşme süreci zorlu olan vakalarda 'psikopatolojinin olmaması' ve gelişimsel uyum sorunu yaşayanlarda 'psikososyal uyum, akademik başarı, olumlu sosyal ilişkiler ve gelişim görevlerine uygun davranma' şeklinde ele alınmaktadır (Gizir, 2007; Masten, 2014). Bu bağlamda her insan tamamladığı gelişimsel dönemlerde hayat boyu strese neden olabilecek bir krizle karşılaşabileceği için koruyucu faktörlerin gelişimi yönüyle çaba göstererek, risk ve koruyucu faktörleri dengelemeye ihtiyaç duyar (Werner, 2004). Cinsiyete göre bağla Literatüre bakıldığında psikolojik sağlamlık düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediğini (Özer, 2013; Akgün ve Uz Baş, 2020; Tutal ve Efe, 2020; Ulukan, 2020; Erdemir ve ark., 2022; Aras ve ark., 2022) gösteren örnekler varken; cinsiyete göre farklılıkların olduğunu belirten, kadınların daha yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğu (Kılıç, 2014; Oktan, Odacı ve Berber-Çelik, 2014; Uçar, 2014; Turgut, 2015) ve

erkeklerin daha yüksek psikolojij sağlamlığa sahip olduğu (Erdoğan ve ark., 2015; Açıkgöz, 2016; Sezgin, 2016; Ernas, 2017; Şencan ve Yılmaz, 2024) gibi örnekler mevcuttur. Bu anlamda psikolojik sağlamlık bireye özgü olarak denge kurma çabasıyla ilişkilidir diyebiliriz.

2.3. Mizah

Mizah, her zaman ciddi olmak yerine olayların komik yanını görebilme yeteneği olup, insan davranışının ve günlük yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır (Kanbur ve Baştemur, 2023). Mizah; insanların kişiliğinin, bedenlerindeki dört sıvının miktarı tarafından belirlendiği Hipokrat'ın vurguladığı tez zemininden zaman içinde ruh durumunu belirtir hale gelmiştir. Dolaylı olarak hoşluk ve keyiflilik anlamlarıyla yakınlık kurularak en sonunda da şaka, alay ve nükte kapsamında değerlendirilmeye ve kullanılmaya başlanmıştır (Martin, 2004).

Mizah, Arapça kökenli bir kelime olup, 'şaka ve latife yapmak' anlamlarına gelen mezh kökünden türemiştir (Durmuş, 2005). Türkçe sık kullanımı olmasa da gülmece olarak tanımı yapılmaktadır. Gülmecenin kelime anlamı, 'Eğlendirme, güldürme ve bir kimsenin davranışına incitmeden takılma amacını güden ince alay; humor' ve 'gerçeğin güldürücü yanlarını ortaya koyan edebiyat türü; ironi' olarak açıklanmaktadır (TDK, 2022c). Mizah, sıvı ve nemli anlamlarını taşıyan isim hali 'umor' olan Latince olarak 'humere' kelimesi ile tanımlanır. Bu iki kelime de ıslaklık anlamındaki Yunanca 'hygros' kelimesinden türemiştir (Cavanaugh, 2002). İngilizce karşılığı ise 'humor' kelimesidir ve 'mizah, komiklik, gülünçlük' anlamlarına gelmektedir (Cambridge Dictionary, 2024c). Mizah kavramı, duyguların güçlü bir şekilde etkilendiği, komik, eğlenceli ve içinde eleştirel bir yön de barındıran hayata tebessümle bakabilme sanatı olarak ifade edilir (Bağ, 2020; Recepoğlu 2015). Çoğu zaman eğlenceli bir dürtü ile başlayıp gülme gibi bir eylemle sonlanarak kişiyi mutlu eden bir durum olan mizah, eğlendiren ifade ve gülmeyi oluşturan nesne ya da güzel vakit geçirmeyi sağlayan her şeydir (Yardımcı, 2010).

Mizahın birçok düşünür tarafından çeşitli tanımlamaları olmuştur. Bergson'a (2014) göre mizah, 'ahlaki olanın bilimsel olana aktarılmasıdır'. Platon ise mizahı, 'şaka kılıfıyla gerçeği dile getirmektir' şeklinde tanımlar ve kişilerin ifade etmek isteyip de toplumsal normlar nedeniyle dile getiremedikleri düşüncelerini mizah yoluyla ifade ettiklerini

belirtir (akt. Özdolap, 2015). Maslow (1954) ve Rogers (1961) mizah duygusunu, kendini gerçekleştirmiş kişilerin bir özelliği olarak tanımlar. May (2018b) için ise mizah, "kişinin benliği ile yüzleştiği sorun arasına 'mesafe' koymasının sağlıklı bir yöntemi, geriye çekilip soruna başka bir perspektiften bakmasının bir yoludur". Frankl (2020), mizah duygusuna sahip olmayı yaşam çabasında öğrenilen bir hile olarak değerlendirir ve mizahı, "bireylerin kendilerini koruma savaşında ruhun önemli bir silahı" olarak tanımlar. Freud (1905; 1928) için ise mizah, duygusal enerjiyi koruyarak insanların olumsuz deneyimlerinde gerçekçi bir bakış açısı ile baş etmelerini sağlayan adaptif bir savunma mekanizmasıdır.

2.3.1. Mizahın Tarihsel ve Psikolojik Süreçte Değerlendirilmesi

Tarihsel süreçte değerlendirildiğinde mizah; Ortaçağ'da sindirime yardımcı olduğuna inanıldığından büyük yemek salonlarında saray soytarıları ile soyluları eğlendirmek için kullanılmıştır. On üçüncü yüzyılda cerrahi müdahaleler için anestezi olarak kullanılırken, 16. yüzyıldan sonra depresyon tedavisi için kullanılmıştır. Yirminci yüzyılda iyileştirici özelliği ön planda değerlendirilmeye başlanarak iyileştirici bir yaklaşım olma yönünde ilerlemiştir (akt.Yardımcı, 2010; Özdolap, 2015).

Mizahın psikolojik süreci; sosyal bağlam içinde karşılaşılan uyumsuzlukları algılayarak bunları işleme, algılamaya bağlı olarak gelişen neşe duygusu ve sonuç olarak da gülme davranışının meydana gelmesidir (Özdolap, 2015). Psikolojik süreç işleyişi bağlamında değerlendirildiğinde mizah, temelinde sosyal bir olgudur. Eğlenceli bir durumun oluşturulmasında ya da algılanmasında, zihinsel süreçleri ve bunlara karşı hoşlanmaya sebep olacak duygusal tepkileri de içeren oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır (Yerlikaya, 2009). Psikolojik açıdan ele alındığında dört temel bileşenin mizah sürecini oluşturduğu görülür (Martin, 2007):

1) "Sosyal bağlam
2) Bilişsel-algısal süreç
3) Duygusal bir tepki
4) Sesli ve davranışsal gülme ifadesi"

Mizah süreci, dört temel bileşeni kapsamında şu şekilde açıklanmaktadır:

Bireyler bir topluluk ya da başkaları ile birlikte zaman geçirirken yalnız olduğu durumlara oranla daha sık şakalaşmakta ve gülmektedir. Bu bağlamda mizah üretmek ya da yapılan mizahı anlamak için çevreden veya hafızadan gelen bilgi, zihinsel olarak işlenip değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucu ortaya duygusal bir tepki, neşe ortaya çıkar. Oluşan duygusal tepkinin sonucunda da kahkahanın sesli ya da davranışsal ifadesi meydana gelmektedir (Wild ve ark., 2003; Martin, 2007).

2.3.2. Mizahla İlgili Kuramlar

Tarihsel süreç içinde incelendiğinde mizah olgusunu açıklamak için birçok kuramsal çerçevenin öne sürüldüğünü görürüz. Bu kuramsal çerçevelerin özünde; "Gülme nedir? Gülmeyi tetikleyen durumlar nelerdir? Neden güleriz?" gibi soruların cevapları merak konusu olmuştur (Sütcü, 2022). Bergson'un (2018) ifadesi bu durumu örnekler niteliktedir: "Bu denli çeşitli üründe aynı olup da kimine nahoş kimine hoş bir koku bahşeden o esansı hangi damıtma yöntemi verebilir bize?". Birçok düşünür tarafından değerlendirilmiş olan mizah olgusuna açıklamalar getiren çeşitli kuramlar mevcuttur. Burada en temel üç kuram olan 'Üstünlük Kuramı', 'Rahatlama Kuramı' ve 'Uyuşmazlık Kuramı' ele alınmıştır.

2.3.2.1. Üstünlük Kuramı

Gülme üzerine en eski kuram olan üstünlük kuramının temelinde, kendimizi başkaları ile ya da geçmişteki halimizle karşılaştırdığımızda daha üstün görmemiz böylelikle diğer insanların hareketlerine gülme ve onlarla dalga geçme yatmaktadır. Mizah deneyiminin merkezinde alay vardır (Keith-Spiegel, 1972).

Üstünlük kuramını oluşturan düşüncelerin başlangıcı Platon ve Aristoteles'e kadar dayanmaktadır (Sütcü, 2022). Platon'a göre mizah, başkaları üzerinde duyulan üstünlük hissinin verdiği haz ile başkalarının üstünlükleri karşısında hissedilen acının birleşiminden doğar. Bu doğrultuda Platon (1998) için komik olanın özünde; insanların kendilerini olduklarından daha üstün gösterme çabalarına karşı diğerlerinin bunları gülünç bulması, aslında üstün gösterme çabasındaki kişilerin kendilerini bilmemelerinden kaynaklanan cehalet vardır. Aristoteles de gülmenin özünde alayın olması fikriyle Platona katılmaktadır. Gülmenin ve komiğin insana özgü olduğu görüşündedir (Aristoteles, 2004). Ayrıca küstahlık kavramını ele alır ve kişilerin küstahlık göstererek kendilerini üstün

gördüklerini belirtir. Bu doğrultuda Aristoteles için gülünç olan, kusura ve soylu olmayana dayanmaktadır (Aristoteles, 2005).

Hobbes (2007), gülmenin temelinde bencillik güdüsü olduğu görüşündedir ve gülmeyi, kişinin başkalarında gördüğü zayıflıkları kendisindeki seçkinliklerle karşılaştırması sonucu bir 'zafer duygusu yaşama anı' olarak değerlendirir. Rekabet anlayışının ortaya çıkma sürecini ele alan Adler (2020): "İnsan olmak, kendini yetersiz hissetmek ve üstün bir konumu ele geçirmek üzere çaba harcamaktır" diyerek aşağılık duygusuna karşı üstünlük sağlama çabasının doğuştan geldiğini belirtir. Hobbes (2007) için gülmenin özünde, kişilerin bu güç elde etme çabasını içeren rekabetlerinin ve diğerlerine karşı üstün olma çabalarının barındığı bencil doğaları vardır.

Bergson, gülmenin zihinsel bir sürece hitap ettiği, arı zekaya seslendiği görüşündedir ve bizi duygulandıran kişilere gülmenin pek mümkün olmadığını belirtir. Gülmenin insana özgü olduğu görüşüyle Aristoteles'e katılmaktadır. Bununla birlikte gülmenin, utanç hissettirme yönünden karşılaşılabilecek uyumsuzluklar üzerinde bir çeşit cezalandırma yoluyla düzeltme sağlaması açısından, toplumsal boyutuna da dikkat çekmektedir (Bergson, 2014). Bergson, gülmeyi değerlendirirken sebep olarak sadece komiği ele almış diğer durumlardan bahsettiği belirtilmektedir (Erkek, 2017). Üstünlük kuramı temelindeki bir diğer görüş de Lorenz'e aittir. Lorenz (2002) için gülme, kontrol altına alınmış bir tür saldırganlık durumudur.

2.3.2.2. Rahatlama Kuramı

Rahatlama kuramı, gülmenin sinirsel enerji boşalımı olarak görüldüğü ve daha çok fizyolojik yönden değerlendirildiği bir bakış açısıdır. Bu kuramda, gülme sonucu oluşan rahatlama hissine neden olan durumlar üzerine odaklanılır (Meyer, 1990).

Rahatlama kuramına yönelik açıklamalara ilk kez Shaftesbury'in makalesinde rastlandığı belirtilmektedir. Ruhsal enerjinin mekanik enerjiye dönüştüğü, belirli bir yoğunluğa ulaşan duyguların kendilerini fiziksel hareketlerle gösterdikleri fikirlerini ortaya atan ise Spencer'dır (Morreall, 1997). Spencer için gülme, birikmiş olan sinirsel enerjinin ani boşalımı ya da uyumsuz bir durumun son anda algılanması ile oluşan fiziksel bir tepki olarak meydana gelmektedir. Duygular, sinir sisteminde biriktirilen enerjidir (Keith-

Spiegel, 1972; Morreall, 1997). Spencer'dan etkilenen başka yaklaşıma sahip John Dewey de gülmeyi, sinirlerin aniden boşalması olarak değerlendirmektedir (Dewey, 1894).

Freud'un rahatlama kuramına yönelik görüşlerinde ruhsal enerjinin, cinsel ve saldırgan düşünceleri bastırmak için kullanıldığı; gülmeyle bu baskının ortadan kalkarak kişilerin rahatlama yaşadıkları vurgulanır (Morreall, 1997; Keith-Spiegel, 1972). Freud gülmeyi; şakalar, komik durumlar ve mizah başlıklarıyla değerlendirerek üç şekilde ele alır. Şaka yaparken, bastırılmış duygu ve düşünceler için kullanılan enerji; komik durumlarda, düşünülmeden verilen tepkilerdeki kullanılmayan enerji; mizah için, duygularımızca kullanılmayan enerji, gülme şeklinde boşalıma uğrayarak rahatlama sağlamaktadır (Freud, 1998). Freud bu biriken duygu yoğunluğunun yasaklanan duyguları bastırmak için kullanıldığını savunurken, Spencer için bu biriken enerji herhangi bir duygu için meydana gelmiş ve aniden gereksiz olduğu fark edilmiş duygulardır. Bunların ani boşalımı, genellikle fiziksel olarak kendini gülme ve kahkaha olarak gösterir, rahatlama hissini beraberinde getirmektedir (Morreall, 1997). Bahsi geçen ve daha birçok yaklaşımda farklılıklar belirtilmiş olsa da enerji boşalımıyla gelen rahatlama noktasında fikir birliği olduğu görülmektedir.

2.3.2.3. Uyuşmazlık Kuramı

Mizah anlayışına açıklık getirmek için ortaya çıkan diğer bir yaklaşım da uyuşmazlık kuramıdır. Bu kuramın temelinde karşılanmamış beklenti yer alır (Morreall, 1997). Duygusal olmaktan çok bilişsel işlev ön plandadır ve üstünlük kuramıyla benzerlikler barındırsa da bu yönüyle ondan ayrılmaktadır. Bu kuramda gülme, bir çeşit algılama ve anlamlandırma farklılıkları sonucu meydana gelmektedir (Keith-Spiegel, 1972; Morreall, 2009).

Aristoteles (2004), Retorik adlı eserinde konuşmacı için iyi bir güldürme yolunun, dinleyiciler üzerinde belli bir beklenti oluşturup sonrasında beklenmedik bir durumla onları şaşırtmak olduğunu belirtir. Bu yönüyle ilk olarak uyuşmazlık kuramının temeline değinmiş olsa da tam bir temsilcisi sayılmamaktadır. Uyuşmazlık kuramının önemli temsilcileri arasında Kant ve Schopenhauer bulunmaktadır (Can ve Eke, 2023). Kant'a (1987) göre gülme, kişinin beklenilene ulaşamaması, umduğunu bulamaması ve sonucun hiçliğe varması gibi durumlarla oluşmaktadır. Schopenhauer'e (1909) göre gülme,

nesneler arasındaki uyumsuzluğun aniden farkına varılması ile meydana gelmektedir. Kant'ın belirttiği gibi beklentinin boşa çıkması ile değil beklentiyi oluşturan durumların uyumsuzluğuna yönelik ani bir fark etme ile oluşmaktadır.

Sonuç olarak uyuşmazlık kuramı gülmeye açıklama getirirken, düşünce ile algı arasında uyumsuzluğun ve algının düşünce üzerindeki doğruluğunun fark edilmesiyle meydana gelen mizahi hazza odaklanır. Daha birçok düşünür tarafından değerlendirilmiş ve açıklama getirilmiş olan bu teorinin özünde zihinsel bir tepki sonucu gülmenin oluştuğu ve birbiri ile bağdaşmayan fikir ya da durumların olduğu bulunmaktadır (Morreall, 2009).

2.3.3. Mizahın Fonksiyonları

Mizah, sadece bir eğlence aracı olarak değil sağlığa etkisi yönünden çok boyutlu olarak değerlendirilmekte ve psikolojik, fiziksel, bilişsel ve sosyal fonksiyonları ile pek çok yarar sağlamaktadır (Aydın, 2005; Kahya, 2019).

2.3.3.1. Psikolojik Fonksiyon Yönüyle Mizah

Psikoloji bağlamında değerlendirildiğinde mizah, bireylerin içinde bulundukları olumsuz koşulların o kadar da korkutucu olmadığını, ona bu anlamı yükleyenin kendisi olduğunu göstererek strese, anksiyeteye, gerginliğe ve bunların getirdiği olumsuzluklara karşı koruyucu bir etki sağlar (Astedt-Kurki ve ark., 2001; Öz ve Hiçdurmaz, 2010). Kişinin benlik saygısını olumlu yönde etkiler (Aydın, 2005). Kişilerin davranış şekillerini de etkileyen mizah, göz teması kurma, daha fazla konuşma, aktif beden dili kullanma ve gülümseyerek pozitiflik sağlama gibi davranışlarla iletişim becerilerinin gelişimine katkı sağlar (Berk, 2001). Sosyal ortamlarda kabul görme ve aidiyet hissi, mizahı kullanma ile gelen bilişsel ve entelektüel becerilerin gelişimi, benlik saygısı ve özgüven duygularını olumlu yönde pekiştirir (Yerlikaya, 2009). İnsanda mizah duygusunun hiç olmayışının düşük benlik saygısı ile ilgili olduğu belirtilir. Mizah, stres düzeyini azaltmada ve kontrolünü sağlamada etkilidir (Balick ve Lee, 2003). Stres, düşünce ve olayı değerlendirme biçimiyle alakalı bir durumdur. Kişide strese neden olan, olaylardan çok bireylerin olaylara verdiği anlamdır (Astedt-Kurki ve Isola, 2001). Shakespeare'in (2007) dediği gibi "hiçbir şey iyi ya da kötü değildir, onu iyi ya da kötü yapan şey düşüncelerdir". Mizah, strese sebep olan duyguların daha hoş duygular ve olumlu düşünceler ile yer değiştirmesini sağlar. Ayrıca uyumlu bir mizah duygusu, kişinin kendisine de

gülebilmesini sağlar ve hoş olmayan konularla baş etmesi için savunma mekanizmalarını harekete geçirir (Sultanoff, 2001). Mizah, durum değerlendirmesi ve stres yönetimi açısından adaptif bir başetme mekanizmasıdır (Berk, 2001).

2.3.3.2. Fiziksel Fonksiyon Yönüyle Mizah

Mizah fiziksel açıdan değerlendirildiğinde, gülme ile endokrin sistemin uyarılarak kandaki endorfin miktarının arttığı ve rahatlama hissedildiği, beynin sağ hemisferinin aktifleşerek bireyin vücut ısısını ve acı algısını düşürdüğü belirtilir (Martin, 2007). Ayrıca gülme esnasında kaslar aktifleşerek kasılır ve sonrasında gevşeyerek kişiye rahatlama sağlar (Berk, 2001). Kasların kasılıp gevşemesi ile kas gerginliği azalır. Kalp hızı ve kan basıncı artarak dolaşım hızlanır. Solunum derinliği ve hızı artar (Sultanoff, 2001). Ağrıya karşı duyulan tolerans kuvvetlenir. Immün globülin A düzeyi artarak immün sistemi güçlendirir (Astedt-Kurki ve Isola, 2001).

2.3.3.3. Bilişsel Fonksiyon Yönüyle Mizah

Gülme, öğrenmeyi ilerletmek için beynin her iki tarafını da uyararak beyin fonksiyonlarını geliştirir (Ulloth, 2002). Bir iş ile uzun süre meşgul olmak, konsantrasyon kaybına neden olarak öğrenme ve üretkenlik üzerinde olumsuz etkiler meydana getirir (Aydın, 2005). Mizah, dikkati toparlayarak ve konsantrasyonu artırarak öğrenme sürecini ve öğrenilen bilgilerin hatırlanmasını kolaylaştırır (Ulloth, 2002). Bireylerin sorunlara yönelik problem çözme ve başetme becerilerini de geliştirerek olayların geniş bir perspektiften değerlendirilmesini sağlar (Tuğut ve Kaya, 2017).

2.3.3.4. Sosyal Fonksiyon Yönüyle Mizah

Sosyal yönden mizah, kişilerin birliktelik, samimiyet, yakınlık ve arkadaşlık duygularını güçlendirerek diğer kişilerle etkili iletişim kurmasına yardımcı olur (Beck, 1997). Kişilerarası ilişkilerde yaratıcılığı destekleyerek üretkenliği arttırır ve yapılan işten doyum sağlar. Olası çatışmaların yapıcı bir şekilde çözümlenmesine olanak verir. Kurulan yakın bağların güçlenmesine yardım eder (Aydın, 2005). Benlik saygısının yükselmesinde etkili olan mizah, bireyin güvensizlik duygusunu azaltarak sosyal ilişkileri güçlendirir (Berk, 2001). Pozitif etkileşimleri kuvvetlendirmede yapılan şakalar ve esprilerle mizah iletişimde kolaylaştırıcı olarak rol oynar (Aktura ve ark., 2021). Ayrıca bireylere kendi deneyimlerini rahat bir şekilde sunma olanağı vererek, insanlar arasındaki statü

farklılıklarından doğan iletişimsizlikleri de ortadan kaldırarak etkileşimin sağlamlaştırılmasına yardımcı olur (Yardımcı, 2010). Kültürel özellikler nedeniyle birbirinden farklı olan insanlar arasında köprü görevi görerek ortak bir bağlamda etkileşime olanak tanır (Olsson ve ark., 2002). Destekler nitelikte Özyürek ve arkadaşlarının (2023) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, empatik ve sosyal öz yeterlik ile mizah duygusu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda, öğrencilerin empatik ve sosyal yeterlikleri ile mizah duygusunun cinsiyet ve uyruk değişkenine göre anlamlı olarak farklılık gösterirken; yaş ve öğrenim gördüğü alan değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Empatik ve sosyal öz yeterlik ile mizah duyguları arasında ise orta düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Fonksiyonları ile yarar sağlayan mizah küçümseme, alay ve öfke gibi duyguları da barındıran çok boyutlu bir kavramdır (Martin, 2007). Mizah, kullanıldığı çevresel ve sosyal koşullar içinde farklılaşmalar gösterebilir ve kişide öfke, kızgınlık gibi duygularla olumsuz bir etkiye de neden olabilir. Dolayısıyla bireylerde mizahın kullanım amacı ve içeriği ile mizah tarzlarında farklılık görülür (Öner, 2012).

2.3.4. Mizah Tarzları

Mizah, sadece olumlu yönlere sahip bir kavram değildir koşullara göre farklılaşma gösterebilmektedir (Yerlikaya, 2009; Öner, 2012). Kullanım amacı ve şekline göre kişinin kendisinde ya da karşı tarafta benlik saygısını zedeleyici durumlara sebep olabilecek yıkıcı etkilere de sahip olması ile çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmektedir (Martin, 2003; Özdolap, 2015). Mizahın çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesinde Martin ve arkadaşlarının (2003) belirttikleri model duruma açıklık getirmektedir. Bu modelde mizahın günlük hayattaki kullanım şeklinin psikolojik iyi oluş üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri ile olan ilişkisi açıklanmaktadır. Mizah tarzları şeklinde ortaya atılan bu görüş, var olan bu karmaşık ilişkiyi büyük oranda anlaşılabilir kılmaktadır.

Mizah tarzlarını belirlemede değerlendirilen ilk ölçüt, mizahın hangi amaçla kullanıldığıdır (Martin ve ark., 1993). Kişi mizahı kendisini iyi ve değerli hissetmek için bireysel fayda amacıyla kullanabilmektedir. Bu durum kişinin diğerlerine karşı üstün hissetme isteği ile ilişkilendirilebilir ve üstünlük kuramı ile bu durum açıklanabilir (Keith-

Spiegel, 1972). Buna bağlı olarak mizah kullanımı ile fizyolojik açıdan rahatlamak ya da Freud'un (1928) belirttiği gibi negatif duyguları bastırarak kişinin kendisini iyi hissetmek amacıyla kullanımı da bu kapsamda değerlendirilmektedir. Diğer bir kullanım amacı ise kişilerarası ilişkileri destekleyerek, sosyal ortamlarda pozitif bir etki oluşturma maksadıyla sosyal ilişkileri geliştirmek için kişinin mizahı kullanmayı tercih etmesidir (Martin et al, 2003). Bahsedilen bu ikinci durumda birey, kişilerarası çatışmaları önlemek ve çevre ile olan etkileşimini olumlu yönde besleyerek geliştirmek için mizahı kullanır (Yerlikaya, 2009).

Mizah tarzlarındaki farklılıklarında değerlendirilen ikinci ölçüt, ilk ölçütte olduğu gibi iki boyut barındırır; bunlar, mizahın uyumlu ya da uyumsuz olarak ne şekilde kullanıldığıdır (Çetin, 2023). Mizah, kişi tarafından kimseyi incitmeden ve kırma amacı barındırmadan kullanılabileceği gibi başkasına zarar vermek maksadıyla da kullanılabilmektedir (Atabay, 2019). Mizahın günlük hayattaki kullanımının birbiriyle olan farklı kombinasyonlarından 2x2'lik modelde dört farklı tarz ortaya çıkmaktadır (Martin ve ark., 2003). Bunlar; katılımcı mizah, kendini geliştirici mizah, saldırgan mizah ve kendini yıkıcı mizahtır.

2.3.4.1. Katılımcı Mizah

Kişinin başkalarıyla ilişkilerini olumlu yönde geliştirmek için mizahı diğerlerine zarar vermeden kullanmasını içeren mizah türüdür. Uyumlu mizah tarzlarından bir tanesidir (Hampes, 2010). Mizahın, kişilerarası ilişkileri kuvvetlendirme amacıyla şakalar yapma, ortamın gerginliğini azaltmak için komik şeyler söyleme şeklinde kullanılmasını kapsar (Martin ve ark., 2003). Sosyal ilişkilerde samimiyetin artmasına olumlu katkıları olan bu mizah tarzında, kişi yaptığı esprilerde kendini çok da ciddiye almama eğilimindedir. Fakat kişi kendini eleştirirken ya da kendiyle alakalı komik şeyler anlatırken kendi ihtiyaçlarını gözeterek saygınlığını korur ve karşı tarafın da zarar görmemesine dikkat eder. Depresyon (Yerlikaya, 2009), anksiyete (Yerlikaya, 2009; Öner, 2012), öfke, düşmanlık (Avcı, 2012) ile negatif yönde; özsaygı, samimiyet, psikolojik iyi oluş (İlhan, 2005), dışadönüklük, neşelilikle pozitif yönde ilişkilidir (Martin ve ark., 2003).

2.3.4.2. Kendini Geliştirici Mizah

Kişinin mizahı başkalarına zarar vermeden kendi faydası için kullanmasını kapsayan mizah türüdür (Martin ve ark., 2003). Bir diğer uyumlu mizah tarzıdır ve kavramsal olarak mizah yoluyla başa çıkma ile de ilişkilidir (Martin, 1996; Martin ve ark., 2003). Bu türde mizahın kişisel olarak algılanması yeterlidir, bu algının başkalarıyla paylaşılması gerekli değildir. Bu yönüyle daha çok intrapsişiktir (Kuiper ve ark., 1993). Mizahın bu şekliyle kullanımı, başkaları olmadığı zamanlarda da karşılaşılan olumsuz durumlara yönelik bakış açısını değiştirerek mizahın bir başa çıkma aracı olarak ele alınmasını ve böylelikle bir duygu yönetimi olarak kullanılmasıyla ilişkilidir (Martin ve ark., 1993). Uyumlu mizah tarzları arasında daha içe dönük bir yapıya sahip olmasından içsel çatışmaların çözümlenmesinde daha etkilidir (Martin ve ark., 2003). Öz saygı, psikolojik iyi oluş (İlhan, 2005), deneyime açıklık ile pozitif yönde; depresyon (Yerlikaya, 2009), anksiyete (Yerlikaya, 2009; Öner, 2012), öfke gibi olumsuz duygularla negatif yönde ilişkilidir (Martin, 1996; Martin ve ark., 2003).

2.3.4.3. Saldırgan Mizah

Saldırgan mizah, başkalarını düşünmeden ve sosyal açıdan uygun bulunmayan şekilde mizahın kullanmasıdır (Martin ve ark., 2003). Bireylerin mizahı kendi yararına fakat başkalarına zarar verecek şekilde kullanmasını içeren mizah türüdür (Yerlikaya, 2009). Uyumsuz mizah tarzlarından biridir. Bireysel üstünlük ve haz duyma amaçlarını taşımaktadır. Karşı tarafa yönelik dalga geçme, küçük düşürme, aşağılama, olumsuz bir şekilde yargılama gibi amaçlarla kullanılmasını içerdiği gibi bu yolla karşı tarafı manipüle etmek de bu tarzın bir özelliğidir (Janes ve Olson, 2000; İlhan, 2005). Mizahın bu şekilde karşı tarafı önemsemeden ve hesaba katmadan kullanımı, kişilerin çevresindeki insanlarla olan ilişkilerini olumsuz etkileyerek onların uzaklaşmasına neden olabilir ve kişilerarası ilişkileri bozabilir (Miczo ve ark., 2009). İlişki doyumu, hoşnutluk (Yerlikaya, 2007), yumuşak başlılık gibi kişilik özellikleri ile negatif yönde; kızgınlık, saldırganlık, düşmanlık ve nevrotizm gibi özelliklerle pozitif yönde ilişkilidir (Martin ve ark., 2003; Avcı, 2012).

2.3.4.4. Kendini Yıkıcı Mizah

Bireylerin mizahı başkaları ile olan ilişkilerini geliştirmek için kullanırken kendilerine zarar vermelerini kapsayan mizah türüdür. Bir diğer uyumsuz mizah tarzıdır. Bu tarzda kişi başkalarını eğlendirmek ve sosyal ilişkilerini kuvvetlendirmek için mizahı, kendini yerecek ve küçük düşürecek şekilde kullanır (Martin ve ark., 2003). Kendisi ile alay edilmesine olanak tanır ve kendine gülenlere eşlik eder (Hampes, 2010). Kişilerarası ilişkilerde kabul görme ve onaylanarak diğerlerinin sevgisini kazanma amacıyla kişi kendi aleyhinde söylem ve davranışlarda bulunarak başkalarının alay konusu olmayı kabul eder (Aslan, 2017). Her ne kadar eğleniyor ve mutluymuş gibi görünse de temelde bir problem çözümünden kaçış vardır. Bireylerin üzgünken bile mutluymuş gibi davranarak duygularını inkar etmesi bu mizah tarzının özelliklerindendir (Yerlikaya, 2009). Tatminkar ilişkiler (Avcı, 2012), psikolojik iyi oluş, yüksek benlik saygısı ile negatif yönde; depresyon (Yerlikaya, 2009), anksiyete (Yerlikaya, 2009; Öner, 2012), nevrotizm (Avcı, 2012) ile pozitif yönde ilişkilidir (Martin ve ark., 2003).

Bahsedilen mizah tarzlarından kendini geliştirici ve katılımcı mizah, ruhsal sağlığı olumlu yönde etkileyerek fayda sağlayan uyumlu mizah tarzlarıdır (Martin ve ark., 2003). Kuiper ve arkadaşları (2004), kendini geliştirici ve katılımcı mizahın, özyeterlik, güçlü bir başetme ve daha yüksek benlik saygısına sahip olma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bunu destekler nitelikte Ford ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada, mutluluğun iki uyumlu mizah tarzıyla pozitif ilişkili olduğu ve uyumsuz mizah tarzlarıyla negatif ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır.

Uyumsuz mizah tarzlarından biri olan saldırgan mizah kullanan kişilerin empati düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (Hampes, 2010). Saldırgan mizahı kullanan bireyler, empati yoluyla karşılarındaki kişinin acısını da deneyimleyecekleri için bundan kaçınma eğiliminde olmaları beklenir. Bu mizah tarzını kullananların, insanların kendilerinden uzaklaşmalarına neden olacak davranışlarda bulundukları için empati yeteneklerini geliştirebilecek sağlıklı bir sosyal ortamın varlığından da mahrum olacağı belirtilmektedir (Çetin, 2023). Yapılan başka bir araştırmada saldırgan mizah kullanımı ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ünal ve Kuzlu Ayyıldız, 2023).

2.4. Mizah, Başetme ve Psikolojik Sağlamlık

Lazarus ve Folkman (1984) stresi, "birey ile birey tarafından kaynaklarını tüketecek ya da aşacak ve iyi oluş halini tehlikeye sokacak şekilde değerlendirilen çevresi arasındaki özel bir ilişki" şeklinde tanımlayarak stresin, birey ve onun çevresi ile olan etkileşimiyle meydana gelebileceğini ve potansiyel olarak strese sahip bir durumun bu doğrultuda değerlendirildiğinde ortaya çıktığını öne sürmüştür. Bu bağlamda mizahın, stres azaltıcı etkileri yönüyle çevresel bilginin daha gerçekçi işlenerek daha olumlu bilişsel değerlendirmeler sağlaması ve bu şekilde durumun daha az tehdit edici olarak algılanmasını sağlaması ve hem duygusal hem fizyolojik gerilimi azaltarak duygusal değişim sağlaması gibi nedenlerle özellikle stresle başetmede etkili bir yol olduğu vurgulanmaktadır (Abel, 2002; Öz ve Hiçdurmaz, 2010). Fakat mizah, stresli bir durumdan kaçınmak için komik şeyler düşünerek sorunu erteleme ya da anlık olarak kaygıdan kaçınma amaçları ile de kullanılabilir. Bu durum, kişilerarası ilişkilerde hoş karşılanmaz ve geçici bir rahatlama sağlayarak durumu çıkmaza sürükleyebilir (Yerlikaya, 2009).

Freud, mizahı hoş olmayan durumlar karşısında bireylerin sıkıntı verici duygulardan kendini sıyırarak yüzleşebilmesini sağlayan adaptif bir savunma mekanizması olarak tanımlarken, May de benlik ile yüzleşilen sorun arasına mesafe koyarak başka bir açıdan soruna bakmanın bir yolu olarak değerlendirmiştir (Freud, 1905; May, 2018b). Freud ve May'in değerlendirme şeklinden yola çıkarak Lefcourt ve arkadaşları (1995) mizahı, kişinin deneyimlerini ya da kendisini daha az ciddiye alması yoluyla yaşadığı veya yaşayacağı olumsuz deneyimlerden uzaklaşarak tehdit içeren koşulların sebep olacağı duygusal tepkileri azaltma imkanı tanıyan duygu merkezli bir başa çıkma stratejisi olarak tanımlamış ve bunu 'perspektif kazanma mizahı' şeklinde adlandırmışlardır. Mizah, stres verici durumlardan uzaklaşma sağlayarak kişinin gerçeklik temelinde hissettiği kaygılardan önemli derecede kurtulmasına yardımcı olması yönüyle duygu merkezli başa çıkmada oldukça etkili bir yöntem olarak ele alınmaktadır (May, 2018b). Ancak mizah, problem merkezli bir başetme stratejisi olarak da kullanılabilir. Şakalar yoluyla gergin bir ortamı yumuşatmak, öfkelenmiş birini mizahi bir yaklaşımla yatıştırmak ya da toplumsal çatışmaları ve kişilerarası problemleri mizahi bir yol kullanarak iletmek mizahın problem merkezli başa çıkma stratejisi olarak kullanımına örnek verilebilir (Yerlikaya, 2009).

Maslow (1954), mizahın kendini gerçekleştiren bireylerin özellikleri arasında olduğunu belirterek, kendini gerçekleştiren kişilerin başkaları ile dalga geçmek yerine genel olarak insanlığa güldüklerini belirtir. Bireylerin, insanların tavırları karşısında daha hoşgörülü ve esnek olabilmelerini sağlayan bu mizahi anlayış, zorlayıcı durumlardan etkilenme düzeyini azaltmada kişiye yarar sağlamaktadır. İnsanlara karşı daha hoşgörülü ve esnek olabilmeyi sağlayan bu anlayış sayesinde iletişimde olası gerilimleri ve kişilerarası çatışmaları azaltarak daha iyi yönetebilmek, diğer insanların yaşadıkları olumlu duyguları zenginleştirmek bireyler için daha doyurucu sosyal ilişkilere sahip olabilmeye imkan tanır (Martin, 2004). Mizahın stres etkilerini azaltmadaki bir diğer rolü, sosyal destek ağının zenginleştirilmesi yoluyla gerçekleştirilebilmektedir. Mizahın bu yöndeki diğer bir işlevi de kişiye sosyal ilişkilerinde diğer insanlar üzerinde bırakacağı çekicilik etkisidir (Martin ve ark., 2003). Birey bu özelliği sayesinde etraf tarafından sürekli şikayet eden biri yerine, mizahi bir yaklaşımla başa çıkmaya çalışan biri olarak daha kabul edilebilir değerlendirilebilir ve diğerlerinin beğenisini kazanarak geniş bir ilişki ağına sahip olabilir (Nezu ve ark., 1988).

Mizah duygusunun stres karşısında bir tampon görevi gördüğü yaklaşımıyla, yüksek mizah duygusuna sahip kişilerin diğerlerine kıyasla deneyimledikleri olayları daha az stresli olarak algıladıkları savunulmaktadır. Mizahın potansiyel olarak stresli bir olayla karşılaşıldıktan sonra hissedilen olumsuz duyguların azaltılmasında ise bireyler tarafından kullanılan bir başetme stratejisi olduğunu öne süren diğer bir yaklaşımla mizahın stres düzenleyici etkisi açıklanmaktadır (Martin, 2007). Mizah duygusunun yüksek olması, neşeli ve olaylara pozitif bakabilmeye yatkınlık olarak ele alınmakta ve karşılaşılan potansiyel tehditlere karşı daha az tepkisel davranılmaktadır. Olumsuz durumlar karşısında mizahın potansiyel faydası ise stresli durumlarla ilgili eğlenceli ve komik bir şeyler bulma yönündeki çabaları içermektedir (Yerlikaya, 2009). Mizah duygusu yüksek olan bireylerin, problem çözme ve olumlu yeniden yapılandırma başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıkları belirtilmektedir (Öz ve Hiçdurmaz, 2010). Mizah duygusu yüksek olan kişilerdeki başetme becerilerinin daha etkin olarak kullanımı; daha gerçekçi bilişsel değerlendirmeler yapmaları, daha yüksek benlik saygısına sahip olmaları, bakış açılarını değiştirebilme becerilerinin gelişmiş olması ile ilişkilidir (Yerlikaya, 2009; Tarhan, 2019). Mizah, bu yönleri ile deneyimlenen zorluklara ve sıkıntılara karşı bir denge unsuru olarak

değerlendirilerek özellikle ruh sağlığını korumada önemli bir rol oynamaktadır (Thorson ve ark., 1997). Mizahla başa çıkma düzeyi yüksek olan kişilerin, hayatlarındaki stres verici ve travmatik olayları yapıcı bir şekilde tekrardan değerlendirebilmeleri, bu kişilerin psikolojik sağlamlıklarının da güçlü olacağını göstermektedir (Richardson, 2002). Bunu destekler nitelikte Satıcı ve Deniz (2017) psikolojik sağlamlık ile iyimserliğin, mizahla başa çıkma ve iyilik hali ilişkisindeki aracılık rolünü inceledikleri araştırmalarında, mizahla başa çıkmanın psikolojik sağlamlığı ve iyimserliği yükseltebileceği; bu yükselmenin de iyilik halini güçlendirdiği sonucuna ulaşmıştır. Literatür incelendiğinde mizahın başetmede etkili bir yol olarak değerlendirildiği çalışmalar bulmak mümkündür:

Ebelik öğrencilerinin mizah tarzları ile stresle başetme yaklaşımları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir araştırmada stresle olumlu başetme tarzları ile uyumlu mizah tarzları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dağlar ve ark., 2018). Bunu destekleyen bir başka çalışma örneğinde üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve sonucunda; bireyin başa çıkma yöntemi olarak mizahı kullanma düzeyinin artması ile sürekli kaygı düzeyinin, algıladığı stres ve depresyon düzeyinin düştüğü bulunmuştur (Yerlikaya, 2009). Yetişkin bireylerin anksiyete bozukluğuna sahip olup olmaması ile kullandıkları mizah tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı başka bir çalışma örneğinde; kendini geliştirici mizah kullanımının, tanı almayan bireylerle yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve panik atak tanısı alan kişiler açısından anlamlı bir şekilde fark gösterdiği ve bunun tanı almayan kişilerde olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Öner, 2012). Mizah tarzlarının ele alındığı başka bir çalışma örneği olan ve örneklemini lise öğrencilerinin oluşturduğu Yerlikaya'nın (2007) yaptığı çalışmada, mizah tarzları ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgulara göre, kendini yıkıcı mizah tarzının kullanımı arttıkça boyun eğici yaklaşımın arttığı, saldırgan mizah tarzının kullanımının artmasıyla kendine güvenli ve iyimser yaklaşım düzeyinin azaldığı; katılımcı mizah tarzının kullanımının artmasıyla sosyal destek aramanın arttığı ve çaresiz yaklaşımın azaldığı, kendini geliştirici mizah tarzının kullanımının artmasıyla kendine güvenli yaklaşımın ve iyimser yaklaşımın artarak çaresiz ve boyun eğici yaklaşımın azaldığı saptanmıştır. Destekler nitelikte, sağlık çalışanlarının iş yerindeki iyi oluşları üzerinde mizahın sağlamlığa etkisinin incelendiği bir çalışmada,

mizah tarzlarının etkisi araştırılmış ve uyumlu mizah tarzları ile dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bhattacharyya ve ark., 2019).

Mizah öz yeterliliği, olumlu düşünmeyi, iyimserliği ve kontrol algılarını artırarak olumsuz düşünceleri, stres, depresyon ve kaygı algılarını azaltarak başetmeyi kuvvetlendirmeye ve psikolojik sağlamlığı iyileştirmeye yardımcı olmaktadır. Bu doğrultuda Crawford ve Caltabiano (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Çalışmada mizah becerilerini artırmaya yönelik bir program düzenlenip mizah grubu olarak isimlendirilen gruba uygulanmış, sosyal grup ve kontrol grubuyla süreç sonu karşılaştırma yapılmıştır. Sonuçlarda kontrol ve sosyal grubun aksine mizah grubunda iyi oluşun çeşitli endekslerinde önemli artışın olduğunu göstermiştir. Spesifik olarak, öz yeterlilik, olumlu duygu, iyimserlik ve kontrol algılarında artışlar meydana gelirken; algılanan stres, depresyon, kaygı ve stres düzeylerinde düşüşler tespit edilmiştir. Başka bir çalışma örneği olarak Hallaç (2010), genital organ kanseri tanısı alan hastalara yaptığı yarı deneysel çalışmasında, grup müdahalesinin stresle başa çıkma tarzlarının alt boyutu olan mizahın kullanımının daha çok olduğu ve psikososyal uyumları arttırdığı saptanmıştır. Adölesanlar ile yapılan bir araştırmada ise, mizahın çeşitli şekillerde kullanımının gün içindeki sıklığı ve gençlerin karşılaşılan durumlarla başa çıkma şekilleri değerlendirilmiştir. Mizahın sosyal etkileşimleri kuvvetlendirerek gençlerin iyi olmalarına katkı sağlayan bir kaynak olarak kullanımının baş etmeyi destekler nitelikte olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Cameron ve ark., 2010). Mizahın, psikolojik sağlamlık ve başetme üzerine etkileri olduğunu destekler nitelikte psikolojik sağlamlık ve mizah tarzları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma örneklerinde psikolojik sağlamlıkla, mutluluk düzeyi (Açıkgöz, 2016), katılımcı mizah ve kendini geliştirici mizah tarzları arasında pozitif; kendini yıkıcı mizah ve saldırgan mizah tarzları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Açıkgöz, 2016; Akgün ve Uz Baş, 2020).

Hastaların uyum sistemlerinin çeşitli değişkenlere verdiği yanıtları ve nasıl çalıştığı psikolojik sağlamlık ile birlikte daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır (Masten, 2001). Bunu destekler nitelikte; ergenlerdeki psikolojik sağlamlıkları algılanan sosyal destek, sosyal bağlılık ve mizah kullanımı açısından inceleyen bir çalışmada, mizahın psikolojik sağlamlığı yordadığı, psikolojik sağlamlık ile mizah arasında pozitif ilişki olduğu

görülmüştür (Mete, 2017). Psikolojik danışmanlarla yapılan mizah yoluyla başa çıkma ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolünün incelendiği başka bir araştırmanın sonucunda mizah yoluyla başa çıkma, psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Kaya ve Yağan, 2022).

Stresle başetmede etkili olan mizah, iş kapsamı dolayısıyla stresi bünyesinde barındıran hemşirelik bakımında, doğrudan ve dolaylı yoldan etkileri olan bir faktör olarak değerlendirilebilir (Aydın, 2005; Başkaya ve Demir, 2018). Hemşirelik, hasta ve çare arayan kişilerle iletişim halinde olması yönüyle hemşirelerde yeterli başetmenin olmaması durumlarında tükenmişliğe neden olabilecek özellikler barındırmaktadır (Öz ve Hiçdurmaz, 2010). Hemşirelerin iş stresini azaltmada ve iyilik halini korumada mizahi bir yaklaşım benimsemesi stresle başetmede etkili bir rol oynamaktadır (Thornton ve White, 1999). Bu konuyu kapsayan iki nitel çalışmanın sonucunda hemşireler, mizahın uygun kullanımının iş stresi üzerinde ve ortamdaki olası gerginliği yönetmede oldukça etkili olabildiğini vurgulamışlardır (Astedt-Kurki ve Liukkonen, 1994; Astedt-Kurki ve Isola, 2001). Ayrıca mizah, iletişimde güven ilişkisini oluşturmada hemşire-hasta arasındaki sağaltıcı etkisi yönüyle kolaylık sağlamaktadır. Bu kapsamda yapılan nitel bir çalışmanın sonucunda, psikiyatri hastalarına bakım veren hemşireler, mizahın uygun kullanımının hasta ile kurulan iletişimde güven ilişkisini olumlu yönde desteklediğini belirtmişlerdir (Struthers, 1999). Mizah kullanımının etkilerini gösteren diğer bir çalışma örneğinde HIV'den etkilenen ailelerle ilgilenen bakım çalışanlarına günlük kahkaha seansları uygulanarak, kahkaha terapisinin etkisini değerlendirilmiştir. Katılımcılara uygulanan kahkaha terapisinden sonra katılımcıların, kişilerarası ilişkilerde iyileşme, olumlu duygu ve olumlu başa çıkma bildirdikleri; kaygı, depresyon ve stres düzeylerinde azalma yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada katılımcılar, bastırdıkları yahut görmezden gelerek kabul etmek istemedikleri duyguları ifade etme ve serbest bırakma fırsatı bulduklarını, müdahaleden sonra rahatlama hissettiklerini ifade etmişlerdir (Hatzipapas ve ark., 2017). Başka bir örnek olarak geriatrik psikiyatri tedavisinde mizah terapisinin depresyon tanısı ve Alzheimer hastalığı olan yaşlılarda yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada; standart tedavi gören yaşlılar ile mizah terapisi uygulanan yaşlılar karşılaştırılmıştır. Alzheimer hastalığı olanlarda anlamlı

bir fark saptanmazken, depresyondaki hastalarda yaşam kalitesinin arttığı, duygudurumda ve depresyon skorunda, günlük yaşam aktivitelerinde iyileşmeler olduğu görülmüştür (Walter ve ark., 2007). Olumlu sonuçların elde edildiği başka bir örnek olan şizofreni tanılı bireylerde mizah müdahalesinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada; mizah müdahale programının rehabilitasyon sonuçlarını iyileştirmedeki olası terapötik etkilerini ve müdahalenin şizofreni hastalarında mizah anlayışı üzerindeki etkilerini incelemek amaçlanmıştır. Bir ruh sağlığı servisinde mizah beceri eğitiminin uygulanmasının, şizofreni hastaları için rehabilitasyon sonuçlarını ve mizah anlayışını olumlu yönde etkilediğine ulaşılmıştır (Cai ve ark., 2014). Destekler nitelikte verilen örneklere ek olarak yapılan çalışmalarda mizah terapinin, tedavi süreciyle birlikte yürütülmesiyle hastaların iyileşme sürecinin hızlandığı ve yaşadıkları yalnızlık duygusunu azaltarak hayat kalitelerini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Başkaya ve Demir, 2018).

2.5. Psikiyatri Hemşireliğinde Depresyondaki Bireye Yaklaşım ve Mizahın Etkisi

Depresyon prevelansı ve semptomları göz önüne alındığında, farmakolojik tedavinin yanında psikolojik, sosyal ve fiziksel gereksinimleri de ele alan holistik yaklaşımlara gerek duyulmaktadır (Feely ve Long, 2009; Lazarou ve ark., 2011; Young, 2013; Başoğul ve Buldukoğlu, 2015). Belirli semptomlarla tanımlama yapılsa da her bireyin depresyon deneyimi farklılık gösterdiği için hastanın deneyimlerini anlamlandırmasına ve tanımlamasına yardımcı olacak, hastayı bireysel olarak ele alan yaklaşımlar uygulanmalıdır (Toru, 2020). Bu doğrultuda hemşirelerin tedavi sürecinde hastaya yaklaşım, hastanın bulunduğu ortamın yeniden yapılandırılması ve bunları yaparken kurulan etkileşimde terapötik iletişim sağlamasının iyileşme sürecinde güçlü bir etkisi vardır (Ertekin Pınar ve Tel, 2012; Haugan ve ark., 2013; Engin ve Ergün, 2021). İyileşme süreci içinde depresyondaki bireye verilen hemşirelik bakımının amacı; biyopsikososyal bütünlük içinde bireyin hastalığını tanımasını ve anlamdırmasını sağlayarak baş etmelerinin güçlendirilmesi, güvenli çevrenin oluşturulması, uyum ve denge halini yakalayarak iyilik halininin sürdürülebilmesini sağlamaktır (Townsend, 2016; Arabacı, 2020). Bu amaçlara yönelik verilecek olan bakımda, fizyolojik ve psikososyal bütünlüğün sürdürülmesi, risk faktörlerinin belirlenerek bunlara yönelik baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesini içeren müdahaleler yer alır (Durisko ve ark., 2015). Bu kapsamda

değerlendirilebilecek başlıca olası hemşirelik tanıları şunlardır (Carpenito-Moyet, 2013; Townsend, 2016; Engin ve Ergün, 2021): 'Kendine Zarar Verme Riski', 'İntihar Riski', 'Anksiyete', 'Bireysel Baş Etmede Yetersizlik', 'Uyku Düzeninde Bozulma', 'Beslenmede Dengesizlik (Gereksinimden Az, Gereksinimden Fazla)', 'Aktivite İntoleransı', 'Kendini İhmal Etme', 'Özbakım Eksikliği', 'Güçsüzlük', 'Yorgunluk', 'Ümitsizlik', 'Sosyal Etkileşimde Bozulma', 'Yalnızlık Riski', 'Korku', 'Benlik Saygısında Rahatsızlık', 'Düşük Benlik Saygısı', 'Dayanma Gücünde Bozulma', 'Rol Performansında Etkisizlik'.

Göktaş (2021) depresyondaki hastalara verilen psikiyatrik bakımda Roy Uyum Modeli kullanımının etkilerini incelediği çalışmasında, dört uyum alanına göre hemşirelik tanıları belirlemiştir. Yukarıda belirtilen olası tanılara ek olarak; 'konstipasyon/riski', 'beslenmede güçlenmeye hazır oluş', 'sıvı volüm fazlalığı', 'enfeksiyon riski', 'bulantı', 'etkisiz solunum örüntüsü', 'etkisiz baş etme', 'cinsel işlev bozukluğu', 'kendini sakat etme', 'spiritüel distres', 'şiddet riski', 'beden imajında bozulma', 'cinsellik örüntülerinde etkisizlik', 'aile içi süreçlerde bozulma', 'aile içi süreçlerin kesintiye uğraması', 'sosyal izolasyon' tanıları da ele alınmıştır.

Depresyondaki bireye verilen tedavi ve bakım, hastalığın semptomlarını yatıştırarak sosyal yaşantıya yönelik uyumun arttırılmasını hedeflemektedir (Arabacı, 2020). Depresyondaki bireylerin sağaltımında psikososyal müdahelelerin sınıflandırılmasına yönelik Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 'Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisine Yönelik Kılavuz' olarak 2010 yılında yayınladığı rehberde, hafif-orta şiddette majör depresyondaki bireyler için; 'Bilişsel Davranışçı Terapi' (BDT), 'Kişilerarası İlişkiler Terapisi' (KİT), 'Psikodinamik Terapi' ve 'Sorun Çözme Terapisi' (SÇT)'nin kullanımı önerilmektedir (APA, 2010).

Hemşirelerin yönettiği bakım süreçleri, bireylerin güçlü yönlerini harekete geçirerek kişisel kaynaklarını keşfedip onların kendileriyle, depresyonlarıyla ve başkalarıyla bağlantı kurmalarını sağlamaktadır (Feely ve Long, 2009). Psikodinamik, bilişsel davranışçı ve varoluşçu/hümanistik kuram temelli hemşirelik müdahalelerinin, kişilerarası ilişkileri geliştirme, sorun çözme, aile ve çiftlere yönelik müdahaleler ve farkındalık geliştirme gibi konularda psikoeğitimsel hemşirelik girişimlerinin olumlu

etkilerinin olacağı vurgulanmaktadır (Dülgerler, 2021). Bunların yanı sıra ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yürütülen psikososyal girişimler, hastaları cesaretlendirip farmakoterapiye olan uyumu artırarak relapsların azalamasında fayda sağlamakta ve bireylerin sosyal hayata olan uyumunu desteklemektedir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2015). Destekler nitelikte yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, hafif ve orta düzey depresyondaki hastalara oturumları iki hemşirenin yürüttüğü Depreyon ile Başa Çıkma Kursu (The Coping with Depression Course-CWD) programı uygulanmıştır. Oturumlar sonunda depresyon belirtileri ve hayat kalitesi değerlendirilmiştir. Yapılan psikoeğitimsel girişimin, depresyon belirtilerini azalttığı ve yaşam kalitesine olumlu katkılar sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Casanas ve ark., 2012). Psikiyatri hemşireleri için grup terapisi görüşmelerine katılma, farkındalık ve girişkenliği arttırma, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi gibi ve çeşitli konularda psikoeğitim programı planlama ve uygulama yetkisi hemşirelik yönetmeliğinde eğitim ve danışmanlık görevi başlığı altında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Diğer psikososyal girişimler için terapi eğitimi alarak gereken yetkinliğin sağlanması durumunda uygulama yapılabilmektedir (Wheeler, 2020).

İnsanların zorlayıcı durumlar karşısında uyum sağlamalarına; "bireylerin dünyayı görme ve onunla etkileşim kurma", "sosyal kaynakların kullanımı" ve "özel başa çıkma stratejileri" etkilidir (APA, 2015). Hastaların kendi güçlü yönlerini keşfetme, baş etmelerini kuvvetlendirmede hemşire ile olan etkileşimi önemli bir rol oynamaktadır (Costello, 2016). Hasta ile sürekli etkileşim halinde olan hemşirelerin, hastayı tanıma ve hasta ile güven bağı oluşturmada mizah kullanımlarının olması iletişimde gerilimi azaltarak duygu yönetimini kolaylaştırmasıyla bu ilişkinin kurulmasında kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır (Sousa ve ark., 2019). Hastaların mizah anlayışlarını farketme ve mizah kullanımıyla onların neye nasıl tepki oluşturduklarını görme, hastaların öz farkındalıklarını geliştirebilmesinde ve olası risklerin belirlenmesinde hemşirelere tanımlayıcı ipuçları sağlar (Ghaffari ve ark., 2015). Nitelikli bir bakımın sağlanabilmesinde hastalarla samimi bir iletişimin varlığı, bunun için de mizah kullanımının hemşireler ve hastalar için kolaylaştırıcı ve önemli bir iletişim biçimi olduğu vurgulanmaktadır (Akkoç, 2023). Ayrıca mizah, sadece hasta ve hemşire iletişiminde değil hemşirelerin kendi aralarındaki iletişimin de gelişmesine katkı sağlayarak terapötik

ortamın sürdürülebilirliğine yardımcı olmaktadır (Gildberg ve ark., 2016; Haydon ve Riet, 2014). Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalık semptomlarından ve stres yükünden etkilenen hastaların duygularını düzenlemesine yardımcı olarak mizah kullanımından faydalanılabileceği belirtilmektedir (Zorlu ve Gündüz, 2019). Hemşire kuramcılarından Jean Watson ele aldığı iyileştirici süreçlerde kişilerin yaşadıklarında, şuan içinde bulundukları durumdan anlamlar çıkarmada kullanılabilecek alternatif yollar içinde, mizah-eğlence, gülümseme-pozitif davranış gibi yöntemlerin ele alındığı görülmektedir (akt. Özkan, 2012).

Mizah ve kahkahanın, sunulan hemşirelik bakımında hastaların anksiyetelerini azaltarak etkileşim düzeylerini olumlu yönde arttırmaya ve kendi bakımlarına katılmaya yarar sağlayabileceği vurgulanmaktadır (Aktura ve ark., 2021). Mizahın hemşirelik girişimleri sınıflamasında; "ilişkileri oluşturmak, gerilimi azaltmak, öfkeyi ortadan kaldırmak, öğrenmeyi kolaylaştırmak ya da ağrı-acı veren duygular ile baş etmek için komik, eğlenceli ya da gülünç olan şeyleri hastanın algılamasının, değer vermesinin ve ifade etmesinin kolaylaştırılması" şeklinde tanımlanmış olduğu görülmektedir (Bulechek ve ark., 2017). Fakat hemşirelerin mizah kullanımı ve etkileri açısından bilgi sahibi olması gerekmektedir. Mizahın uygunsuz kullanımı, ortamda kaygı ve stresin artmasına sebep de olabilmektedir (Sridharan ve Sivaramakrishnan, 2017). Terapötik mizahın kullanımında farklı insan grupları ve farklı durumların özellikleri göz önünde bulundurularak ve çeşitli mizahi yöntemler kullanılarak etkileşim süreci planlanıp uygulanmalıdır (Tremayne, 2014).

Literatüre bakıldığında kahkaha terapisi ve depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma örneklerine rastlamak mümkündür. Kahkaha terapisinin, orta yaşlı kadınlarda serotonin düzeyi, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi üzerindeki etkilerininin incelendiği bir araştırmada, serotonin yoğunluğuna göre az, orta ve şiddetli depresyondaki üç gruba kahkaha terapisi uygulanmıştır. Kahkaha terapisi sonrası kontrol grubu dışındaki her üç grupta da serotoninin yükseldiği ve şiddetli depresyondaki grubun en büyük değişimi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Cha ve Hong, 2015). Destekler nitelikte kahkaha terapisinin etkisinin incelendiği araştırmalarda kahkaha terapisi uygulanan gruplarda ağrı (Ko ve Hyun, 2013), anksiyete (Kim ve ark.,2015) ve depresyon (Ko ve Hyun, 2013; Kim

ve ark., 2015; Bal, 2021) düzeylerinde azalma olduğu; yaşam kalitesinde artma (Ko ve Hyun, 2013) olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Benzer şekilde kahkaha yogasının uygulandığı depresif hasta gruplarında; depresif belirtilerde, stres ve anksiyete belirtilerinde azalma ve yaşam kalitesinde iyileşmeler olduğu saptanmıştır (Bressington ve ark., 2019). Kahkaha yogasının uygulanarak uyku kalitesi ve depresif belirtilerin üzerindeki etkisinin incelendiği diğer çalışma örneklerinde de depresyon skorlarının düştüğü ve uyku kalitesinin olumlu etkilendiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Park, 2013; Han ve ark., 2017). Araştırma sonuçlarına dayanarak depresif belirtileri ve uykusuzluk şikayetlerini azaltmada kahkaha yogasının etkili bir hemşirelik müdahalesi olarak uygulanabilir olduğu vurgulanmıştır (Park, 2013).

Mizah, psikolojik sağlamlıkta bireysel koruyucu faktörlerin içinde yer almaktadır (Masten, 1986). Psikiyatri hemşireliğinin felsefesi ve amacı gözetildiğinde bireylerin sürdürülebilir iyilik haline ulaşmasını kolaylaştıracak yöntemleri öğrenmek ve uygulamak verilecek bakımı planlamada hemşirelere yol gösterici olmaktadır. Psikiyatri hemşireliğinde mizahın terapötik olarak kullanımı önemlidir ve psikiyatrik bakımda kişideki mizah anlayışına yönelik farkındalık oluşturarak mizahın doğru şekilde ve tarzda kullanılmasına yardımcı olmak hemşirenin görevleri arasındadır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009; Bağ, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Bu çalışma, depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah tarzları ve mizah yoluyla başa çıkma ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş olan ilişkisel tarama modelinde, betimsel bir araştırmadır**.**

- Mizah tarzları, mizah yoluyla başa çıkma ve cinsiyet araştırmanın *bağımsız değişkenini* oluşturmaktadır.
- Psikolojik sağlamlık, araştırmanın *bağımlı değişkenini* oluşturmaktadır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Cinsiyetlerine göre hastaların tanımlayıcı özellikleri nedir?
2. Depresyon tanısı ile yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri nedir?
3. Depresyon tanısı ile yatan hastaların cinsiyetlerine göre kullandıkları mizah tarzları nedir?
4. Depresyon tanısı ile yatan hastaların cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlık düzeyleri nedir?
5. Depresyon tanısı ile yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri ile mizah tarzları arasındaki ilişki nasıldır?
6. Depresyon tanısı ile yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri aralarındaki ilişki nasıldır?
7. Depresyon tanısı ile yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah tarzları ile psikolojik sağlamlık düzeyleri aralarındaki ilişki nasıldır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ndeki yetişkin kadın ve erkek servislerinde yapılmıştır. Süreç içinde yaşanan yapısal yenilikler sonucu çalışmanın yürütüldüğü servislerde değişimler olmuştur. En son mevcut durumda araştırmanın devamlılığı yoğunlukla; Kapalı Kadın 3, Kapalı Erkek 1, Kapalı Erkek 2, AMATEM Servisi ve Psikiyatri Yoğun Gözlem Servisi'nde sağlanmıştır. Kapalı Kadın 3 Servisi (B3),11 yataklı bir servistir. Hastalarla yapılan görüşmeler için servis içinde bulunan görüşme odası kullanılmıştır. Erkek servislerinden Erkek 1 Servisi ve Erkek 2 Servisi, 12'şer yataklı servislerdir. İki servis için de hastalarla yapılan görüşmelerde servisin bahçesi ve tv izleme alanı kullanılmıştır. Kadın ve erkek hastaların bir arada olabildiği Psikiyatri Yoğun Gözlem Servisi, 7 yataklı bir servistir. Bu serviste yapılan görüşmeler için bahçedeki kameriye ya da hastanın kendi odası kullanılmıştır. AMATEM, her odasında banyo ve tuvaleti bulunan 3'er yataklı olmak üzere 7 hasta odasının bulunduğu bir servistir. Hastalarla yapılan görüşmelerde servis içindeki toplantı salonu kullanılmıştır. AMATEM kendine ait ayrı bir bahçeye sahiptir. Burada hastaların oturabilecekleri kameriyeler ve masa başı oyunların bulunduğu klimalı kapalı bir alan mevcuttur. Belirtilen servislerde hafta içi her gün psikologlar tarafından günaydın toplantısı, hemşireler tarafından iyi günler toplantısı yapılmaktadır. Rutin olarak haftada en az iki kez belirlenen konularda servis hemşireleri tarafından eğitim verilmektedir. Haftada iki gün olacak şekilde vizitler planlanmaktadır. Hastalar, hemşire ve güvenlik görevlisi refakatinde hastane bahçesinde ayrı bir birim olan Ergoterapi Rehabilitasyon ve Rekreasyon Servisi'ne gidip burada; resim, el sanatları, drama, halı dokuma, sinema gösterimi, ebru, gastronomi, saç bakım, birimin bahçesinde spor yapma, müzik dinletisi gibi rehabilitasyon aktivitelerine katılabilmektedir. Ayrıca bu birimde kütüphane bulunmakta ve hastalarla okuma zamanları oluşturulmaktadır. Yanı sıra hastane bahçesinde bulunan spor aletleri ile spor ve egzersizler planlanıp uygulanabilmektedir. Ayrıca servislerde tavla ve satranç materyali bulunmakta hastalar servis içinde planlanan çay saatlerinde bu oyunları oynayabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 18-65 yaş arası depresyon tanısıyla yatan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, ölçekler

arasındaki korelasyonunu etki büyüklüğünün orta derecede, yani 0,5 (p) olması gerektiği varsayımından yola çıkarak, alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde, 0,80 gücünde (Cohen, 1992; Faul ve ark., 2007) kadın ve erkek sayısı eşit olacak şekilde, 71 kadın ve 71 erkek oluşturmuştur. Aşağıda belirtilen dahil etme ve dışlama kriterleri kapsamında araştırmaya gönüllü toplam 142 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın dahil etme kriterleri:

- Depresyon tanısı ile yatıyor olma
- Oryantasyonun tam olması
- Sedasyon halinde olmama
- Bilişsel ve mental olarak okuduğunu anlayacak düzeyde olma
- İşitme ve konuşma engeli olmama

Araştırmanın dışlama kriterleri:

- Yatışından sonraki ilk haftasında olma
- Adli yatış olarak gelme
- Taburculuk gününde olma
- Planlanmadan erken taburcu olma

Çalışmada, bu bölümden itibaren depresyon tanısıyla yatan hastalar ifadesi yerine sadece hastalar ifadesi kullanılmıştır. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 3.1.'de gösterilmiştir. Tüm hastaların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ), Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ) ve Mizah Tarzları Ölçeği (MTÖ) puanlarının korelasyon değerleri Tablo 3.2.'te verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 64 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 37.09±10.89 ve medyanı 37 yıldır.

Tablo 3.1. Hastalara ilişkin tanımlayıcı özellikler (N=142)

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
Yaş grubu	**35 yaş ve ↓**	66	46.5
	35 yaş ↑	76	53.5
Cinsiyet	**Kadın**	71	50,0
	Erkek	71	50,0
Eğitim durumu	**İlkokul**	40	28.2
	Ortaokul	35	24.6
	Lise	38	26.8
	Üniversite	29	20.4
Medeni durum	**Evli**	79	55.6
	Bekar	63	44.4
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	71	50.0
	Çalışmıyor	71	50.0
Yaşanılan yer	**Şehir merkezi**	78	54.9
	İlçe	47	33.1
	Kasaba	17	12.0
Beraber yaşanılan kişiler[+]	**Yalnız**	11	7.7
	Anne	30	21.1
	Baba	1	0.7
	Anne-Baba	40	28.2
	Kardeş	19	13.4
	Eş	63	44.4
	Çocuklar	46	32.4
	Diğer (Anneanne, arkadaş)	2	1.4

[+]Birden fazla seçenek tercih edenlerin tüm hastalar arasındaki oranları ayrı ayrı verilmiştir. Yanıtlar birden fazladır. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Örneklem grubundaki hastaların yaş gruplarına göre %46.5'i 35 yaş ve altı iken, %53.5'i 35 yaş üstündedir. Cinsiyet dağılımı tamamen eşit olup, erkek ve kadın hastaların her biri toplamın %50'sini oluşturmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında, hastaların %28.2'si ilkokul, %24.6'sı ortaokul, %26.8'i lise ve %20.4'ü üniversite mezunudur. Medeni durum açısından incelendiğinde, %55.6'sı evli ve %44.4'ü bekar bireylerden oluşmaktadır. Çalışma durumu eşit bir şekilde dağılmış olup, çalışan ve çalışmayan hastalar yine toplamın %50'sini oluşturmaktadır. Yaşanılan yer açısından, %54.9'u şehir merkezinde, %33.1'i ilçelerde ve %12'si kasabalarda yaşamaktadır. Hastaların %7.7'si (n=11) yalnız

yaşamaktadır. Tüm hastaların birlikte yaşadığı kişilere gelince, %21.1'i annesiyle, %0.7'si babasıyla, %28.2'si anne ve babasıyla, %13.4'ü kardeşleriyle, %44.4'ü eşiyle, %32.4'ü çocuklarıyla ve %1.4 (anneanne ve arkadaş) diğer kişilerle birlikte yaşamaktadır.

Tablo 3.1. Hastalara ilişkin tanımlayıcı özellikler-Devamı (N=142)

Tanımlayıcı Özellikler		**Min-Maks**	**Ort±SS (M)**
Hastalığın ilk tanılanma zamanı (ay)		1-360	48.02±60.57 (25)
Hastaneye yatma sıklığı (n)		1-40	2.48±3.66 (1)
Hastane yatış süresi (gün)		6-30	12.37±5.67 (10)
		n	**%**
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	**2 yıl ve ↓**	71	50.0
	2 yıl ↑	71	50.0
Hastaneye yatma sıklığı	**İlk kez**	73	51.4
	2 kez ve ↑	69	48.6
Hastane yatış süresi	**10 gün ve ↓**	72	50.7
	10 gün ↑	70	49.3
Boş zamanı değerlendirme şekli[+]	**Ev işleri**	29	20.4
	Kitap okuma	32	22.5
	Müzik dinleme	24	16.9
	TV/Film izleme	31	21.8
	Spor yapma	18	12.7
	Gezme	51	35.9
	Oyun oynama	20	14.1
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	97	68.3
	Hayır	45	31.7
Evetse gülünen durumlar (n=97)[+]	**TV izlerken**	20	20.6
	Şaka yapılınca	24	24.7
	Sohbet ederken	55	56.7
Mizah tanımı[+]	**Espri/Şaka**	58	40.8
	Gülme/Eğlenme	73	51.4
	Fikri yok	39	27.5

[+]Birden fazla seçenek tercih edenlerin tüm hastalar arasındaki oranları ayrı ayrı verilmiştir. Yanıtlar birden fazladır. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

İlk olarak hastaların hastalıklarının ilk tanılanma zamanı ortalaması 48.02±60.57 ve medyanı 25 ay öncedir. İlgili kategorilere göre yüzdelik dağılım incelendiğinde, hastalığın

ilk tanı alma zamanı olarak iki yıl ve altı ile iki yıl üstü gruplar eşit oranda (%50) temsil edilmektedir. Hastaların hastaneye yatma sıklıkları 1 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.48±3.66 ve medyanı 1 kezdir. Hastaneye yatma sıklığı açısından, ilk kez yatma oranı %51.4 iken, iki kez ve daha fazla yatma oranı %48.6 olarak belirtilmiştir. Hastaların hastanede yatış süreleri 7 ile 30 gün arasında değişmekte olup, ortalaması 12.37±5.67 ve medyanı 10 gündür. Hastane yatış süresi bakımından 10 gün ve altında olanlar %50.7, 10 günden fazla olanlar %49.3 oranında dağılmıştır.

Tüm hastaların boş zaman değerlendirme şekilleri arasında, gezme (%35.9), kitap okuma (%22.5), TV/film izleme (%21.8) ve ev işleri yapma (%20.4) en popüler aktiviteler olarak sıralanmaktadır. Diğer aktiviteler arasında müzik dinleme (%16.9), oyun oynama (%14.1) ve spor yapma (%12.7) yer almaktadır. Hastaların %68.3'ü en son ne zaman ve ne için güldüklerini hatırlarken, %31.7'si hatırlamadığını belirtmiştir. Gülme durumlarına dair yapılan açıklamalarda ise sohbet esnasında gülme %56.7 ile en yüksek oranı alırken, şaka yapıldığında %24.7 ve TV izlerken %20.6 olarak raporlanmıştır. Hastaların mizah tanımı yapma şekillerine bakıldığında, katılımcıların %51.4'ü mizahı gülme/eğlenme, %40.8'i espri/şaka ve %27.5'i fikri yok şeklinde tanımlamıştır.

Tablo 3.2. Hastalarda KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ puanlarının korelasyon değerlendirmesi (n=142)

Ölçekler	**Puanlar**	
	r	**p**
KPSÖ-MYBÇÖ	**0.408**	**<0.001****
KPSÖ-Katılımcı Mizah	**0.206**	**0.014***
KPSÖ-Kendini Geliştirici Mizah	**0.506**	**<0.001****
KPSÖ-Saldırgan Mizah	0.116	0.170
KPSÖ-Kendini Yıkıcı Mizah	0.061	0.472
MYBÇÖ-Katılımcı Mizah	0.130	0.122
MYBÇÖ -Kendini Geliştirici Mizah	**0.543**	**<0.001****
MYBÇÖ -Saldırgan Mizah	0.017	0.837
MYBÇÖ -Kendini Yıkıcı Mizah	**0.254**	**0.002****

Pearson Korelasyon Analizi *p<0.05 **p<0.01

Hastaların KPSÖ ile MYBÇÖ puanları arasında pozitif yönde ve %40.8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$; $p<0.01$).

KPSÖ ile katılımcı mizah puanları arasında pozitif yönde ve %20.6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.014$; $p<0.05$). KPSÖ ile kendini geliştirici mizah puanları arasında pozitif yönde ve %50.6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$; $p<0.01$). KPSÖ ile sırasıyla saldırgan mizah ve kendini yıkıcı mizah puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.170$, $p=0.472$; $p>0.05$).

MYBÇÖ ile kendini geliştirici mizah puanları arasında pozitif yönde ve %54.3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$; $p<0.01$). MYBÇÖ ile kendini yıkıcı mizah puanları arasında pozitif yönde ve %25.4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.002$; $p<0.01$). MYBÇÖ ile sırasıyla katılımcı mizah ve saldırgan mizah puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.122$, $p=0.837$; $p>0.05$).

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK-1), Mizah Tarzları Ölçeği (MTÖ) (EK-2), Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği (MYBÇÖ) (EK-3) ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) (EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hastalara Yönelik Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen bir formdur (Martin ve ark., 2003; Yerlikaya, 2009; Atalay, 2018; Akgün ve Uz Baş, 2020; Kırkbir ve ark., 2021). Hastaların sosyodemografik özelliklerini (Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşanılan yer, boş zaman aktiviteleri, beraber yaşanılan kişiler) içeren yedi soru, hastalığa dair (İlk tanı alma zamanı, yatış sıklığı, klinikte yatış süresi) üç soru ve mizah ile ilgili (En son ne zaman ve niçin güldüğünü hatırlama, mizahın ne olduğu) iki soru olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Örneklem grubunun özelliklerini tanımlamak amacıyla kullanılmıştır.

3.4.2. Mizah Tarzları Ölçeği

Martin ve arkadaşlarının (2003), kişiden kişiye değişkenlik gösteren mizah kullanımının farklılıklarını sınıflandırarak dört farklı boyutta incelemek amacıyla geliştirilen ölçek Türkçe literatüre Yerlikaya (2003) tarafından kazandırılmıştır. Bu ölçek; Kendini Geliştirici, Katılımcı, Saldırgan ve Kendini Yıkıcı Mizah şeklinde adlandırılmış olan dört farklı alt boyutta 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçek likert tipi derecelendirme şeklinde; "1=Kesinlikle Katılmıyorum" ve "7=Tamamıyla Katılıyorum" biçimindedir. Alt ölçeklerin her biri 8'er maddeden oluşmakta ve ölçekteki on bir madde ters yönde puanlanmaktadır. Bu maddeler; 1-7-9-15-16-17-22-23-25-29-31'dir. En az ve en fazla puanlar 8 ile 56 arasındadır. Puan yüksekliği, mizah tarzının kullanım sıklığını vurgulamaktadır ve ölçek, .69 ile .78 arasında iç tutarlık katsayı değerlerine sahiptir (Yerlikaya, 2003; 2009). Ölçek maddelerinin alt boyutlara göre dağılımı şu şekildedir:

Katılımcı Mizah: 1*, 5, 9*, 13, 17*, 21, 25*, 29*

Kendini Geliştirici Mizah: 2, 6, 10, 14, 18, 22*, 26, 30

Saldırgan Mizah: 3, 7*, 11, 15*, 19, 23*, 27, 31*

Kendini Yıkıcı Mizah: 4, 8, 12, 16*, 20, 24, 28, 32

Akgün ve Uz Baş'ın (2020) yaptığı çalışmada, elde edilen verilen analizi sonucu her alt ölçek için Cronbach Alpha değer aralığı .77 ile .81 arasında değişim gösterir şeklinde bulunmuştur. Bu çalışmada her alt ölçek için Cronbach Alpha değerleri katılımcı mizah için 0.76, kendini geliştirici mizah için 0.71, saldırgan mizah için 0.61 ve kendini yıkıcı mizah için 0.67 bulunmuştur. MTÖ genel için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ise 0.77 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Smith ve arkadaşları (2008) tarafından bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipinde 6 maddelik ve tek boyuttan oluşmaktadır. En düşük ve en yüksek puan aralığı 6 ile 30 arasında değişen ölçekte yüksek puan psikolojik sağlamlığın yüksek olduğunu ifade etmektedir. Doğan (2015), Türkçe uyarlayarak yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha

katsayısını .80 ile .91 arasında değişen değerlerde bulmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği

Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği; 7 maddeden oluşan 4'lü likert tipinde oluşturulmuş, Martin (1996) tarafından geliştirilmiş ve uyarlama çalışması Yerlikaya (2009) tarafından yapılmış bir ölçektir. Alınabilecek puanlar 7 ile 28 arasında değişirken yüksek puan mizahın başetme stratejisi olarak daha çok kullanıldığını gösteren bu ölçekte mizahın bir tür başetme stratejisi olarak kullanılıp kullanılmadığını belirlemek amaçlanır. Ölçeğin Türkçe formunda Cronbach Alpha katsayısı .67 olarak belirlenmiştir (Yerlikaya, 2009). Orijinal formunda Cronbach Alpha katsayıları .60 ile .70 arasında değişmektedir (Martin, 1996). Bu çalışmada Cronbach Alpha 0.57 olarak bulunmuştur.

3.5. Ön Uygulama

Formların işlevliği ve doldurulma sürelerini belirlemek amacıyla ön uygulama beş kadın ve beş erkek hastada yapılmıştır. Formların yaklaşık 30 - 40 dakika içinde yanıtlandığı saptanmıştır. Mizah Tarzları Ölçeği'nde bazı hastaların dikkatinin dağıldığı görülmüştür. Kısa bir mola ile tolere edilen bu durumun formların tamamlanma hızını olumsuz etkilemediği belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerin Toplanması

Klinikte yatarak tedavi görmekte olan, araştırmanın alınma ve dışlanma kriterlerine uyan hastalar ile iletişime geçilmiştir. Araştırmaya katılmak isteyen hastalara, araştırma hakkında bilgi verilerek Aydınlatılmış Onam Formu (EK-5) imzalatılmıştır. Formlar hastalara verilmiştir. Sorusu olanlara açıklamalarla gereken bilgilendirme sağlanmıştır. Formları doldurma zamanı ayarlanırken hastanın rehabilitasyon aktivitelerini ya da toplantılarını, tedavi saatlerini, psikolog görüşmelerini, vizitlerini, bahçe saatlerini, yemek ve istirahat saatlerini aksatmamasına dikkat edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmada Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği' ne yazılı kurum izni alınmıştır (EK-6). Yanısıra planan veri toplama süresinde örneklem sayısına ulaşılamadığı için ek süre için tekrar kurum izni alınmıştır (EK-7). Etik kurul onayı için Akdeniz

Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınmıştır (EK-8: 24.08.2022, 70904504/517, KAEK-530). Araştırmaya katılacak hastalardan yazılı Aydınlatılmış Onam Formu (EK-5) aracılığı ile onam alınmıştır. Araştırmada kullanılacak olan ölçekler için ölçeği geliştiren yazarlardan e-posta yolu ile iletişim sağlanarak ölçeğin kullanımı konusunda görüş ve önerileri sorularak gereken izin ve onay alınmıştır (EK-9). Araştırmanın örneklem, güç hesabı ve kullanılacak testler konusunda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı öğretim üyesinden ve bağımsız istatistikçiden destek alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) Programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Student-t testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. ANOVA testi sonucunda farklılığa neden olan grupların tespitinde; varyansları homojen olanlar Tukey HSD, homojen olmayanlar ise Tamhane T2 post-hoc testi ile değerlendirildi.Varyansların homojenliği varsayımının test edilmesinde Levene testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Niceliksel veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ise Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0.01$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmada Güçlükler ve Sınırlılıklar

3.9.1. Araştırmanın Güçlükleri

Verilerin toplandığı süreçte servis yer ve isimlerinde yaşanan değişimler sonucu yatak sayılarında azalma olmuştur. Son durumda adli olmayan bir kadın servisi (Kapalı Kadın 3), iki erkek servisi (Kapalı Erkek 1 ve Kapalı Erkek 2) ile Psikiyatri Yoğun Gözlem Servisi ve AMATEM servsilerindeki hastalar ile çalışma sürdürülmüştür.

Belirli bir gün programı olan hastalarla iletişim sağlanırken hastaların rehabilitasyon aktiviteleri, bahçe saatleri, yoğunluğa göre değişebilen vizit saatleri, psikolog görüşme saatleri, yemek ve istirahat saatleri, tedavi saatleri gözetilmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın dışlama kriterlerinde 'yatışından sonraki ilk haftasında olma' maddesine göre gün süresi dolmadan kendi isteği ile taburcu olan hastaların olması, araştırmaya katılmak istemeyerek reddeden hastaların olması ve yaşanan yapısal değişimler nedeniyle hastaların yatışında azalma gibi faktörler örneklem sayısına ulaşmada zorlayıcı olmuştur. Bu nedenlerle planlanan süre içerisinde örneklem sayısına ulaşılamadığı için kurumdan veri toplama ile ilgili ek süre talep edilerek (EK-7) verilen sürede kalan örneklem sayısına ulaşılmıştır.

3.9.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi yetişkin kadın ve erkek servislerinde yatan, araştırmaya dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 18-65 yaş arasındaki toplam 71 kadın ve 71 erkek hastadan elde edilmiş sonuçlarla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen hastaların cinsiyetlerine göre mizah tarzları ve mizah yoluyla başa çıkma ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkileri gösteren bulgular dört başlık altında verilmiştir:

1. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri

2. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık, Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Mizah Tarzları Puan Ortalamaları

3. Cinsiyet Gruplarında Hastaların Depresyon Tanısı Alma Zamanına Göre Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması

4. Depresyon Tanısıyla Yatan Kadın ve Erkek Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık, Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişki

4.1. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri

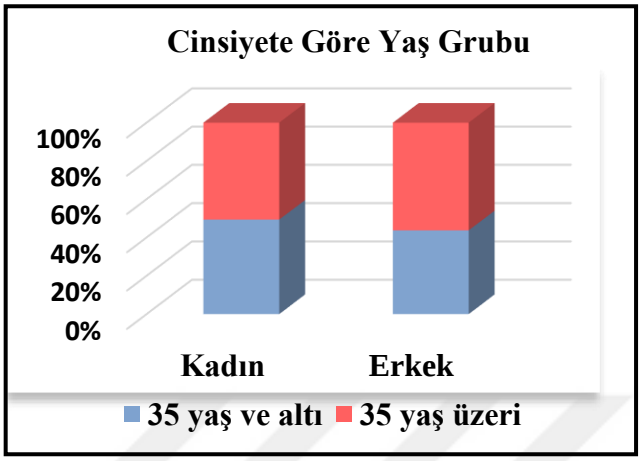
Hastaların cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Cinsiyete göre 35 yaş ve altı olma ile 35 yaş üzeri olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamakla ($p= 0.501$; $p>0.05$) birlikte kadınlarda (%50.7) ve erkeklerde (%56.3) 35 yaş üzerinde olanların daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1., Şekil 4.1.). Cinsiyetlerine göre hastaların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.022$; $p<0.05$). Erkek hastalarda ortaokul (%31) ve lise mezunu (%31) olanların, ortaokul (%18.3) ve lise (%22.5) mezunu olan kadınlara göre daha yüksekken; üniversite mezunu olan kadınların (%31) erkeklere (%9.9) göre yüksek saptanmıştır (Tablo 4.1., Şekil 4.2.).

Tablo 4.1. Cinsiyetlerine göre hastaların tanımlayıcı özellikleri

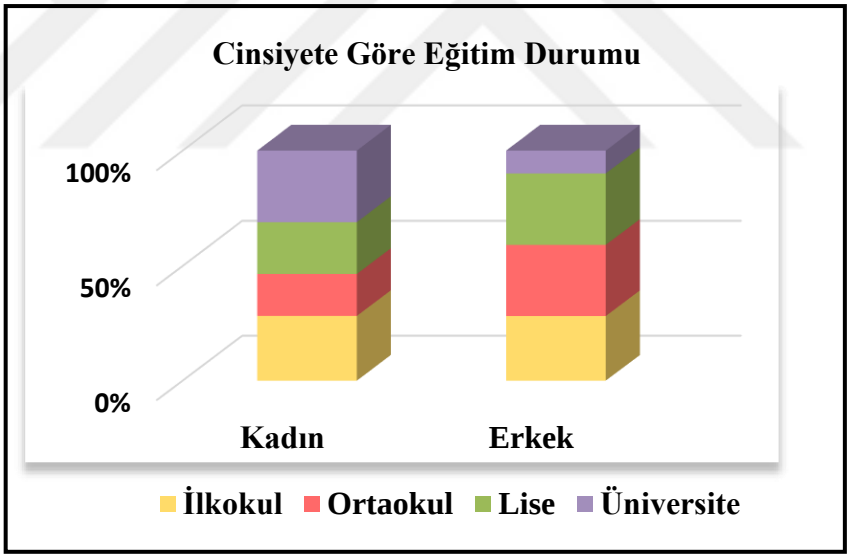
Tanımlayıcı Özellikler		Cinsiyet		Test Değeri	P Değeri
		Kadın n (%)	Erkek n (%)		
Yaş grubu	**35 yaş ve ↓**	35 (49.3)	31(43.7)	0.453	0.501
	35 yaş ↑	36 (50.7)	40 (56.3)		
Eğitim durumu	**İlkokul**	20 (28.2)	20 (28.2)	**11.020**	**0.012***
	Ortaokul	13 (18.3)	22 (31)		
	Lise	16 (22.5)	22 (31)		
	Üniversite	22 (31)	7 (9.9)		
Medeni durum	**Evli**	35 (49.3)	44 (62)	2.311	0.128
	Bekar	36 (50.7)	27 (38)		
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	25 (35.2)	46 (64.8)	**12.423**	**<0.001****
	Çalışmıyor	46 (64.8)	25 (35.2)		
Yaşanılan yer	**Şehir merkezi**	37 (52.1)	41 (57.7)	1.697	0.428
	İlçe	23 (32.4)	24 (33.8)		
	Kasaba	11 (15.5)	6 (8.5)		

Ki-Kare Testi. *p<0.05 **p<0.01

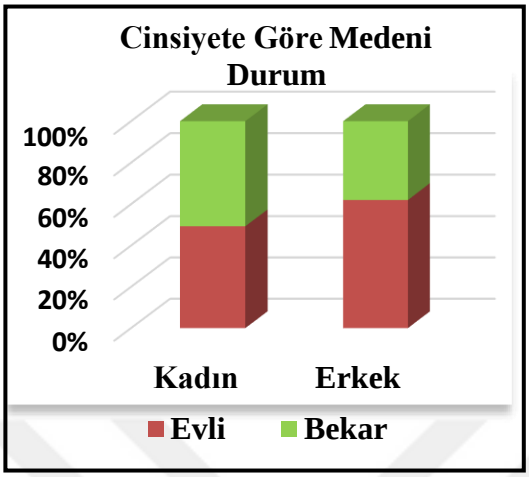
Medeni duruma bakıldığında, cinsiyetlerine göre evli ya da bekar olmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.128; p>0.05). Kadınlarda bekar (%50.7); erkeklerde ise evli olanların (%62) daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.1., Şekil 4.3.). Cinsiyetlerine göre hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.001; p<0.01). Çalışan erkek hastalar (%64.8), çalışan kadın hastalardan (%35.2) yüksek saptanmıştır (Tablo 4.1., Şekil 4.4.) Cinsiyetlerine göre yaşanılan yer, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0.428; p>0.05). Kadınların ve erkeklerin sırasıyla daha çok şehir merkezinde (%52.1; %57.7), ilçede (%32.4; %33.8) ve kasabada (%15.5; %8.5) yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır (Tablo 4.1., Şekil 4.4.).



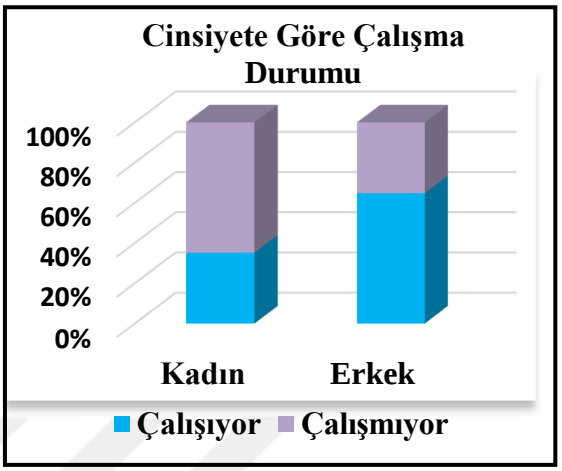
Şekil 4.1. Cinsiyete göre yaş grubu dağılımı



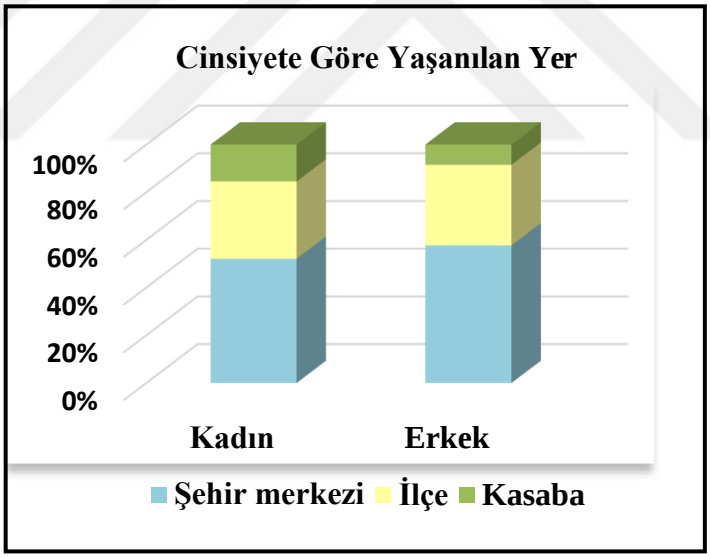
Şekil 4.2. Cinsiyete göre eğitim durumu dağılımı



Şekil 4.3. Cinsiyete göre medeni durum dağılımı



Şekil 4.4. Cinsiyete göre çalışma durumu dağılımı



Şekil 4.5. Cinsiyete göre yaşanılan yer dağılımı

Tablo 4.1. Cinsiyetlerine göre hastaların tanımlayıcı özellikleri-Devamı

Tanımlayıcı Özellikler		Cinsiyet		Test Değeri	*P Değeri
		Kadın	Erkek		
		n (%)	n (%)		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	**2 yıl ve ↓**	36 (50.7)	35 (49.3)	0.028	0.867
	2 yıl ↑	35 (49.3)	36 (50.7)		
Hastaneye yatma sıklığı	**Ilk kez**	40 (56.3)	33 (46.5)	1.381	0.240
	2 kez ve ↑	31 (43.7)	38 (53.5)		
Hastane yatış süresi	**10 gün ve ↓**	29 (40.8)	43 (60.6)	**5.522**	**0.019***
	10 gün ↑	42 (59.2)	28 (39.4)		
Boş zamanı değerlendirme şekli[+]	**Ev işleri**	28 (39.4)	1 (1.4)	**31.589**	**<0.001****
	Kitap okuma	20 (28.2)	12 (16.9)	2.582	0.108
	Müzik dinleme	15 (21.1)	9 (12.7)	1.805	0.179
	TV/Film izleme	14 (19.7)	17 (23.9)	0.371	0.542
	Spor yapma	9 (12.7)	9 (12.7)	0.001	1.000
	Gezme	21 (29.6)	30 (42.3)	2.478	0.115
	Oyun oynama	7 (9.9)	13 (18.3)	2.095	0.148
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama[+]	**Evet**	48 (67.6)	49 (69)	0.033	0.857
	Hayır	23 (32.4)	22 (31)		
Evetse gülünen durumlar (n=97)[+]	**TV izlerken**	13 (27.1)	7 (14.3)	2.424	0.119
	Şaka yapılınca	10 (20.8)	14 (28.6)	0.780	0.377
	Sohbet ederken	26 (54.2)	29 (59.2)	0.249	0.618
Mizah tanımı[+]	**Espri/Şaka**	27 (38)	31 (43.7)	0.466	0.495
	Gülme/Eğlenme	37 (52.1)	36 (50.7)	0.028	0.867
	Fikri yok	21 (29.6)	18 (25.4)	0.318	0.573

[+]Birden fazla seçenek tercih edenlerin tüm hastalar arasındaki oranları ayrı ayrı verilmiştir. Yanıtlar birden fazladır. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Ki-Kare Testi. *p<0.05 **p<0.01

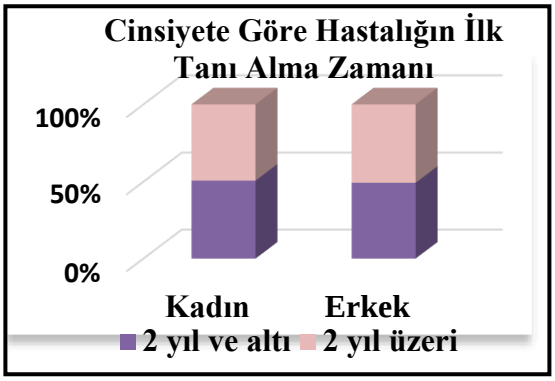
Cinsiyete göre hastalığın ilk tanı alma zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.867; p>0.05). Tanı alma zamanına göre kadınlarda iki yıl ve altında (%50.7), erkeklerde iki yıl üzerinde (%50.7) olanların daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.1., Şekil 4.6.). Hastaların hastaneye yatma sıklığında cinsiyetin

istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı ($p=0.240$; $p>0.05$) görülmüştür. Kadınlarda hastaneye ilk kez yatma (%56.3), iki kez ve daha fazla yatmadan (%43.7) yüksek; erkeklerde iki kez ve daha fazla yatma (%53.5), ilk kez yatmadan (%46.5) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1., Şekil 4.7.). Cinsiyetlerine göre hastaların hastaneye yatış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.019$; $p<0.05$). On günden daha fazla süreyle yatan kadın hastaların (%59.2), erkek hastalardan (%39.4) daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1., Şekil 4.8.).

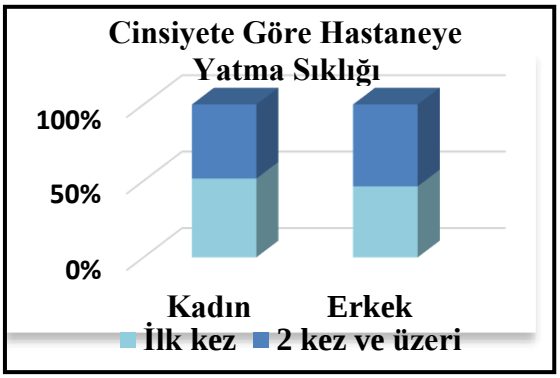
Cinsiyete göre ev işleri yaparak boş zaman değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$; $p<0.01$). Kadın hastalarda ev işi yaparak boş zaman değerlendirmeleri (%39.4), erkek hastalardan (%1.4) yüksek saptanmıştır. Diğer aktiviteler ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte kadınların kitap okuma (%28.2) ve müzik dinlemelerinin (%21.1), erkeklerin kitap okuma (%16.9) ve müzik dinlemelerinden (%12.7) fazla olduğu saptanırken; erkeklerin gezme (%42.3) ve oyun oynamaları (%18.3), kadınların gezme (%29.6) ve oyun oynamalarından (%9.9) fazla saptanmıştır. Her iki cinsiyet için de spor yapmanın (%12.7) eşit düzey olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Cinsiyete göre en son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.857$; $p>0.05$). Kadınların (%67.6) ve erkeklerin (%69) en son ne zaman ne için güldüklerini hatırlayanların hatırlamayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1., Şekil 4.9.). Hatırlayanlar arasında sohbet ederken güldüklerini belirten kadınların (%54.2) ve erkeklerin (%59.2), şaka yapılınca ya da tv izlerken yanıtlarını içeren durumlardan yüksek bulunmuştur. Kadınların tv izlerken gülmelerinin (%27.1), erkeklerin tv izlerken gülmelerinden (%14.3) yüksekken; erkeklerin şaka yapılınca gülmelerinin (%28.6), kadınların şaka yapılınca gülmelerinden (%20.8) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

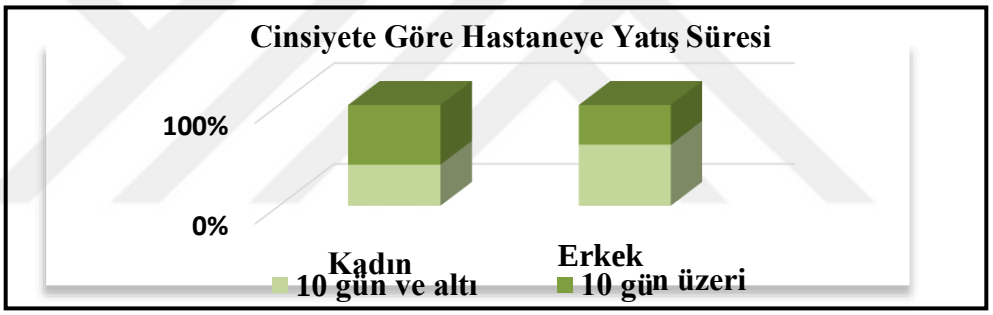
Cinsiyete göre mizah tanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Mizah kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla en çok "gülme/eğlenme" olarak (%52.1; %50.7); sonrasında "espri/şaka" olarak (%38; %43.7) tanımlanmış olduğu görülmüştür. Mizahın tanımına ilişkin fikri olmayan kadınların (%29.6), erkeklerden (%25.4) daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.).



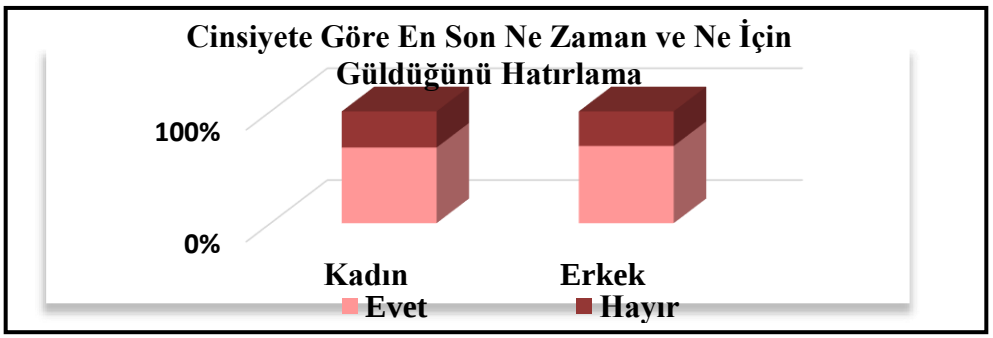
Şekil 4.6. Cinsiyete göre hastalığın ilk tanı alma zamanı dağılımı



Şekil 4.7. Cinsiyete göre hastaneye yatma sıklığı dağılımı



Şekil 4.8. Cinsiyete göre hastaneye yatış süresi dağılımı



Şekil 4.9. Cinsiyete göre en son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama dağılımı

4.2. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık, Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Mizah Tarzları Puan Ortalamaları

Hastaların cinsiyetlerine göre KPSÖ-MYBÇÖ-MTÖ puan ortalamaları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

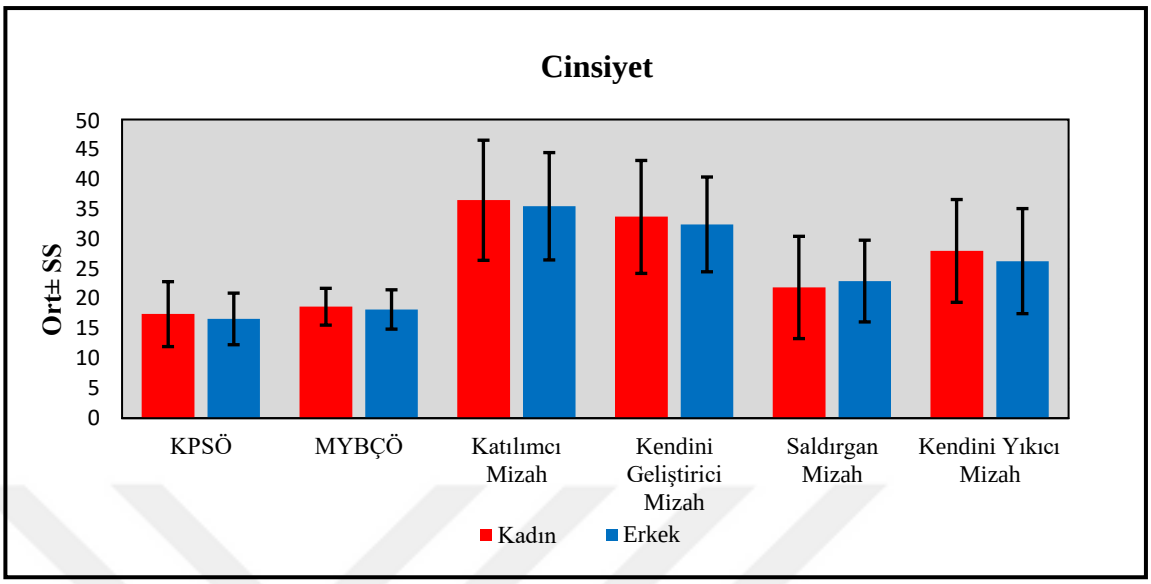
Tablo 4.2. Cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlık, mizah yoluyla başa çıkma ve mizah tarzları puan ortalamaları

Ölçekler		Cinsiyet		Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
KPSÖ		17.42±5.43	16.62±4.31	0.976	0.331
MYBÇÖ		18.66±3.084	18.21±3.29	0.842	0.401
MTÖ	**Katılımcı Mizah**	36.49±10.06	35.48±8.99	0.633	0.527
	Kendini Geliştirici Mizah	33.70±9.46	32.46±7.94	0.845	0.399
	Saldırgan Mizah	21.89±8.57	22.96±6.84	-0.822	0.412
	Kendini Yıkıcı Mizah	28.01±8.60	26.30±8.80	1.176	0.241

Student-t testi $p<0.05$

Tablo 4.2. incelendiğinde cinsiyete göre KPSÖ puan ortalamalarının kadınlar için 17.42±5.43, erkekler için 16.62±4.31 olduğu; MYBÇÖ puan ortalamalarının kadınlar için 18.66±3.084, erkekler için 18.21±3.29 olduğu saptanmıştır. MTÖ-katılımcı mizah puan ortalamalarının kadınlar için 36.49±10.06, erkekler için 35.48±8.99 olduğu; kendini geliştirici mizah puan ortalamalarının kadınlar için 33.70±9.46, erkekler 32.46±7.94 olduğu; saldırgan mizah puan ortalamalarının kadınlar için 21.89±8.57, erkekler için 22.96±6.84 olduğu; kendini yıkıcı mizah puan ortalamalarının kadınlar için 28.01±8.60, erkekler için 26.30±8.80 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2., Şekil 4.10.).

Cinsiyete göre KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).



Şekil 4.10. Cinsiyete göre KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ düzeyleri dağılımı

4.3. Cinsiyet Gruplarında Hastaların Depresyon Tanısı Alma Zamanına Göre Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet gruplarında hastaların depresyon tanısı alma zamanına göre psikolojik sağlamlık puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Cinsiyet gruplarında hastaların depresyon tanısı alma zamanına göre psikolojik sağlamlık puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-KPSÖ		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	2 yıl ve ↓	18.69±5.82	16.49±4.6	1.770	0.081
	2 yıl ↑	16.11±4.72	16.75±4.06	-0.609	0.545
	[1]Test değeri	**2.048**	0.257		
	P değeri	**0.044***	0.798		

[1]Student-t testi *p<0.05

Kadın hastalarda hastalığının tanılama süresi iki yıl ve altında olanların KPSÖ puan ortalaması, tanılama süresi iki yılın üzerinde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.044; p<0.05).

Tablo 4.3. incelendiğinde cinsiyete göre hastalığın ilk tanı alma zamanı iki yıl ve altında olan kadınların KPSÖ puan ortalamalarının 18.69±5.82, erkeklerin ise 16.49±4.6 olduğu; iki yıl üzeri olan puan ortalamalarının kadınlar için 16.11±4.72, erkekler için 16.75±4.06 olduğu bulunmuştur.

4.4. Depresyon Tanısıyla Yatan Kadın ve Erkek Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık, Mizah Yoluyla Başa Çıkma ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişki

Hastaların cinsiyetlerine göre KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ puanlarının korelasyonları Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı psikolojik sağlamlık, mizah yoluyla başa çıkma ve mizah tarzları puanlarının korelasyonu

Ölçekler	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	r	p	r	p
KPSÖ-MYBÇÖ	**0.510**	**<0.001****	**0.289**	**0.015***
KPSÖ-Katılımcı Mizah	**0.279**	**0.019***	0.095	0.432
KPSÖ-Kendini Geliştirici Mizah	**0.560**	**<0.001****	**0.420**	**<0.001****
KPSÖ-Saldırgan Mizah	0.118	0.326	0.128	0.286
KPSÖ-Kendini Yıkıcı Mizah	-0.124	0.301	**0.273**	**0.021***
MYBÇÖ-Katılımcı Mizah	0.095	0.429	0.162	0.178
MYBÇÖ -Kendini Geliştirici Mizah	**0.563**	**<0.001****	**0.523**	**<0.001****
MYBÇÖ -Saldırgan Mizah	0.067	0.581	-0.029	0.812
MYBÇÖ -Kendini Yıkıcı Mizah	0.19	0.067	**0.277**	**0.019***

Pearson Korelasyon Analizi *p<0.05 **p<0.01

Kadın hastalarda; KPSÖ ile MYBÇÖ puanları arasında pozitif yönde ve %51 düzeyinde (yüksek) (r: 0.510; p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01). KPSÖ ile katılımcı mizah puanları arasında pozitif yönde ve %27.9 düzeyinde (düşük) (r: 0.279; p=0.019) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). KPSÖ ile kendini geliştirici mizah puanları arasında pozitif yönde ve %56 düzeyinde (yüksek) (r: 0.560; p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01).

MYBÇÖ ile kendini geliştirici mizah puanları arasında pozitif yönde ve %56.3 düzeyinde (yüksek) (r: 0.563; p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01).

Erkek hastalarda; KPSÖ ile MYBÇÖ puanları arasında pozitif yönde ve %28.9 düzeyinde (düşük) (r: 0.289; p=0.015) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). KPSÖ ile kendini geliştirici mizah puanları arasında pozitif yönde ve %42 düzeyinde (orta derecede) (r: 0.420; p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01). KPSÖ ile kendini yıkıcı mizah puanları arasında pozitif yönde ve %27.3 düzeyinde (düşük) (r: 0.273; p=0.021) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Yanı sıra KPSÖ ile katılımcı mizah puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Kadın ve erkek hastalarda KPSÖ ile saldırgan mizah puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo incelendiğinde sadece kadın hastalarda KPSÖ ile kendini yıkıcı mizah tarzı puanları arasında negatif yönde ve %12 düzeyinde (düşük) (r: -0.124; p=0.301) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

MYBÇÖ ile kendini geliştirici mizah puanları arasında pozitif yönde ve %52.3 düzeyinde (yüksek) (r:0.523; p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01). MYBÇÖ ile kendini yıkıcı mizah puanları arasında pozitif yönde ve %27.7 düzeyinde (düşük) (r: 0.277; p=0.019) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05).

5. TARTIŞMA

Psikiyatri hemşireliğinde terapötik ortamın oluşturulmasında hastayla kurulan etkileşim oldukça önemlidir. Samimi ve güvenilir bir ilişkinin kurulmasında mizah kapı aralayıcı bir rol üstlenebilir. Ayrıca mizah, kişilerarası iletişimde olumlu etkiler sağlayarak ve psikolojik sağlamlığın koruyucu faktörleri arasında yer alarak bireylerin iyi oluşuna katkı sağlamaktadır. Yanı sıra uyumlu mizah tarzlarının depresyon ve kaygıyı azalttığı ve mizahın bir başa çıkma yolu olarak kullanımının psikolojik sağlamlığı güçlendirdiği bilinmektedir. Bu bağlamda bu araştırmada elde edilen bulgular çalışmanın amacına yönelik oluşturulmuş aşağıdaki başlıklar kapsamında tartışılmıştır:

1. Cinsiyetlerine göre hastaların tanımlayıcı özellikleri

2. Depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri

3. Depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre kullandıkları mizah tarzları

4. Depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlık düzeyleri

5. Depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri ile mizah tarzları arasındaki ilişki

6. Depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişki

7. Depresyon tanısıyla yatan hastaların cinsiyetlerine göre mizah tarzları ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişki

5.1. Cinsiyetlerine Göre Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Cinsiyetlerine göre çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde farklılıklar olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.). Erkeklerde ortaöğretim mezunu, çalışanlar, evli olanlar, 35 yaş üzeri olanlar kadınlara oranla daha fazla; kadınlarda üniversite mezunu olanlar erkeklere göre daha fazla; şehirde yaşama hem erkekler ve hem kadınlarda ilçe ve kasabaya göre daha fazladır. Hastalığın ilk tanılanma zamanı iki yıl ve altında, hastaneye

ilk kez yatmış ve on günden daha fazla süredir hastanede olan kadınların oranı; erkeklere göre daha fazla sayıdadır.

Kadın hastaların ev işi yaparak, kitap okuyarak ve müzik dinleyerek boş zamanlarını değerlendirme oranı erkeklere göre daha fazla sayıda, erkek hastaların gezerek, tv/film izleyerek ve oyun oynayarak boş zamanlarını değerlendirme oranının kadınlara göre daha fazla sayıda olduğu; spor yaparak boş zamanlarını değerlendirme oranı açısından ise eşit olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 4.1.). Buna göre kadınların daha domestik (ev içi), erkeklerin ise ev dışı aktivitelere eğilimli olduğu söylenebilir. Bu bağlamda bu çalışmadaki hastaların boş zaman aktivitelerinin cinsiyete özgü bir özellik taşıdığı anlaşılmaktadır. Genellikle toplumda kadınlar ev işleri ile ilgilenerek aile düzenine katkı sağlama; erkekler ise evin geçimini sağlayan temel kişi olma rolü ile daha çok ev dışına yönelerek vakit geçirme şeklinde cinsiyet rollerine dayalı kalıplar göstermekte ve medyanın bu kalıpları desteklemesi sonucu öğrenilmiş davranış kalıpları ortaya çıkmaktadır (Artazcoz, 2004; Lindsey, 2015). Bu durumun oluşumunda, toplum tarafından belirlenen ve henüz kişinin müdahalesi olmadan bebeklikten itibaren kazanılan belli bazı kalıp yargıları içeren toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi olabilir (Orhun ve ark., 2024). Yaşamın daha erken evrelerinde kız çocukları oyuncak bebeklerle ve evcilik gibi oyunlar oynarken; erkek çocuklarının kızlara oranla daha çok dışarıda takım oyunları oynama eğiliminde oldukları bilinmektedir. Farklılık gösteren bu rollerin zamanla içselleştirilmesi, yetişkinlik zamanında da benzer davranış kalıplarına eğilimin olmasına zemin hazırlamaktadır (Ünür, 2021). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar da göz önünde bulundurulduğunda tercih edilen rekreasyonel aktivitelerde, kültürün etkisi ile meydana gelen toplumsal cinsiyet kalıplarının rolü olduğu söylenebilir.

Her iki cinsiyette hastalar en fazla sohbet ederken güldüklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca kadın hastalar tv izlerken erkeklere göre daha fazla güldüklerini ve erkek hastalar şaka yapılınca kadın hastalara göre daha fazla güldüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.1.).Yapılan çalışmalar incelendiğinde, erkeklerin daha agresif tarzda ve cinsel içerikli şakalara yönelirken; kadınların daha hikayelerle ve alıntılarla eğlenmeye eğilimli bulunduğu belirtilmektedir (akt. Yavuz, 2017). Çalışmamıza göre her iki cinsiyetteki hastaların, sohbet etme ve şaka gibi karşılıklı bir etkileşimin ürününden ortaya çıkan olumlu bir

duygunun ifadesi olarak güldükleri anlaşılmaktadır. Bu yönüyle değerlendirildiğinde bu çalışmadaki hastalar için etkileşimin ve mizahın önemli bir koruyucu faktör olabileceği düşünülebilir.

Her iki cinsiyetteki hastalar benzer şekilde mizahı; gülme/eğlenme ve şaka/espri olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.1.). Bu tanımlar dikkate alındığında hastaların büyük çoğunluğu, mizahın ne olduğuyla ilgili kavramsal olarak bir fikre ve karşılığa sahiptir diyebiliriz. Yanı sıra dikkat çekici bir oranda mizahın ne olduğuyla ilgili bir fikri olmayan hastaların olması mizahı kavramsal olarak bilmemeye veya tanımamaya bağlı olabilir. Genel bir yargı olarak kadınların mizahtan çok anlamadığı ve yorumlayamadığı, mizahı üretmede ve tüketmede pasif kaldığı, toplumsal cinsiyetin kültürel açıdan değerlendirilmesinde kadının mizah yapmasının uygun bulunmadığı şeklinde düşünceler mevcuttur (Aydın, 2020). Fakat Yavuz (2017) yapmış olduğu çalışmada, eskiden hakim olan bu kalıp yargının aksine artık kadınların mizah anlayışlarının erkeklerden farklı özelliklere sahip olsa da mevcut olduğunu göstermiştir. Hatta Hırlak ve arkadaşları (2018) yaptıkları bir çalışmada, kadınların mizah anlayışını erkeklerden daha yüksek bulmuştur. Bizim çalışmamız iki yargıya da destekler niteliktedir. Fikri olmayanların oranına bakıldığında kadınların daha fazla olduğu fakat tanımlamalarda hastaların büyük çoğunluğunda mizahın bir karşılık bulduğu görülmüştür.

Hastalığın ilk tanı alma zamanına göre psikolojik sağlamlık düzeyine bakıldığında kadın hastalarda, hastalığın tanımlanma süresi iki yıl ve altında olanların psikolojik sağlamlık düzeyinin iki yılın üzerinde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, cinsiyete göre ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. (Tablo 4.3.). Kadınlarda hastalığın tanı alma süresi uzadıkça psikolojik sağlamlık azalmaktadır. Ancak kadın ve erkekler arasında cinsiyete göre yıl arttıkça psikolojik sağlamlık değişmemektedir. Bu durumun hastalığın kronikleştikçe algılanan stresin artması ayrıca kişisel ve cinsiyete özgü sorumlulukların, cinsiyete göre hastalığa verilen anlamın ve hastalığın sebep olduğu yıkımın psikolojik sağlamlığa olan etkileriyle ilişkilerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Destekler nitelikte Eren ve arkadaşlarının (2023) çalışma sonucunda kronik hastalık ve psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda algılanan stresin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Algılanan stres ile psikolojik sağlamlık negatif yönde ilişkilidir (Çelikkaleli, 2020).

Ayrıca psikolojik sağlamlık tedaviye olan uyumu etkilemekte hatta tedaviye uyumu artıran bir özellik göstermektedir (Demirel ve Sukut, 2024). Bu değerlendirmeler dikkate alındığında psikolojik sağlamlığın olumsuz etkilenmesi tedavi uyumunu da olumsuz etkileyeceğinden hastaların, özellikle kadın hastaların depresyon sürecini yönetmelerini zorlayıcı bir hale sürükleyip tekrarlı yatışlara neden olabileceği söylenebilir.

5.2. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri

Çalışmamıza katılan hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, mizah yoluyla başa çıkma oranlarının birbirine yakın olduğu ve cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 4.2., Şekil 4.10.). Mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Yerlikaya, 2009; Çetin, 2023). Bu doğrultuda mizahın başa çıkma mekanizması olarak kullanımında cinsiyet faktörünün etkisinin net olarak belirtilmediği görülmektedir. Bu durum, başa çıkmada mizahın tercih edilmesinin cinsiyete bağlı bir değişken olmayıp daha çok bireysel özelliklere göre şekillenen bir tercih olduğu şeklinde açıklanabilir.

5.3. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Kullandıkları Mizah Tarzları

Çalışmamızda kadın ve erkek hastaların en fazla kişilerarası ilişkilerde başkaları ile ilişkilerini olumlu yönde geliştirmek için diğer bireylere zarar vermeden kendi ihtiyaçlarını da gözeterek saygınlığını koruduğu anlamına gelen katılımcı mizah tarzını (Hampes, 2010) kullandıkları görülmektedir. En az ise saldırgan mizah tarzını kullandıkları görülmektedir (Tablo 4.2.). Saldırgan mizah, başkalarını düşünmeme ve sosyal açıdan uygun olmama, kendi yararına fakat başkalarına zarar verecek şekilde bireysel üstünlük ve haz duyma, karşı tarafı aşağılayarak yargılama ve manipüle etme özelliklerini taşıyan uyumsuz kategoride değerlendirilen mizah tarzlarından biridir (Janes ve Olson, 2000; Martin ve ark., 2003). Yanı sıra kadın ve erkek hastaların uyumlu kategorideki mizah tarzlarından olan katılımcı mizah ve kendini geliştirici mizahı, uyumsuz kategorideki mizah tarzlarından olan kendini yıkıcı mizah ve saldırgan mizahtan daha fazla kullandıkları anlaşılmaktadır (Tablo 4.2.). Kendini yıkıcı mizah, başkaları ile

olan ilişkileri geliştirmek, onay ve kabul görmek için kendisine zarar veren, başkalarına alay konusu olmayı kabul eden, eğleniyor ve mutluymuş gibi görünse de gerçekte bir problemin çözümünden kaçarak duygularını inkar etmeyi içeren mizah tarzını ifade etmektedir (Yerlikaya, 2009; Aslan, 2017). Kendini geliştirici mizah ise başkalarına zarar vermeden, karşılaşılan olumsuz durumlara yönelik kişinin bakış açısını değiştirerek ve başkası olmadan da kendi içindeki çatışmalarda olumsuz duyguları değiştirerek mizahın içsel çatışmaların çözümlenmesinde duygu yönetimi olarak kullanılması ile ilişkili bir diğer mizah tarzıdır (Martin ve ark., 1993). Buna göre hastaların hem başkaları ile ilişkilerinde hem de ilişkilerindeki çatışmaları çözümlemede uyumlu kategorideki mizah tarzlarını kullanmaları açısından koruyucu faktörler yönüyle avantajlı bir özelliğe sahip olduklarını söyleyebiliriz. Hastaların üçüncü sırada kendini yıkıcı mizah tarzını kullanmaları, içinde bulundukları depresyon ile ilişkilendirilip düşük benlik değerleriyle; diğer yandan saldırgan mizah tarzının en düşük seviyede çıkması, hastalarının sahip oldukları depresyon klinik tablosuyla ve duyguların bastırılmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, erkeklerin saldırgan mizah tarzı hariç diğer mizah tarzlarında kadınlara göre daha düşük puanlara sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.). Bu durumun cinsiyet rolleri kapsamında erkeklere yönelik olan; güçlü görünme, baskın ve bağımsız olma, sert olup duygularını belli etmeme gibi toplumsal beklentiler (Saygan ve Uludağlı, 2021) doğrultusunda şekillenmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Yapılmış çeşitli çalışmalarda, mevcut çalışmamızı destekler nitelikte erkeklerin daha fazla saldırgan mizah kullandıkları belirtilmektedir (Saroglou ve Scariot, 2002; Martin ve ark., 2003; Kazarian ve Martin, 2004; Sarı ve Aslan, 2005; Bilge ve Saltuk, 2007; Cann ve ark., 2008; Sevim, 2011; Traş ve ark., 2011; Tümkaya, 2011; Öner, 2012).

Elde edilen değerler birbirine yakın olmakla birlikte kadınlarda katılımcı mizah tarzı ve kendini geliştirici mizah tarzı puan ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyete özgü iletişim stillerindeki algıların ve farklılaşmaların mizah tarzlarındaki tercihte etkili olduğu söylenebilir. Literatüre bakıldığında, Akdur ve Batıgün'ün (2017) çalışmasında kadınların kişilerarası ilişkilerde daha fazla besleyici

tarzda iletişim kurdukları ve kadınların daha nevrotik görünmekle birlikte yumuşak başlı oldukları belirtilirken; erkeklerin ise kişilerarası ilişkilerinde ketleyici tarzı kullandıkları belirtilmektedir. Bunu destekler nitelikte uyumlu mizah tarzları olan katılımcı mizah ve kendini geliştirici mizah tarzını daha çok kadınların kullanmakta olduğunu (Soyaldın, 2007; Akyol, 2011; Avcı, 2012; Didin, 2016); erkeklerin uyumsuz mizah tarzları olan saldırgan mizah ve kendini yıkıcı mizah tarzını kullandıklarını (Yerlikaya, 2007; Avcı, 2012; Aktepe, 2019) belirten çalışmalar mevcuttur. Cinsiyet algısı üzerinden değerlendirildiğinde bu durumun kadınların daha uyumlu, dışadönük ve hassas; erkeklerin ise duygularını daha az gösteren ve daha saldırgan rollere sahip olabileceği ve bu şekilde sunulan toplumsal normlarla ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ulaşılan sonuçların aksine; erkeklerin kendini geliştirici mizah tarzına (Erözkan, 2009), katılımcı mizah ve kendini yıkıcı mizah (Yerlikaya, 2009) tarzınlarına kadınlara göre daha fazla sahip olduklarını vurgulayan çalışmalar olduğu gibi çalışmamızla benzer şekilde mizah tarzları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptamayan çalışmalar da (Kırkbir ve ark., 2021; Çetin, 2023) mevcuttur. Yanı sıra erkeklerde uyumlu mizah tarzlarının kullanımının kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirten (Açıkgöz, 2016) ve erkeklerin tüm mizah türlerindeki puan ortalamalarının kadınlardan daha fazla bulunduğunu gösteren (Sayar, 2012) çalışmaların da olduğu görülmektedir. Belirtilen bu çalışmalardaki ulaşılan sonuçların kendi aralarındaki çeşitliliğinin sebebi, çalışmada kullanılan örneklemi öğrencilerin oluşturması ve öğrencilerin kendi aralarındaki popülarite, bir gruba dahil ya da ait olma gibi durumların etkisi ile farklılaşmalar göstermesi olabilir. Bahsi geçen çalışmalarla bizim çalışmamızda görülen farklılıkların ise örneklem grubundan kaynaklı olabileceği, bizim çalışmamızın örneklemini oluşturan hastaların depresyon tanısıyla yatan yetişkin hastaları kapsıyor olması etkilemiş olabilir.

İlhan (2005), çalışmasında kendini yıkıcı mizahın erkekler tarafından daha fazla, katılımcı mizahın ve saldırgan mizahın ise kadınlar tarafından daha fazla kullanıldığını ifade etmektedir. Ayrıca çalışmasında beş faktör kişilik boyutları ile mizah tarzları arasındaki ilişkiyi de incelemiştir. Uyumlu mizah tarzlarını kullananların dışadönük kişiler olduğunu, uyumsuz mizah tarzlarını kullananların duygusal açıdan tutarsız özelliklere sahip

olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda saldırgan mizah tarzının hem kadın hem de erkekler tarafından en az kullanıldığı görülmekle birlikte; erkeklerin kadınlara göre saldırgan mizah tarzı puanlarının anlamlı bir fark olmasa da yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuca göre, erkeklerin kadınlara göre saldırgan mizah dışında diğer mizah tarzlarını daha az kullandıkları dikkate alındığında erkeklerin daha fazla saldırgan mizah tarzına eğilimli olduğu söylenebilir. Bu eğilimin saldırgan mizah tarzının özelliği olan duyguları bastırma, açığa çıkarmada zorlanmayla ilişki olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri

Çalışmamızda kadın ve erkek hastalar arasında psikolojik sağlamlık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte, kadınların psikolojik sağlamlık düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.2., Şekil 4.10.). Bu durumun cinsiyet rolleri ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Destekler nitelikte yapılan çalışmalarda kendi erkeksi özelliklerinin yanında kadınsı özelliklere de sahip olan erkeklerin psikolojik sağlıklarının daha iyi olduğu (Lefkowitz ve Zeldow, 2006), cinsiyetçi kalıplara bağlı davranışlara sahip erkeklerde daha çok depresyon görüldüğü belirtilmiştir (Gupta ve ark., 2013).

Anlamlı bir fark saptanmaması açısından çalışmamızla benzer özellik gösteren araştırmalar mevcuttur: Özer'in (2013) yaptığı çalışmada psikolojik sağlamlık puan ortalamaları cinsiyet faktörü gözetilerek incelendiğinde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde öğrenciler ile yapılan bir çalışmada da cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Akgün ve Uz Baş, 2020). Literatüre bakıldığında psikolojik sağlamlığın cinsiyete göre anlamlı bir fark göstermediği daha birçok çalışma örneği mevcuttur (Rew ve ark., 2001; Özcan, 2005; Terzi, 2008; Aydın, 2010; Ülker Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Bolat, 2013; Aydoğdu, 2013; Aydın ve Egemberdiyeva, 2018; Tutal ve Efe, 2020; Ulukan, 2020; Erdemir ve ark, 2022; Aras ve ark., 2022).

Çalışmamızda psikolojik sağlamlık cinsiyete göre farklılık göstermemekle birlikte kadınlar erkeklere göre daha fazla psikolojik sağlamlığa sahiptir. Literatürde kadınların psikolojik sağlamlıklarının erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunduğunu

gösteren çalışma örnekleri de bulunmaktadır (Wasonga, 2002; Daining ve Depanfilis, 2007; Oktan, 2008; Önder ve Gülay, 2008; Gündaş, 2013; Turgut, 2015; Kılıç, 2014; Oktan, Odacı ve Berber-Çelik, 2014; Uçar, 2014). Bununla birlikte erkeklerin kadınlardan daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Dayıoğlu, 2008; Bahadır, 2009; Campbell-Sills ve ark., 2009; Sarwar, 2010; Erdoğan ve ark., 2015; Açıkgöz, 2016; Sezgin, 2016; Ernas, 2017; Şencan ve Yılmaz Bingöl, 2024).

Psikolojik sağlamlık; yılmazlık, dayanıklılık, kendini toparlama gücü olarak da ifade edilebilen bir kavram olup, bireylerin zorlayıcı deneyimlere karşı gösterdiği başa çıkma becerisi olarak değerlendirilen ve birçok faktörden etkilenen uyum sağlama süreci ve sonucudur (Block ve Kremen, 1996; Akfırat ve Özsoy, 2021). Psikolojik sağlamlığın, yaşam boyu gelişen bir özellik olduğu (Rutter, 2007) göz önünde bulundurularak kavramsal açıklamalar da dikkate alındığında, literatürde cinsiyete göre görülen bu farklılaşmanın nedeninin karşılaşılan zorluklara yüklenen anlam, çeşitli travmalar, aile yaşantısı, sosyal çevredeki imkanlar, benlik değeri gibi daha birçok faktörün psikolojik sağlamlığa etki etmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

5.5. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişki

Hastalarda mizah yoluyla başa çıkma ve mizah tarzları arasındaki ilişki cinsiyet faktörü gözetilerek incelendiğinde; her iki cinsiyette de kendini geliştirici mizah tarzı ile mizah yoluyla başa çıkma düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Yanı sıra erkeklerde mizah yoluyla başa çıkma ile kendini yıkıcı mizah arasında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4.). Uyumlu mizah tarzlarının adaptif başa çıkma stratejileri ile; uyumsuz mizah tarzlarının ise maladaptif başa çıkma stratejileri ile pozitif yönde ilişkisinin olduğunu saptayan çalışmalar vardır (Yelikaya, 2007; Erickson ve Feldstein, 2007) Bu çalışmalardan birinde ayrıca kendini yıkıcı mizah tarzının depresyon ile pozitif yönde bir ilişki gösterdiği de belirtilmektedir (Erickson ve Feldstein, 2007). Bu bağlamda elde edilen sonucun kadınların adaptif başa çıkma tarzlarına daha eğilimli olduğu; erkeklerin ise maladaptif başa çıkma tarzlarına yatkın olduğu şeklinde açıklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca

kendini yıkıcı mizahın temelinde, var olan problemin çözümünden kaçış bulunmaktadır (Yerlikaya, 2009). Erkek hastalarda düşük düzeyde de olsa mizah yoluyla başa çıkmada kendini yıkıcı mizah tarzına eğilim olması, kaçışın bir baş etme yolu olarak tercih edilmesinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Mizah tarzlarının her birininin ayrı ayrı başa çıkma ile ilişkisinin olup olmadığının ele alındığı bir çalışmada; kendini geliştirici mizah ve uyumsuz mizah tarzlarının ilişkisi olduğu fakat katılımcı mizahın herhangi bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu durum, katılımcı mizahın çevreye uyum sağlama amacı taşıması nedeniyle adaptif ya da maladaptif başa çıkma yolu olmaktan ziyade çevreye olan uyuma yönelik bir durumu irdelemesi ile açıklanmıştır (Çetin, 2023). Çalışmamızda katılımcı mizah tarzı ile mizah yoluyla başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki saptanamamış olup bu durum ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Psikolojik olarak sağlıklı bireyler ile anksiyete yaşayan bireylerin sahip oldukları mizah tarzları karşılaştırıldığında; kendini yıkıcı mizah, saldırgan mizah ve katılımcı mizah tarzı bakımından anlamlı bir fark saptanmazken, kendini geliştirici mizah tarzı bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum kendini geliştirici mizah tarzının başa çıkma yöntemi olarak kullanılmasıyla ilişkilendirilmiştir (Öner, 2012). Çalışmamızda da hem kadın hem erkek hastalar için kendini geliştirici mizah tarzı kullanımının mizah yoluyla başa çıkma düzeyi ve psikolojik sağlamlık düzeyi ile pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkide olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). Buna dayanarak mizah tarzları ve mizah yoluyla başa çıkma arasında ilişki olduğu ve her birinin doğrudan ya da yordayıcılar ile psikolojik sağlamlık üzerinde etkili olduğu sonucuna varılabilir. Uyumlu mizah tarzlarına sahip olan bir birey mizah yoluyla başa çıkmasını güçlendirerek psikolojik sağlamlığını artırabilir diyebiliriz.

5.6. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişki

Çalışmamızdaki analizlerden elde edilen sonuçlara göre; hem kadın hem erkek hastaların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri arasında kadınlarda yüksek düzeyde, erkelerde düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır (Tablo 4.4.). Buna göre mizah yoluyla başa çıkma hastaların psikolojik sağlamlıklarını etkilemektedir.

Bu durumun, başa çıkmada mizah kullanımında mizahın nasıl kullanıldığını belirten mizah tarzlarının etkisinin olabileceği, kadınların daha çok katılımcı mizah ve kendini geliştirici mizah olan uyumlu mizah tarzlarını; erkeklerin ise daha çok uyumsuz olarak değerlendirilen saldırgan ve kendini yıkıcı mizah tarzlarını kullanmaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Mete'nin (2017) yaptığı çalışmada psikolojik sağlamlığı ergenlerdeki algılanan sosyal destek, sosyal bağlılık ve mizah kullanımı açısından incelenmiştir. Mizahın psikolojik sağlamlığı yordadığı, psikolojik sağlamlık ile mizah arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Psikolojik danışmanlarla yapılmış bir başka araştırmada, mizah yoluyla başa çıkma ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolünün yapısal eşitlik modellemesi ile incelemesi yapılmıştır. Sonuç olarak mizah yoluyla başa çıkma, psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Kaya ve Yağan, 2022). Ulaşılan sonuçların çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olduğu ve desteklediği görülmektedir.

Psikolojik sağlamlığa etki eden faktörler ve mizahın fonksiyonları kapsamında değerlendirildiğinde, Sağ (2016) yapmış olduğu çalışmasında pozitif algının artmasıyla psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığını böylelikle de bireylerde düşük depresyon düzeyi ve yüksek bir iyi oluş ortaya çıktığını belirtmektedir. Mizah yoluyla başa çıkmanın travma sonrası büyüme ile olan ilişkisinin incelendiği öğrencilerle yapılan bir çalışmada, travma sonrası büyümenin üç alt boyutu olan; benlik algısında değişim, başkalarıyla ilişkilerde değişim ve yaşam felsefesindeki değişim ile mizah yoluyla başa çıkma arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde ilişki bulunmuştur (Çetin, 2023). Travma sonrası büyümenin alt boyutları dikkate alındığında psikolojik sağlamlıktaki risk ve koruyucu faktörlerle ilişkisi olduğu görülmektedir. Literatürdeki bu çalışma örneklerinde mizah yoluyla başa çıkmanın psikolojik sağlamlığı olumlu yönde etkilediği ve çalışmamızın sonuçları ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Mizahın depresyon ve kaygıyı azaltmada, duygu düzenlemedeki rolleri bağlamında psikolojik sağlamlığı güçlendirdiği ve arttırdığı söylenebilir.

5.7. Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Mizah Tarzları ile Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişki

Psikolojik sağlamlık ve mizah tarzları arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınlarda psikolojik sağlamlık ile katılımcı mizah tarzı arasında düşük düzeyde ve kendini geliştirici mizah tarzı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerde psikolojik sağlamlık ile kendini geliştirici mizah tarzı arasında orta düzeyde ve kendini yıkıcı mizah tarzı arasında düşük düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). Bu durumun toplumsal normlar ile şekillenen uyum sağlama özelliği ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Sadece kadınlarda kendini yıkıcı mizah tarzı ve psikolojik sağlamlık arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu durumun da kadınların cinsiyet algısı, benlik değeri ve cinsiyete yüklenen anlamlar ile depresyonda azalan benlik değeri arasındaki ilişkiyi gösterdiği söylenebilir. Özellikle kadınların benlik değerini yükseltecek ve psikolojik sağlamlıklarını artıracak faktörlere dikkat etmek ve bu anlamda bunu geliştirici hemşirelik müdahaleleri planlayıp uygulamak psikiyatri hemşireleri için önemlidir.

Mizah tarzları ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiye yönelik literatüre bakıldığında çoğu çalışmada daha çok psikolojik sağlamlığı yordayan faktörler dolayısı ile ilişki kurulduğu görülmektedir. Örnek olarak; katılımcı mizah tarzının kullanımının kişilerin öz-yeterliliklerini olumlu yönde etkilediği (İlhan, 2005) ve olumlu bir problem çözme yaklaşımıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Traş ve ark, 2011; Tuğut ve Kaya, 2017). Benzer şekilde uyumlu mizah tarzları düzeyi arttıkça kişilerin özgüven düzeyinde artış olduğu, depresyon ve kaygı düzeyinin azaldığı; uyumsuz mizah tarzlarından kendini yıkıcı mizah tarzı düzeyi arttıkça negatif duygu, kaygı ve depresyon düzeyinde artış olduğu ifade edilmektedir (Kuiper, 2012). Yapılan çalışmalarda ulaşılan sonuçlara göre benlik saygısı (Traş ve ark, 2011; Liu ve Wing, 2012; Özyeşil, 2012; Yue ve ark., 2014; Çakmak ve ark., 2015) ve mutluluk da uyumlu mizah tarzları ile pozitif yönde; uyumsuz mizah tarzları ile negatif yönde ilişki içindedir (Ford ve ark., 2016; Açıkgöz, 2016). Bahsi geçen; benlik saygısı, problem çözme, mutluluk, özgüven, depresyon, kaygının dolaylı olarak psikolojik sağlamlığı yordayan faktörler olması, hem depresyonda neden-sonuç ilişkisi bağlamındaki faktörler olma özelliği taşıması hem de mizah tarzları ile olan

ilişkileri dikkat çekicidir. Çalışmamızı destekler nitelikte olan bu araştırmalardan farklı olarak, çalışmamızdaki erkekler için kendini yıkıcı mizah tarzının psikolojik sağlamlıkla olan pozitif yöndeki ilişkisinin cinsiyete göre mizahı anlamlandırmada ve iletişimde görülen farklılaşmalarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Uyumlu mizah tarzına sahip bireyler daha düşük düzeyde stres, kaygı ve depresyon yaşamaktadır (Yerlikaya, 2009). Sağ ve Bilican (2020) yaptıkları çalışmada yüksek psikolojik iyi oluş ve daha düşük depresyon düzeyi gösteren bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olduğunu görmüşlerdir. Uyumlu mizah tarzlarının depresyon (Yerlikaya, 2009), anksiyete (Yerlikaya, 2009; Öner, 2012), öfke, düşmanlık (Avcı, 2012) ile negatif yönde; özsaygı, samimiyet, psikolojik iyi oluş (İlhan, 2005), dışadönüklük, neşelilikle pozitif yönde ilişkili olduğu (Martin ve ark., 2003) saptanmıştır. Uyumsuz mizah tarzlarının ise ilişki doyumu, hoşnutluk (Yerlikaya, 2007), yumuşak başlılık gibi kişilik özellikleri ile negatif yönde; kızgınlık, saldırganlık, düşmanlık ve nevrotizm gibi özelliklerle pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Martin ve ark., 2003; Avcı, 2012). Uyumlu mizah tarzı düzeyi arttıkça psikolojik belirtilerde azalma görülmektedir (Avcı, 2012). Bu durumu destekler nitelikte ruh sağlığının kötü olmasının uyumsuz mizah tarzlarından kendini yıkıcı mizah (Hugelshofer ve ark., 2006; Frewen ve ark., 2008; Yue, Hao ve Goldman, 2010; Düşünceli, 2011) ve saldırgan mizah (Akdur, 2014; Özdolap, 2015) kullanımı ile arasında pozitif; ruh sağlığının kötü olması ile katılımcı mizah arasında negatif (Yerlikaya, 2003; Erickson ve Feldstein, 2007; Cheung, 2011) bir ilişki olduğunu saptayan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu bağlamda uyumlu mizah tarzlarının dolaylı olarak psikolojik sağlamlık üzerinde pozitif etki yaptığı söylenebilir. Psikolojik sağlamlıkla, uyumlu mizah tarzları arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu; uyumsuz mizah tarzları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmış aradaki ilişkiyi doğrudan gösteren çalışmalar da mevcuttur (Açıkgöz, 2016; Akgün ve Uz Baş, 2020). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla da paralellik göstermektedir.

Genel olarak hastalarda iyi oluş göstergelerinden biri olan ve adaptif başa çıkma yollarını kullanarak güçlü kalabilmeyi gösteren psikolojik sağlamlık, kronikleşen depresyon ile olumsuz etkilenmektedir. Depresyon gibi iyi oluşu olumsuz etkileyen durumlar, psikolojik sağlamlığı oluşturan üç etmenden biri olan risk faktörleri kapsamında

değerlendirilmektedir. Mizahın, psikolojik sağlamlığın koruyucu faktörleri içinde yer aldığı, çalışmamızla da desteklenen uyumlu mizah tarzlarının kullanımının ve mizah yoluyla başa çıkmanın olumlu bir sonuç elde etme açısından önemli olduğu görülmüştür. Yanı sıra "neden güleriz ?" sorusuna yanıt arayan mizah kuramlarından bu çalışmada bahsi geçen üstünlük kuramı, rahatlama kuramı ve uyuşmazlık kuramı, insanın gülme eylemini gerçekleştirmesine belli açıklamalar sunmaktadır. Bireylerle birebir etkileşim içinde olan ruh sağlığı profesyonelleri için karşısındaki bireyin mizah duygusunu anlamada ve bireyin anlamlandırmasında kuram bilgisinin yol gösterici olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Böylelikle psikiyatri hemşirelerinin, bireyin mizah duygusunu anlamlandırmada, mizah yoluyla başa çıkma konusundaki eğilimini değerlendirmede ve bu konuda farkındalık geliştirmede sorumluluğu önemlidir. Bu bağlamda depresyon tedavisinde psikiyatri hemşireleri olarak hastanın içinde bulunduğu süreci anlamlandırabilmesinde, güçlenmesinde ve psikolojik sağlamlıklarını artırmada, mizahın kullanımının yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların, cinsiyetlerine göre mizah tarzları ve mizah yolu ile başa çıkma düzeylerinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Literatüre bakıldığında öğrencilerle ve hemşirelerle yapılan çalışmalar olduğunun görülmesi, çalışmamızın psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla yürütülmüş olması, cinsiyet faktörüne göre ayrı ayrı değerlendirilmesi, hemşirelik ve özellikle psikiyatri hemşireliği kapsamında incelenmiş olması yönleriyle özgün bir çalışma olmuştur. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu doğrultuda yapılan öneriler aşağıda verilmiştir:

6.1. Sonuçlar

- ∇ Cinsiyetlerine göre hastaların tanımlayıcı özelliklerinde farklılıklar görüldüğü; hastaneye ilk kez yatmış ve on günden fazla süredir hastanede olan kadınların erkeklerden fazla olduğu,
- ∇ Erkeklerde ortaöğretim mezunu olanlar, çalışanlar, evli olanlar ve 35 yaş üzerinde olanların fazla sayıda; kadınlarda ise üniversite mezunu olanların daha fazla sayıda olduğu,
- ∇ Tercih edilen rekreasyon aktivitelerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği; kadın hastaların daha çok ev işi yaparak, kitap okuyarak ve müzik dinleyerek; erkek hastaların ise gezerek, tv/film izleyerek ve oyun oynayarak zamanlarını değerlendirdikleri,
- ∇ Kadın ve erkek hastaların mizah yoluyla başa çıkma düzeylerinin birbirine yakın ve cinsiyetlerine göre fark göstermediği,
- ∇ Kadın ve erkek hastaların katılımcı mizah ve kendini geliştirici mizah (uyumlu) tarzları, saldırgan mizah ve kendini yıkıcı mizah (uyumsuz) tarzlarından daha fazla kullandıkları, uyumlu mizah tarzları içinde en fazla katılımcı mizahı kullandıkları,
- ∇ Kadın ve erkek hastaların en az saldırgan mizah tarzını kullandıkları ancak erkek hastaların saldırgan mizah tarzı hariç kadınlara göre diğer tüm mizah tarzlarını daha az kullandıkları,

∇ Kadın ve erkek hastalar arasında psikolojik sağlamlık açısından anlamlı bir farklılık görülmemekle ve her iki cinsiyette de yakın olmakla birlikte kadınların psikolojik sağlamlık düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu,

∇ Cinsiyet gruplarında hastaların depresyon tanısı alma zamanına göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin farklılık gösterdiği, özellikle kadın hastalarda tanı alma zamanının iki yılın üzerinde olanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin düşük olduğundan; kadınlarda hastalığın tanı alma süresi uzadıkça psikolojik sağlamlığın azaldığı ancak kadın ve erkekler arasında cinsiyete göre yıl arttıkça psikolojik sağlamlığın değişmediği,

∇ Her iki cinsiyette de mizah yoluyla başa çıkmada kendini geliştirici mizah tarzının kullanımı arasında, pozitif yönde, anlamlı ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu,

∇ Kadın hastalardan farklı olarak erkek hastaların mizah yoluyla başa çıkmada kendini yıkıcı mizah tarzı arasında pozitif yönde, anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu,

∇ Hem kadın hem erkek hastalarda mizah yoluyla başa çıkma ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu ve aynı zamanda bu ilişkinin kadın hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek olduğu,

∇ Kadın hastalarda, uyumlu mizah tarzları olan katılımcı mizah ve kendini geliştirici mizah tarzları ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu,

∇ Erkek hastalarda, kendini geliştirici mizah ve kendini yıkıcı mizah tarzı ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu,

∇ Hem kadın hem erkek hastalarda kendini geliştirici mizah tarzı ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu aynı zamanda bu ilişkinin kadın hastalarda erkek hastalara göre daha yüksek olduğu,

∇ Kadın hastalarda, kendini yıkıcı mizah tarzı ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönde anlamlı olmayan bir ilişki olduğu,

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda çalışmamızın amacı dikkate alındığında cinsiyetin; sahip olunan mizah tarzını etkilediği, sahip olunan mizah tarzının mizah yolu ile başa

çıkma düzeyini etkilediği, mizah yoluyla başa çıkma düzeyinin ve sahip olunan mizah tarzlarının psikolojik sağlamlık düzeyini etkilediği, sonuçlarına ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

∇ Hemşirelerin, hastaya bakım verirken mizahın etkili bir başa çıkma yolu olarak kullanılabilmesinde hastanın sahip olduğu mizah tarzını farketmesi ve uyumlu mizah tarzlarını desteklemesi, hem hastayla kurulan iletişime ve terapötik ortamın gelişimine hem de hastanın psikolojik sağlamlığına katkı sağlayabileceği düşünüldüğünden servis hemşirelerine mizah tarzları eğitimi verilerek bu konuya farkındalık oluşturulması,

∇ Her iki cinsiyette birbirine yakın olmakla birlikte, saldırgan mizah tarzı ve kendini yıkıcı mizah tarzı kullanma eğilimlerinin var olması ve depresyon tanısıyla yatıyor olmaları dikkate alındığında, hastaların duygularını kabul ve ifade etmelerini kolaylaştıracak ve benlik değerini yükseltecek müdahalelerin planlanıp uygulanması,

∇ Kadınlarda hastalık süresi uzadıkça (kronikleştikçe) psikolojik sağlamlık azaldığından birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu faktör olarak, servis içinde hastaların mizahı bir baş etme yöntemi olarak kullanabileceklerine yönelik farkındalık oluşturulması, bu konuda gereken eğitimlerin yapılması ve katılımcı-kendini geliştirici mizah tarzlarının geliştirilmesi,

∇ Hem kadın hem erkeklerde mizah yoluyla başa çıkma, psikolojik sağlamlığı olumlu yönde etkilediğinden psikiyatri servisleri başta olmak üzere terapötik mizah kullanımının aktif olarak hastanelerde hemşirelik girişimi olarak uygulanması, bakım sonuçlarının kayıt altına alınması ve değerlendirilmesi,

∇ Servis içi etkileşimli etkinliklerin artırılarak hastaların bu etkinliklere katılımının ve etkileşiminin sağlanması,

∇ Mizahın etkileşimli ortamda gerçekleştiği ve hastaların cinsiyetlerine özgü kullandıkları mizah tarzları dikkate alındığında; servis içi ve dışı her iki cinsiyetin birbiri ile etkileşimine olanak tanıyan etkinliklerin oluşturulması,

∇ Hemşirelikte, özellikle psikiyatri hemşireliğinde mizah ve psikolojik sağlamlığı inceleyen depresyon tanısı almış başka hasta örneklemlerinde niceliksel ve niteliksel çalışmaların yapılması,

∇ Mezuniyet öncesi ve sonrası hemşirelik eğitim programı içeriklerine mizah ve psikolojik sağlamlıkla ilgili konulara yer verilerek hemşirelerin farkındalık kazanmalarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abel M.H. Humor, Stress and Coping Strategies. Humor: International Journal of Humor Research. 2002;15(4): 365-381.

Açıkgöz M. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlık ile Mizah Tarzları ve Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çağ Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Mersin (Danışman: Prof. Dr. Ş Uğuz; Prof. Dr. G Seydaoğlu).

Adler A. İnsanı Tanıma Sanatı Çeviren: Şipal K. 21. Baskı, Say Yayınları, İstanbul; 2020.

Akbuğa Ş., Karaaziz M. Depresyonun Tedavisinde Pozitif Psikoterapinin Kullanılması Üzerine Sistematik Derleme. USE Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Dergisi. 2024;5(4): 677-701.

Akdur S. Kişilik Özellikleri ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkide Kişilerarası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzlarının Aracı Rolü. Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. A Durak Batıgün).

Akfırat O.N., Özsoy M. Türkiye'de Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi. 2021;1(4): 26-42.

Akgün Ü., Uz Baş A. Lise Öğrencilerinde Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcıları Olarak Güvenlik ve Mizah Tarzları. PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2020;3(6): 217-231.

Akkaya C. Serotonin and Noradrenalin in the Etiology of Depression. Yeni Symposium. 2005;43(3): 91-96.

Akkoç M. Mizah: Etkili Bir İletişim Anahtarı ve Buz Kırıcı. JOKOHTU. 2023;1(3): 25-33.

Aksoy Z.B. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Psikolojik Kırılganlık ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Karabük Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2024, Karabük (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi S Dinç).

Aktepe R. Lise Öğrencilerinin Bilişsel Esneklik Düzeyleri ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Bursa (Danışman: Doç. Dr. F Gültekin).

Aktin E. Depresyon Hastalarında Özkıyım Davranışı ve Olumsuz Yaşamsal Olayların Merkeziliğinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, Edirne (Danışman: Doç. Dr. N Altan Sarıkaya).

Aktura S.Ç., Özden G., Sarıtaş S.Ç. İyileştirici Bir Tebessüm: Mizah. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;5(1): 129-136.

Akyol Ü. Ergenlerde İletişim Becerilerinin Yordayıcıları Olarak Öz-Duyarlılık ve Mizah Tarzları. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2011, Muğla (Danışman: Yrd. Doç. S Deniz).

APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 3rd ed. Arlington, American Psychiatric Association; 2010.

APA. Depressive Disorders. DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., Section II; 2013, p: 155-188.

APA. The Road to Resilience. 2015. Erişim Adresi: http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx. (Erişim Tarihi: 29.04.2024).

APA Dictionary of Psychology. Resilience. 2018. Erişim Adresi: https://dictionary.apa.org/ (Erişim Tarihi: 05.01.2024).

Arabacı L.B., Taş G. Depresyon Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; 2020, s: 233-237.

Aras N.Y., Topkaya N., Şahin E. Yetişkin Bireylerde Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Cinsiyet, Çocukluk Çağı Travmaları. Yaşamda Anlam ve Öz Şefkat. Sosyal Bilimler Dergisi. 2022;7(1): 168-183.

Aristoteles. Retorik Çeviren: Doğan M.H. 7.Baskı, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul; 2004.

Aristoteles. Poetika Çeviren: Tunalı İ. Remzi Kitabevi, İstanbul; 2005.

Arslan G. Ergenlikte Algılanan Duygusal İstismar ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. H Zekavet Kabasakal).

Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortes I., (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. American Journal of Public Health. 2004;94(1): 82-88.

Aslan N. Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yeditepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H Arslan Özkan).

Astedt-Kurki P., Isola A. Humor Between Nurse and Patient, and Among Staff: Analysis of Nurses' Diaries. Journal of Advanced Nursing. 2001;35(3): 452-458.

Astedt-Kurki P., Isola A., Tammentie T., Kervinen U. Importance of Humor to Client-Nurse Relationships and Client's Well-Being. International Journal of Nursing Practice. 2001;7(2): 119-125.

Astedt-Kurki P., Liukkonen A. Humour in Nursing Care. Journal of Advanced Nursing. 1994;20(1): 183-188.

Atabay E. Üniversite Öğrencilerinde Mizah ve İletişim Becerilerinin Bağlanma Stilleriyle İlişkisi. Üsküdar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi M Yeşildal).

Atalay M. Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duygusunun Belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Antalya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi S Hallaç).

Avcı N. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının, Psikolojik Belirtiler ve Ölüm Kaygısı İle İlişkisi. Sakarya Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sakarya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Koç).

Aydın A. Hemşirelik ve Mizah. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;9(1): 1-5.

Aydın B. Üniversite Öğrencilerinin Duygusal Zeka ve Umut Düzeyleri ile Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010, Trabzon (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Şahin).

Aydın K. Kadınlarda Mizah Anlayışının Aile Hayatı ve Sosyal Hayat Üzerindeki Etkisi. AksarayİletişimDergisi. 2020;2(1): 13-24.

Aydın M., Egemberdiyeva A. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi. Türkiye Eğitim Dergisi. 2018;3(1): 37-53.

Aydoğdu T. Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinini İncelenmesi. Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ş Işık Terzi).

Bağ B. Psikiyatrik Bakımda Terapötik Mizah Kullanımı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4): 519-533.

Bahadır E. Sağlıkla ilgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F Öz).

Bal F. Kahkaha Terapisinin Depresyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;65: 1237-1248.

Balick M.J., Lee R. The Role of Laughter in Traditional Medicine and Its Relevance to the Clinical Setting: Healing With Ha!. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2003;9(4): 88-90.

Bapli İ. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin COVIDF-19 Pandemi Dönemindeki Depresyon Düzeyleri ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Malatya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi R Doğan).

Başoğul C., Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(1): 1-15.

Beck C.T. Humor In Nursing Practice: A Phenomenological Study. International Journal of Nursing Studies. 1997;34(5): 346-352.

Bergson H. Gülme Çeviren: Çetinkasap D. 1.Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul; 2014.

Berk R.A. The Active Ingredients in Humor: Psychophysiological Benefits and Risks for Older Adults. Educational Gerontology. 2001;27(3-4): 323-339.

Berktaş F., Kıroğlu O., Aksu F. Antidepresan İlaçların Öğrenme ve Bellek Mekanizmasına Etkileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2): 178-206.

Bhagya V., Srikumar B.N., Raju T.R., Shankaranarayana Rao B.S. Choronic Escitalopram Treatment Restores Spatial Learning, Monoamine Levels, andHippocampal Long-Term Potentiation in an Animal Model of Depression. Psychopharmacology. 2011;214(2): 477-494.

Bhagya V., Srikumar B.N., Raju T.R., Shankaranarayana Rao B.S. The Selective Noradrenergic Reuptake Inhibitor Reboxetine Restores Spatial Learning Deficits, Biochemical Changes, and Hippocampal Synaptic Plasticity in an Animal Model of Depression. Journal of Neuroscience Research. 2014;93(1): 104-120.

Bhattacharyya P., Jena LK., Pradhan S. Resilience as a Mediator Between Workplace Humour and Well-Being at Work: An Enquiry on the Healthcare Professionals. Journal of Health Management. 2019;22(1): 1-17.

Bilge F., Saltuk S. Humor Styles, Subjctive Well-Being, Trait Anger and Anxiety Among University Students in Turkey. World Applied Sciences Journal. 2007;2(5): 464-469.

Block J., Kremen A.M. IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness. Journal of Personality and Social Psychology. 1996;70(2): 349-361.

Bolat Z. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlık ve Öz-Anlayışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Konya (Danışman: Prof. Dr. M Engin Deniz).

Bonanno G.A., Westphal M., Mancini A.D. Resilience to Loss and Potential Trauma. Annual Review of Clinical Psychology. 2011;7: 511-535.

Bradley R.H., Whiteside L., Mundfrom D.J., Pope S.K. Early Indications of Resilience and Their Relation to Experiences in the Home Environments of Low Birthweight, Premature Children Living in Poverty. Child Development. 1994;65(2): 346-360.

Bremner J.D., Narayan M., Anderson E.R., Staib L.H., Miller H.L., Charney D.S. Hippocampal Volume Reduction in Major Depression. American Journal of Psychiatry. 2000;157(1): 115-118.

Bressington D., Mui J., Yu C., Leung S.F., Cheung K., Wu C.S.T., Chien W.T. Feasibility of a Group-Based Laughter Yoga Intervention as an Adjunctive Treatment for Residual Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in People with Depression. Journal of Affective Disorders. 2019;248: 45-51.

Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması Çeviren: Erdemir F., Kav S., Yılmaz A.A. 6. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017.

Cai C., Yu L., Rong L., Zhong H. Effectiveness of Humor Intervention for Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. Journal of Psychiatric Research. 2014;59: 174-178.

Cambridge Dictionary. Resilient. (2024a). Erişim Adresi: https://dictionary.cambridge.org/ (Erişim Tarihi: 04.01.2024).

Cambridge Dictionary. Hardiness. (2024b). Erişim Adresi: https://dictionary.cambridge.org/ (Erişim Tarihi: 29.04.2024).

Cambridge Dictionary. Humor. (2024c). Erişim Adresi: https://dictionary.cambridge.org/ (Erişim Tarihi: 09.01.2024).

Cameron EL., Fox JD., Anderson MS., Cameron CA. Resilient Youths Use Humor to Enhance Socioemotional Functioning During a Day in the Life. Journal of Adolescent Research. 2010;25(5): 716-742.

Campbell-Sills L., Cohan S.L., Stein M.B. Relationship of Resilience to Personality, Coping, and Psychiatric Symptoms in Young Adults. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(4): 585-599.

Campbell-Sills L., Forde D.R., Stein M.B. Demographic and Childhood Environmental Predictors of Resilience in a Community Sample. Journal of Psychiatric Research. 2009;43(12): 1007-1012.

Can S., Eke E. Kurumlarda Mizahın Kullanımına Yönelik Kavramsal Bir Çalışma. SDÜ İfade Dergisi. 2023;5(1): 36-53.

Cann A., Norman M.A., Welbourne J.L., Calhoun L.G. Attachment Styles, Conflict Styles and Humor Styles:Interrelationships and Associations With Relationship Satisfaction. Europen Journal of Personality. 2008;22(2): 131-146.

Carpenito-Moyet L.J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı Çeviren: Erdemir F. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2013.

Casanas R., Catalian R., Del Val J.L., Real J., Valero S., Casas M. Effectiveness of a Psycho-Educational Group Program for Major Depression in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. BMC Psychiatry. 2012;12(1): 2-16.

Cavanaugh R. An Analysis of the Relationship Between Humor Styles and Perceived. Quality of Life Among University Faculty: UMI Dissertation Information Service. Unpublished Doctoral Dissertation, 2002.

Cha M.Y., Hong H.S. Effect and Path Analysis of Laughter Therapy on Serotonin, Depression and Quality of Life in Middle-Aged Women. Journal of Korean Academy of Nursing. 2015;45(2): 221-230.

Chen X., Li D., Li Z., Li B., Liu M. Sociable and Pronsocial Competence in Chinese Children: Common and Unique Contributions to Social, Academic, and Psychological Adjustment. Developmental Psychology. 2000;36: 302-314.

Chen J.D., George R.A. Cultivating Resilience in Children from Divorced Families. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families. 2005;13(4): 452-455.

Cheung C.P.P. Sense of Humor and Use of Humor: Implication of Humor and Well-Being in Hong Kong. City University of Hong Kong, 2011.

Cicchetti D. Resilience Under Conditions of Extreme Stress: A Multilevel Perspective. World Psychiatry. 2010;9(3): 145-154.

Cohen, J. Statistical Power Analysis. Current Directions in Psychological Science. 1992;1(3): 98-101.

Connor K.M., Davidson J.R.T. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003;18(2): 76-82.

Costello M. Nurses' Self-Identified Characteristic and Behaviors Contributing to Patients' Positive Perceptions of Their Nursing Care. Journal of Holistic Nursing. 2016;35(1): 62-66.

Crawford SA., Caltabiano NJ. Promoting Emotional Well-Being Through the Use of Humour. The Journal of Positive Psychology. 2011;6(3): 237-252.

Crumbaugh J.C., Maholick L.T. An Experimental Study in Existentialism: The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis. Journal of Clinical Psychology. 1964;20(2): 200-207.

Cüceloğlu D. Normal Dışı Davranışlar Psikolojisi. İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları. 38. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2020, s: 451-457.

Çakır S. Duygudurum Bozuklukları. Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017, s: 47-48.

Çakmak S., Karakuş G., Tamam L., Taşdemir A., Karaytuğ M.O., Ç.Ü. Tıp Fakültesi 2. Sınıf Öğrenci Grubu. Tıp Fakültesi Dönem I Öğrencilerinde Mizah Tarzları ve Benlik Saygısı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. Cukurova Medical Journal. 2015;40(4): 782-793.

Çam M.O., Mutlu Satıl E. Nitel Araştırma ve Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Felsefi Boyutu ve Karakteristik Özellikleri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2021;4(3): 436-441.

Çelikkaleli Ö. Beliren Yetişkinlerde Stres ile Tükenmişlik Arasındaki Doğrudan ve Dolaylı İlişkilerde Psikolojik Sağlamlılığın Aracılık Rolü. Eğitim Bilimleri Araştırma Dergisi. 2020;10(1): 1-17.

Çetin E.S. Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkmanın Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Kent Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E Kiremitçi Canıöz).

Dağlar G., Aksoy Ö.D., Bilgiç D., Uçuk S., Güneş H. Ebelik Öğrencilerinin Mizah Duygusunun Stresle Baş Etme Yaklaşımlarına Etkisi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;9(2): 94-101.

Daining C., DePanfilis D. Resilience of Youth in Transition From Out-of-Home Care to Adulthood. Children and Youth Services Review. 2007;29(9): 1158-1178.

Dayıoğlu B. Üniversite Giriş Sınavına Hazırlanan Adaylarda Psikolojik Sağlamlık: Öğrenilmiş Güçlülük, Algılanan Sosyal Destek ve Cinsiyetin Rolü. ODTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z Hatipoğlu Sümer).

Demirel M., Sukut Ö. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikolojik Sağlamlık, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon ile Tedaviye Uyum Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2024;6(1): 49-56.

Demirci İ., Ekşi H., Dinçer D., Kardaş S. Beş Boyutlu İyi Oluş Modeli: PERMA Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. The Journal of Happiness & Well-Being. 2017;5(1): 60-77.

Dewey J. The Theory of Emotion: I: Emotional Attitudes. Psychological Review. 1894;1(6): 553-569.

Didin E. Sanat Eğitimi Alan ve Almayan Ergenlerin Mizah Tarzlarının ve Kişilerarası Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. A Köksal Akyol).

Doğan O., Yüksel N., Ergün M.A., Yılmaz A., İlhan M.N., Karslıoğlu H.E., Koç A., Menevşe A. Serotonin Transporter Gene Polymorphisms and Sertraline Response in Major Depression Patients. Genetic Testing. 2008;12(2): 225-231.

Doğan T. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being. 2015;3(1): 93-102.

Durisko Z., Mulsant B.H., Andrews P.W. An Adaptationist Perspective on the Etiology of Depression. Journal of Affective Disorders. 2015;172: 315-323.

Durlak J.A. Common Risk and Protective Factors in Succesful Prevention Programs. American Journal of Orthopsychiatry. 1998;68(4): 512-520.

Durmuş İ. Mizah. 2005. Erişim Adresi: https://islamansiklopedisi.org.tr/ (Erişim Tarihi: 09.01.2024).

Dülgerler Ş. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Geliştirilmiş 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2021, s: 160-176.

Düşünceli B.The Effect of Humor Styles on Psychopathology: Examination With Structural Equation Model. International Journl of Academic Research. 2011;3(5): 224-231.

Ebmeier K.P., Donaghey C., Steele J.D. Recent Developments and Current Controversies in Depression. The Lancet. 2006;367(9505): 153-167.

Elder B.L., Mosack V. Genetics of Depression: An Overview of the Current Science. Issues in Mental Health Nursing. 2011;32(4): 192-202.

Engin E., Ergün G. Depresyon Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Geliştirilmiş 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2021, s: 314-316.

Erarslan Ö. Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Sağlamlık ile Depresif Belirtiler ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişkide Benlik Saygısı, Pozitif Dünya Görüşü ve Umudun Aracı Rolünün İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. S Işıklı).

Erdemir N., Kış A., Erdemir Z.A. Ergenlerde Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin İncelenmesi. Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi. 2022;9(83): 986-991.

Erdoğan E. Tanrı Algısı, Dini Yönelim Biçimleri ve Öznel Dindarlığın Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkisi: Üniversite Örneklemi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2015;12(29): 223-246.

Eren N., Zararsız Y., Medetalibeyoğlu A., Polat I. COVID-19 Tanısı Almış Bireylerde Psikolojik Dayanıklılık, Algılanan Stres ve Ölüm Kaygısı ile Hastalık Seyri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2023;60: 245-251.

Erickson S.J., Feildstein S.W. Adolescent Humor and Its Relationship to Coping, Defense Strategies, Psychological Distress and Well-Being. Child Psychiatry and Human Development. 2007;37(3): 255-271.

Erkek F. Kahkaha Toplumdan Yana: Henri Bergson'un Gülme Yorumu. Dört Öge. 2017;5(11): 1-15.

Ernas Ş. Özerklik ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. A Ertan Tezcan).

Erözkan A. Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzları. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;26: 56-66.

Ersan E., Albay E. Depresyonun Genetik Nedenleri. Duygudurum Dizisi. 2001;6: 277-282.

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

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. G* Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2): 175-191.

Feely M., Long A. Depression: A Psychiatric Nursing Theory of Connectivity. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009;16(8): 725-737.

Fletcher D., Sarkar M. Psychological Resilience. European Psychologist. 2013;18(1): 12-23.

Fuchs E., Czeh B., Kole M.H.P., Michaelis T., Lucassen P.L. Alterations of Neuroplasticity in Depession: The Hşppocampus and Beyond. Eur Neuropsychopharmacol. 2004;14: 481-490.

Ford T.E., McCreight K.A., Richardson K. Affective Styles, Humor Styles and Happiness. Europe's Journal of Psychology. 2014;10(3): 451-463.

Ford T.E., Lappi S.K., Holden C.J. Personality, Humor Styles and Happiness: Happy People Have Positive Humor Styles. Europe's Journal of Psychology. 2016;12(3): 320-337.

Foster T.A. An Exploration of Academic Resilience Among Rural Students Living in Poverty. Piedmont College, Doctoral Dissertation, 2013.

Frankl V.E.. Man's Search for Meaning Çeviren: Budak S. İnsanın Anlam Arayışı. 77. Baskı, Okyanus Yayınları, İstanbul; 2020.

Freud S. Jokes and Their Relation to the Unconscious. Penguin Books, London; 1905.

Freud S. Humour. International Journal of Psychoanalysis. 1928;9: 1-6.

Freud S. Espriler ve Bilinçdışı ile İlişkileri Çeviren: Kapkın E. 3. Baskı, Payel Yayınevi, İstanbul; 1998.

Freud S. Yas ve Melankoli Çeviren: Uslu L. 4.Baskı, Cem Yayınevi, İzmir; 2021.

Frewen P.A., Brinker J., Martin R.A., Dozois D.J.A. Humor Styles and Personality-Vulnerability to Depression. Humor: International Journal of Humor Research. 2008;21(2): 179-195.

Garmezy N. Vulnerability Research and the Issue of Primary Prevention. American Journal of Orthopsychiatry. 1971;41(1): 101-116.

Garmezy N. Stress, Competence, and Development: Continuities in the Study of Schizophrenic Adults, Children Vulnerable to Psychopathology and the Search for

Stress-Resistant Children. American Journal of Orthopsychiatry. 1987;57(2): 159-174.

Garmezy N. Children in Poverty: Resilience Despite Risk. Psychiatry. 1993;56: 127-136.

Ghaffari F., Dheghan-Nayeri N., Shali M. Nurses' Experiences of Humor in Clinical Settings. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2015;29: 182.

Gildberg F.A., Paaske K.J., Rasmussen V.L., Nissen R.D., Bradley S.K., Hounsgaard L. Humor. Journal of Forensic Nursing. 2016;12(3): 120-128.

Gizir C.A. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007;28(3): 113-128.

Göktaş A. Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının Tedavi Uyumu, Genel Öz Yeterlik, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeyine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2021, Antalya (Danışman: Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu).

Göktaş A., Buldukoğlu K. Depresyon, Psikiyatrik Bakım ve Model Kullanımı: Depresyonun Roy Uyum Modeline Göre Analizi ve Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2023;6(1): 55-70.

Gupta T., Way N., McGill R.K., Hughes D., Santos C., Jia Y., Yoshikawa H., Chen X., Deng H. Gender-Typed Behaviors in Friendships and Well-Being: A Cross-Cultural Study of Chinese and American Boys. Journal of Research on Adolescence. 2013;23(1): 57-68.

Gündaş A. Lise Öğrencilerinde Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Benlik Kurgusu ve Bağlanma Stilleri. Gaziosmanpaşa Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Tokat (Danışman: Doç. Dr. R Koçak).

Gündoğan T. Depresyon Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Odaklı Psikoeğitimin Etkileri. Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. D Tanrıverdi).

Gürkan H. Major Depresyon Olgularında Norepinefrin Transfer Geni Polimorfizmleri Sıklığı. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Edirne (Danışman: Doç. Dr. G Bozkurt).

Greeff A.P., Ritman I.N. Individual Characteristics Associated with Resilience in Single-Parent Families. Psychoological Reports. 2005;96(1): 36-42.

Hallaç S. Genital Organ Kanseri Tanısı Alan Bireylerin Kansere Tepki, Vücut Algısı, Başetme ve Psikososyal Uyumlarına Yönelik Yapılan Grup Müdahalesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F Öz).

Hampes W.P. The Relation Between Humor Styles and Empathy. Europe's Journal of Psychology. 2010;6(3): 34-45.

Han J.H., Park K.M., Park H. Effects of Laughter Therapy on Depression and Sleep among Patients at Long-Term Care Hospitals. Korean Journal of Adult Nursing. 2017;29(5): 560-568.

Hatzipapas I., Visser M.J., Janse van Rensburg E. Laughter Therapy as an Intervention to Promote Psychological Well-Being of Volunteer Community Care Workers Working With HIV- Affected Families. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS. 2017;14(1): 202-212.

Haugan G., Innstrand S.T., Moksnes U.K. The Effect of Nurse-Patient Interaction on Anxiety and Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. Journal of Clinical Nursing. 2013;22(15-16): 2192-2205.

Haydon G., Riet P.V.D. A Narrative Inquiry: How Do Nurses Respond to Patients' Use of Humor? Contemporary Nurse. 2014;46(2): 197-205.

Helvacı Çelik F., Hocaoğlu Ç. Majör Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016;6(1): 51-66.

Hetherington E.M., Stanley-Hagan M. The Adjustment of Children with Divorced Parent: A Risk and Resiliency Perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1999;40(1): 129-140.

Hırlak B., Taşlıyan M., Sezer B. Mizah Anlayışı, Mesleki Stres ve Demografik Özellikler Bağlamında Algı Farklılıkları. KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;15(1): 155-176.

Hobbes T. Leviathan Çeviren: Lim S. 6. Baskı, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul; 2007.

Holmans P., Wiessman M., Zubenko G., Scheftner W., Crowe R., DePaulo J., … Levinson D. Genetics of Recurrent Early-Onset Major Depression (GenRED): Final Genome Scan Report. American Journal of Psychiatry. 2007;164(2): 248-258.

Horney K. The Neurotic Personality of Our Time Çeviren: Kıcır B. Çağımızın Nevrotik Kişiliği. 5. Baskı, Sel Yayıncılık, İstanbul; 2018.

Hugelshofer D.S., Kwon P., Reff R.C., Olson M.L. Humor's Role in the Relation Between Attributional Style and Dsyphoria. Europian Journal of Personality. 2006;20(4): 325-336.

Işık E., Işık U., Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık, Ankara; 2013.

İlhan T. Öznel İyi Oluşa Dayalı Mizah Tarzları Modeli. Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Prof. Dr. H Bacanlı).

James L.M., Olson J.M. The Behavioral Effects of Observing Ridicule of Others. Personality and Social Psychology Bulletin. 2000;26: 474-485.

Kahya Y. Mizahın Sağlığa Etkisi. Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2019;62: 231-241.

Kant I. Critique of Judgment Çeviren: Pluhar W.S. Hackett Publishing, Cambiridge; 1987.

Kantarcı B. COVID 19 Pandemi Döneminde Hemşirelerin Mizah Tarzları ve Psikolojik İyi Oluş İlişkisi. Kafkas Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Kars (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi F Kaya).

Kanbur S., Baştemur Ş. Gülmek Neden İyileştirir? Terapide Mizah Kullanımı Üzerine Bir Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2023;15(3): 477-487.

Karaırmak Ö. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;3(26): 129-142.

Kaya Z., Yağan F. The Mediating Role of Psychological Resilience in the Relationship between Coping Humor and Psychological Well-being. Journal of Theoretical Educational Science. 2022;15(1): 146-168.

Kazarian S.S., Martin R.A. Humor Styles, Personality and Well-Being Among Lebanese University Stıdents. Europen Journal of Personality. 2004;18(3): 209-219.

Keith-Spiegel P. Early Conceptions of Humor: Varieties and Issues. The Psychology of Humor; 1972, p: 3-39.

Kılıç Ş.D. Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık ve Psikolojik Dayanıklılılarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Ba Gençdoğan; Doç. Dr. B Alver).

Kırkbir F., Altınışık Ü., Zengin S., Çelik A. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2021;23(1).

Kim S.H., Kim Y.H., Kim H.J. Laughter and Stress Relief in Cancer Patient: A Pilot Study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2015; p:1-6.

Ko Y.-J., Hyun M.-Y. Effects of Laughter Therapy on Pain, Depression, and Quality of Life of Elderly People with Osteoarthritis. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013;22(4): 359.

Kohler P. Best Practices in Transition: Substantiated or Implied? Career Development for Exceptional Individuals. 1993;16(2): 107-121.

Kuiper N.A., Martin R.A., Olinger L.J. Coping Humor, Stress and Cognitive Appraisals. Canadian Journal of Behavioural Science. 1993;25: 81-96.

Kuiper N.A., Grimshaw M., Leite C., Kirsh G. Humor is not Always the Best Medicine: Specific Components of Sense of Humor and Psychological Well-Being. Humor: International Journal of Humor Research. 2004;17(1/2): 135-168.

Kuiper N.A. Humor and Resiliency: Towards a Process Model of Coping and Growth. Europe's Journal of Psychology. 2012;8(3): 475-491.

Kumpfer K.L., Bluth B. Parent/Child Transactional Processes Predictive of Resilience or Vulnerability to "Substance Abuse Disorders." Substance Use & Misuse. 2004;39(5): 671-698.

Lazarou C., Kouta C., Kapsou M., Kaite C. Overview of Depression: Epidemiology and Implications for Community Nursing Practice. British Journal of Community Nursing. 2011;16(1): 41-47.

Lazarus R.S. Thoughts on the Relations Between Emotion and Cognition. American Psychologist. 1982;37(9): 1019-1024.

Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. NewYork: Springer; 1984.

Lee H.H., Cranford J.A. Does Resilience Moderate the Associations Between Parental Problem Drinking and Adolescents' Internalizing and Externalizing Behaviors? Drug and Alcohol Dependence. 2008;96(3): 213-221.

Lefcourt H.M., Davidson K., Shepherd R., Phillips M., Prachin K.M., Mills D.E. Perspective Taking Humor: Accounting for Stress Moderation. Journal of Social and Clinical Psychology. 1995;14: 523-542.

Lefkowitz E.S., Zeldow P.B. Masculinity and Feminity Predict Optimal Mental Health: A Belated Test of the Androgyny Hypothesis. Journal of Personality Assessment. 2006;87(1): 95-101.

Leipold B., Greve W. Resilience. European Psychologist. 2009;14(1): 40-50.

Levinson D.F. The Genetics of Depression: A Review. Biological Psychiatry. 2006;60(2): 84-92.

Lin K.K., Sandler I.N., Ayers T.S., Wolchik S.A., Luecken L.J. Resilience in Parentally Bereaved Children and Adolescent Seeking Preventive Services. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2004;33(4): 673-683.

Lindsey L.L. Gender Roles: A Sociological Perspective. 6th ed. New York, Routledge; 2015.

Liu K., Wing Y. Humor Styles, Self-Esteem and Subjective Happiness. Humour. 2012;1: 21-41.

Lorenz K. On Agression Translated by: Wilson M. Routledge, London; 2002.

Luthar S.S, Zigler E. Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. American Journal of Orthopsychiatry. 1991;61(1): 6.

Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. Child Development. 2000;71(3): 543-562.

Martin R.A., Kuiper N.A., Olinger J.L., Dance K.A. Humor, Coping With Stress, Self-Concept and Psychological Well-Being, Humor: International Journal of Humor Research. 1993;6: 89-104.

Martin R.A. The Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and Coping Humor Scale (CHS): A Decade of Research Findingd. Humor-International Journal of Humor Research. 1996;9(3-4): 251-272.

Martin R.A., Puhlik-Doris P., Larsen G., Gray J., Weir K. Individual Differences in Uses of Humor and Their Relation to Psychological Well-Being: Development of the Humor Styles Questionnaire. Journal of Research in Personality. 2003;37: 48-75.

Martin R.A. Sense of Humor and Physical Health: Theoretical Issues Recent Findings and Future Directions. Humor: International Journal of Humor Research. 2004;17(1-2): 1-19.

Martin R.A. The Psychology of Humor: An Integravite Approach. Elsevier Academic Press, San Diego, CA; 2007.

Maslow A. Motivation and Personality. Reprinted from the English Edition by Harper & Row; 1954.

Masten A.S. Humor and Competence in School-Aged Children. Child Development. 1986;57: 461-473.

Masten A.S, Best K.M, Garmezy N. Resilience and Development: Contrbutions From the Study of Children Who Overcome Adversity. Development and Psychopathology. 1990;2(4): 425-444.

Masten A.S., Coastworth J.D. The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons from Research on Successful Children. American Psycholohist. 1998;53(2): 205-220.

Masten A.S. Resilience Processes in Development. American Psychologist. 2001;56(3): 227-238.

Masten A.S., Gewirtz A.H. Resilience in Development: The Importance of Early Childhood. Centre of Excellence for Early Childhood Development. 2006; p: 1-6.

Masten A.S., (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. Child Development. 2014;85(1): 6-20.

Masten A.S., Barnes A.J., (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. Children. 2018;5(7): 98.

May R. Discovery of Being Çeviren: Babacan A. Varoluşun Keşfi. 5. Baskı, Okyanus Yayınları, İstanbul; 2018a.

May R. Man's Search for Himself Çeviren: Işık K. Kendini Arayan İnsan. 13 Baskı, Okyanus Yayınları, İstanbul; 2018b.

Mete C. İzmir'de Yaşayan Roman Ergenlerin Psikolojik Sağlamlıklarının Algılanan Sosyal Destek, Mizah Kullanımı ve Sosyal Bağlılık Düzeylerine Göre İncelemesi. Ege Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Y Kağnıcı).

Meyer J. Ronald Reagan and Humor: A Politician's Velvet Weapon. Communication Studies. 1990;41(1): 76-88.

McCubbin M., Balling K., Possin P., Frierdich S., Bryne B. Resiliency in Chidhood Cancer*. Family Relations. 2002;51(2): 103-111.

Miczo N., Averbeck J.M., Mariani T. Affiliative and Agressive Humor, Attachment Dimensions, and Interaction Goals. Communication Studies. 2009;60(5): 443-459.

Moieni M., Irwin M.R., Jevtic I., Olmstead R., Breen E.C., Eisenberger N.I. Sex Differences in Depressive and Socioemotinal Responses to an Inflammatory Challenge: Implications for Sex Differences in Depession. Neuropsychopharmacology. 2015;40: 1709-1716.

Morreall J. Gülmeyi Ciddiye Almak Çeviren: Aysevener K.-Soyer Ş. İris Yayıncılık, İstanbul; 1997.

Morreall J. Comic Relief: A Comprehensive Philosophy of Humor. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2009.

Murray C. Risk Factors, Protective Factors, Vulnerability, and Resilience. Remedial and Special Education. 2003;24(1): 16-26.

Nakashima M., Canda E.R. Positive Dying and Resiliency in Later Life: A Qualitative Study. Journal of Aging Studies. 2005;19(1): 109-125.

Nezu A.M., Nezu C.M., Blissett S.E. Sense of Humor As a Moderator of the Relation Between Stressful Events and Psychological Distress: A Prospective Analysis. Journal of Personality and Social Psychology. 1988;54(3): 520-525.

Noble R.E. Depression in Women. Metobolism Clinical and Experimental. 2005;54: 49-52.

Oktan V. Üniversite Sınavına Hazırlanan Ergenlerin Psikolojik Sağlamlıklarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, Trabzon (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Şahin).

Oktan V., Odacı H., Berber Çelik Ç. Psikolojik Doğum Sırasının Psikolojik Sağlamlığın Yordanmasındaki Rolünün İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;14(1): 140-152.

Olsson H., Backe H., Sörensen S., Kock M. The Essence of Humour and Its Effects and Functions: A Qualitative Study. Journal of Nursing Management. 2002;10(1): 21-26.

Oral T. Karasevda'dan Depresyona Hüznün Tarihi. Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi. 2009;1: 1-10.

Orhun B.N., Altunöz Ö., Yaylı A. Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Perspektifinden Kadınların Rekreasyonel Faaliyetlere Katılımlarına Yönelik Bir İnceleme. Journal of Gastronomy, Hospitality and Travel. 2024;7(1): 176-190.

Önder A., Gülay H. İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlığının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;23: 192-197.

Öner A. Yetişkin Bireylerin Anksiyete Bozukluğuna Sahip Olup Olmaması ile Kullandıkları Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Adana (Danışman: Prof. Dr. B Yazgan İnanç).

Öz F., Bahadır Yılmaz E. Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009;s: 82-89.

Öz F., Hiçdurmaz D. Stresle Başetmede Önemli Bir Yol: Mizahın Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(1): 83-88.

Özcan B. Anne-Babaları Boşanmış ve Anne-Babaları Birlikte Olan Lise Öğrencilerinin Yılmazlık Özellikleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Artar).

Özdolap M. Mizah Tarzları ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Bayhan Üge).

Özer E. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Duygusal Zeka ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Konya (Danışman: Prof. Dr. M Engin Deniz).

Özkan İ.A. Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnterfil Kadınların, İnterfiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlilik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, İzmir (Danışman: Prof. Dr. H Okumuş, Prof. Dr. K Buldukoğlu).

Özkul B., Günüşen N.P. Lise Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığının ve Etkileyen Etkenlerin İncelenmesi: Epidemiyolojik Bir Araştırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2020;21(2): 203-210.

Özyeşil Z. The Prediction Level of Self-Esteem on Humor Styles and Positive-Negative Affect. Scientific Research. 2012;3(8): 638-641.

Özyürek A., Yaşar S., Dönmez E., Kızılboğa G., Cengiz M.S. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Duygusu ile Empatik ve Sosyal Öz Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Humanities and Tourism Research. 2023;13(2): 396-409.

Özpoyraz N. Depresyonda Nöroanatomik Bağlantılar. Klinik Psikiyatri. 2002;4: 68-72.

Park E. Effects of Visiting Laughter Therapy on Depression and Insomnia Among the Vulnerable Elderly. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2013;24(2): 205-213.

Platon. Philebos Çeviren: Siyavuşgil S.E. Cumhuriyet Yayınları, İstanbul; 1998.

Phillips A. Missing Out, In Praise of the Unlived Life Çeviren: Siral S. Kaçırdıklarımız, Yaşanmamış Hayata Övgü. 1. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul; 2015, s: 12-13.

Pilowsky D.J., Zybert P.A., Vlahov D. Resilient Children of Injection Drug Users. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004;43(11): 1372-1379.

Pölkki P., Ervast S.-A., Huupponen M. Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent. Social Work in Health Care. 2005;39(1-2): 151-163.

Rainey E.E., Petrey L.B., Reynolds M., Agtarap S., Warren A.M. Psychological Factors Predicting Outcome After Traumatic Injury: The Role of Resilience. American Journal of Surgery. 2014;208(4): 517-523.

Recepoğlu E. Liselerde Görev Yapan Okul Müdürlerinin Mizah Tarzları ile Öğretim Liderliği Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Cumhuriyet International Journal of Education. 2015;4(3): 31-46.

Reed-Victor E., Stronge J.H. Homeless Stıdents and Resilience: Staff Perspectives on Individual and Environmental Factors. Journal of Children and Poverty. 2002;8(2): 159-173.

Ressler K.J., Nemeroff C.B., (2000). Role of Serotonergic and Noradrenergic System in the Patophysiology of Depression and Anxiety Disorders. Depression and Anxiety. 2000;12(1): 2-19.

Rew L., Taylor-Seehafer M., Thomas N.Y., Yockey R.D. Correlates of Resilience in Homeless Adolescents. Journal of Nursing Scholarship. 2001;33(1): 33-40.

Richardson G.E. The Metatheory of Resilience and Resiliency. Journal of Clinical Psychology. 2002;58(3): 307-321.

Rogers C. On Becoming a Person Boston: Houghton Mifflin; 1961.

Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry. 1987;57(3): 316-331.

Rutter M. Resilience Concepts and Finding Implications for Family Theraphy, Journal of Family Theraphy. 1999;21(2): 119-144.

Rutter M., Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006;1094(1): 1-12.

Rutter M. Resilience, Competence, and Coping. Child Abuse and Neglect. 2007;31(3): 205-209.

Sağ B. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Pozitif Algının, Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniveristesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. F. I Bilican).

Sağ B., Bilican F.I. Bilişsel Faktörler ile Depresif Semptomlar ve İyi Oluş Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılığın Aracı Rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(1): 149-164.

Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara. 2011a.

Sağlık Bakanlığı. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 2011b. Erişim Adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm (Erişim Tarihi: 7 Ocak 2024). Sayı: 27910.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Ankara; 2013.

Sarı T., Aslan H. Mizah Tarzları ile Başaçıkma Stratejileri Arasındaki İlişki. VIII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Özet Kitabı. 2005; s: 105-106.

Saroglou V., Scariot C. Humor Styles Questionnaire: Personality and Educational Correlates in Belgian High School and Collage Students. European Journal of Personality. 2002;16(1): 43-54.

Sarwar M.S., Inamullah P.H., Khan N., Education P., Anwar P.N. Resilience and Academic Achievement of Male and Female Secondary Level Students in Pakistan. Journal of College Teaching & Learning. 2010;7(8): 19-24.

Satıcı S.A., Deniz M.E. Mizahla Başa Çıkma ve İyilik Hali: Psikolojik Sağlamlık ve İyimserliğin Aracılık Rolünün İncelenmesi. Elementary Education Online. 2017;16(3): 1343-1356.

Sayar B. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Umutsuzluk ve Boyun Eğici Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sakarya Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sakarya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Haydar Şar).

Saygan B.B., Uludağlı N.P. Yaşam Boyu Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021;13(2): 354-382.

Seligman M.E. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being. Ist Free Press hardcover ed., New York, NY: Free Press; 2011.

Seligman M.E.P. Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life Çeviren: Akbaş S.K. Öğrenilmiş İyimserlik: Zihninizi ve Yaşamınızı Nasıl Değiştirirsiniz. 4. Baskı, Eksi Kitaplar, Ankara; 2021.

Sevim B. Roles of Attachment Styles on Personality Traits, and Anger on Relationship and Life Satisfaction: Mediator Roles of Humor, Intimacy, and Psychological Problem. ODTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Prof. Dr. T Gençöz).

Sezgin K. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlık ve Dindarlık Düzeylerinin İncelenmesi (Dicle Üniversitesi Örneği). Dicle Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016, Diyarbakır (Danışman: Doç. Dr. C Çayır).

Schildkraut J.J. The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence. American Journal of Psychiatry. 1965;122(5): 509-522.

Schopenhauer A. The Word As Will and Idea Translated by: Haldane R.B.- Kemp J. 3. 6th ed. London: Kegan Paul; 1909.

Shadrina M., Bondarenko E.A., Slominsky P.A. Genetics Factors in Major Depression Disease. Frontiers in Psychiatry. 2018;9.

Shakespeare W. Hamlet. Çeviren: Bozkurt B. 9, Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul; 2007.

Slattery D.A., Hudson A.I., Nutt D.J. Invited Review: The Evolution of Antidepressant Mechanisms. Fundamental and Clinical Pharmacology. 2004;18(1): 1-21.

Smith B.W., Dalen J., Wiggins K., Tooley E., Christopher P.,Bernard J.J. The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. International Journal of Behavioral Medicine. 2008;15: 194-200.

Sousa L.M.M., Marques-Vieira C.M.A., Frade M. de F.G., Severio S.P.S., Valentim O.S. Humor Intervention in the Nurse-Patient Interaction. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019;72(4): 1078-1085.

Soyaldın S.Z. Ortaöğretim Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzları ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Gündoğdu).

Sridharan K., Sivaramakrishnan G. Therapeutic Clowns in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials-Corrigendum. European Journal of Pediatrics. 2017;176(2): 289.

Struthers J. An Investigation into Community Psychiatric Nurses' Use of Humour During Client Interactions. Journal of Advanced Nursing. 1999;29(5): 1197-1204.

Sultanoff S.M. Levity Defies Gravity: Using Humor in Crisis Situations. AATH; 2001.

Sütcü Ö.Y. Gülmenin Ciddiyeti: Üstünlük Teorisi. ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar. 2022;15(2): 49-65.

Şencan S., Yılmaz Bingöl T. Psikolojik Sağlamlığın İyi Oluş, Öz-Yeterlik, Sosyal Destek ve Demografik Değişkenler Tarafından Yordanması. Mutluluk ve İyi Oluş Dergisi. 2024;9(16): 17-28.

Tamam L., Zeren T. Depresyonda Serotonerjik Düzenekler. Klinik Psikiyatri. 2002;Ek: 4: 11-18.

Tarhan N., (2019). Stresten Depresyona. Mutluluk Psikolojisi ve Stresle Başa Çıkma, Bedensel ve Ruhsal Sağlık İçin Kendini Tanımak, 30. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul; 2019; s: 102-108.

Tebes J.K., Irish J.T., Puglisi Vasquez M.J., Perkins D.V. Cognitive Transformationas a Marker of Resilience. Substance Use & Misuse. 2004;39(5): 769-788.

Terzi Ş. Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008;35: 297-306.

TDK. Depresyon. (2022a). Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 26.12.2023).

TDK. Yılmazlık, Yılmaz. (2022b). Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 29.04.2024).

TDK. Gülmece. (2022c). Erişim Adresi: https://sozluk.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 09.01.2024).

Thornton J., White A. A Hedeggerian Investigation into the Lived Experience of Humour by Nurses in an Intensive Unit. Intensive and Critical Care Nursing. 1999;15(5): 266-278.

Thorson J., Powell F., Sarmany-Schuller I., Hampes W. Psychological Health and Sense of Humor. Journal of Clinical Psychology. 1997;53(6): 605-619.

Toru F. Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020;4(1): 46-59.

Townsend MC. Depresif Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Ançel G. 6. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016, s: 378-422.

Traş Z., Arslan C., Taş A.M. Öğretmen Adaylarında Mizah Tarzları, Problem Çözme ve Benlik Saygısının İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011;8(2): 717-732.

Tremayne P. Using Humor to Enhance the Nurse-Patient Relationship. Nursing Standart. 2014;28(30): 37-40.

Tuğut N., Kaya D. Hemşirelerin Terapötik Mizah Kullanma Durumları ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017;10(3): 131-136.

Turgut Ö. Ergenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin, Önemli Yaşam Olayları, Algılanan Sosyal Destek ve Okul Bağlılığı Açısından İncelenmesi. Anadolu Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Eskişehir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B Eraslan Çapan).

Tutal V., Efe M. Bireylerin Psikolojik Sağlamlık ve Covid-19 Korkularının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2020;13(74): 318-325.

Tümkaya S. Humor Styles and Socio-demographic Variables as Predictors of Subjective Well-Being of Turkish University Students. Eğitim ve Bilim. 2011;36(160): 159-170.

Uçar T. Özel Eğitim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Daynıklık Düzeylerinin ve Mesleki Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (İstanbul İli Avrupa Yakası Örneği). İstanbul Aydın Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. B Ekici Güzel).

Ulloth J.K. The Benefits of Humor in Nursing Education. Journal of Nursing Education. 2002;41(11): 476-481.

Ulukan M. Öğretmenlerin Mutluluk ile Psikolojik Sğlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2020;13(73): 620-631.

Uzunlar E.A., Gezmen Karadağ M. Premenstrual Sendrom: Beslenme ile İlişkisi Üzerine Derleme. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;9(1): 41-54.

Ülker Tümlü G., Recepoğlu E. Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2013;3(3): 205-213.

Ünal D., Kuzlu Ayyıldız T. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Uluborlu Mesleki Bilimler Dergisi. 2023;6(1): 57-70.

Ünal D. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Saptanması. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Zonguldak (Danışman: Doç. Dr. T Kuzlu Ayyıldız).

Ünür E. Afet Yönetminde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Doğal Afetlerde Cinsiyete Dayalı Zarar Görebilirlik Farkı. İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;13(2): 351-381.

Üstündağ M.F., Yılmaz E.D., Uğur K., Ünal Ö., Herdem A., Aydın O., Aydemir Ö. Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Bireysel Farklılıkları Üzerine Dokuz Tip Mizaç Modeli Odaklı Bir İnceleme. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2020;23: 333-342.

Vanderpol M. Resilience: A Missing Link in our Understanding of Survival. Harvard Revision Psychiatry. 2002;10: 302-306.

Walter M., Hanni B., Haug M., Amrhein I., Krebs-Roubicek E., Müller-Spahn F., Savaskan E. Humour Therapy in Patients with Late-Life Depression or Alzheimer's Disease: A Pilot Study. 2007;22(1): 77-83.

Wasonga T. Gender Effects on Perceptions of External Assets, Development of Resilience and Academic Achievement: Perpetuation Theory Approach. Gender Issues. 2002;20(4): 43-54.

Weinberger NA., Kersting A., Riedel-Heller SG. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Norma-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obes Facts. 2016;9(6): 424-441.

Werner E.E., Smith R.S. Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth. New York: McGraw-Hill; 1982.

Werner E.E. High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. American Journal of Orthopsychiatry. 1989;59: 72-81.

Werner E.E. Journeys From Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. Pediatrics. 2004;114(2): 492.

Wheeler K. Psikiyatri Hemşireliği İleri Düzey Uygulamalar İçin Psikoterapi Kanıta Dayalı Uygulama Rehberi Çeviren: Atlı Özbaş A., Gürhan N. 2. Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; 2020.

WHO. Depression. 2018. Erişim Adresi: https://www.who.int./news-room/fact-sheets/detail/depression (Erişim Tarihi: 27.12.2023).

WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. 2021. Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029 (Erişim Tarihi: 06.06.2024).

WHO. Depression Epidemiology. 2023. Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression (Erişim Tarihi: 06.06.2024).

Wild B., Rodden F.A., Grodd W., Ruch W. Neural Correlates of Laughter and Humour. Brain. 2003;126(10): 2121-2138.

Wright M.O., Masten A.S., Narayan A.J. Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. Handbook of Resilience in Children. 2012, p: 15-37.

Yalom I.D., Glick I.D. Treating Depression Çeviren: Engin Y. Depresyon Terapisi. 3. Baskı, Prestij Yayınları, İstanbul; 2016, s: 13-14.

Yalom I.D. Existential Psychotherapy Çeviren: Babayiğit Z. Varoluşçu Psikoterapi. 1. Baskı, Pegasus Yayınları, İstanbul; 2018.

Yardımcı İ. Mizah Kavramın ve Sanattaki Yeri. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010;3(2): 1-41.

Yavuz G. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Kapsamında Popüler Türk Mizah Kültürü'nde Cinsiyetler Arası Mizah Algılarının Farklılaşması. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017 (Danışman: Doç. Dr. G Öğüt Eker).

Yerlikaya E.E. Mizah Tarzları Ölçeğinin Uyarlama Çalışması. Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Adana (Danışman: Prof. Dr. B İnanç).

Yerlikaya N. Lise Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Adana (Danışman: Y. Doç. M Bilgin).

Yerlikaya E.E. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, Adana (Danışman: Prof. Dr. B Yazgan İnanç).

Yıldırım T. Depresyon Hastalarında Hemşirelik Tanısı Olarak Sosyal İzolasyon, Sosyal Destek Düzeyi ve İlişkili Özelliklerin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Ankara (Danışman: Prof. Dr. G Ançel).

Young N. Non-Pharmacological Treatments for Patients With Depression. Nursing Standard. 2013;28(7): 43-51.

Yue X.D., Hao X., Goldman G.L. Humor Styles, Dispositional Optimism, and Mental Health Among Undergraduates in Hong Kong and China. Journal of Psychology in Chinese Societies. 2010;11(2): 81-96.

Yue X.D., Liu K.W.Y., Jiang F., Hiranandani N.A. Humor Styles, Self-Esteem and Subjective Happiness. Psychological Reports. 2014;115(2): 517-525.

Zorlu H., Gündüz Ö. Psikoterapide Mizah. JCBPR. 2019;8(3): 190-199.

EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KBF)

Tarih:

…/…/…

Kişi No:

Servis Adı:

1. Cinsiyetinizi lütfen işaretleyiniz.

( ) Kadın

( ) Erkek

2. Kaç yaşındasınız? Lütfen yazınız……

2. Eğitim durumunuzu lütfen işaretleyiniz.

( ) İlkokul

( ) Ortaokul

( ) Lise

( )Üniversite

3. Medeni durumunuzu lütfen işaretleyiniz.

( ) Evli

( ) Bekar

4. Çalışma durumunuzu lütfen işaretleyiniz.

( )Çalışıyor

( ) Çalışmıyor

5. Yaşadığınız yeri lütfen işaretleyiniz.

( )Şehir merkezi

( )İlçe/ Kasaba

( )Köy

6. Beraber yaşadığınız kişi ya da kişileri lütfen işaretleyiniz.

( )Anne

( )Baba

( )Anne ve Baba

( )Kardeş ya da kardeşler

( )Eşi

( )Çocukları

( ) Diğer yakınları (Lütfen yazınız)……

7. Hastalığınıza ilişkin ilk tanılama ne zaman yapıldı? / Ne kadar süre önce tanılandı? (Ay ya da yıl olarak yazınız.)…….

8. Ne kadar sıklıkla hastaneye yatıyorsunuz? ……..

9. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?…….. (Gün ya da ay olarak yazınız.)

10. Boş Zamanlarınızı nasıl / ne yaparak değerlendirirsiniz. (Lütfen yazınız.)

11. En son ne zaman ve ne için güldüğünüzü hatırlıyor musunuz?

Evet ☐ **Hayır** ☐

Eğer yanıtınız evet ise kısaca yazar mısınız?

12. Sizce mizah nedir? Lütfen yazınız.

EK-2: MİZAH TARZLARI ÖLÇEĞİ (MTÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamıyla Katılıyorum
1.Genellikle çok fazla gülmem ya da başkalarıyla şakalaşmam.*	1	2	3	4	5	6	7
2.Moralim bozuk olduğunda genellikle kendimi mizahla neşelendiririm.	1	2	3	4	5	6	7
3.Birisi hata yaptığında çoğunlukla onunla bu konuda dalga geçerim.	1	2	3	4	5	6	7
4.İnsanların benimle dalga geçmelerine ya da bana gülmelerine gereğinden fazla izin veriyorum.	1	2	3	4	5	6	7
5.İnsanları güldürmek için çok fazla uğraşmam gerekmez – doğuştan esprili bir insan gibiyimdir.	1	2	3	4	5	6	7
6.Tek başıma bile olsam çoğunlukla yaşamın gariplikleriyle eğlenirim.	1	2	3	4	5	6	7
7.İnsanlar asla benim mizah anlayışım yüzünden gücenmez ya da incinmezler.*	1	2	3	4	5	6	7
8.Kendimi yermem ailemi ya da arkadaşlarımı güldürüyorsa eğer,	1	2	3	4	5	6	7

çoğunlukla bu işi kendimden geçerek yaparım.							
9.Başımdan geçen komik şeyleri anlatarak insanları pek güldürmem. *	1	2	3	4	5	6	7
10.Üzgün ya da mutsuzsam, kendimi daha iyi hissetmek için genellikle o durumla ilgili gülünç bir şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
11.Espri yaparken ya da komik bir şey söylerken genellikle karşımdakilerin bunu nasıl kaldıracağını pek önemsemem.	1	2	3	4	5	6	7
12.Çoğunlukla kendi güçsüzlüklerim, gaflarım ya da hatalarımla ilgili gülünç şeylerden söz ederek, insanların beni daha çok sevmesini ya da kabul etmesini sağlamayaçalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
13.Yakın arkadaşlarımla çok sık şakalaşır ve gülerim.	1	2	3	4	5	6	7
14.Yaşama karşı takındığım mizahi bakış açısı, benim olaylar karşısında aşırı derecede üzülmemi ya da kederlenmemi önler.	1	2	3	4	5	6	7
15.İnsanların, mizahı başkalarını eleştirmek ya da aşağılamak için kullanmalarından hoşlanmam.*	1	2	3	4	5	6	7
16.Çoğunlukla kendi kendimi kötüleyen ya da alaya alan espriler yapmam.*	1	2	3	4	5	6	7

17.genellikle fikra anlatmaktan ve insanları eğlendirmekten hoşlanmam.*	1	2	3	4	5	6	7
18.Tek başınaysam ve mutsuzsam, kendimi neşelendirecek gülünç şeyler düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
19.Bazen öyle komik şeyler gelir ki aklıma bunlar insanları incitebilecek, yakışık almaz şeyler olsa bile, kendimi tutamam söylerim.	1	2	3	4	5	6	7
20.Espriler yaparken ya da komik olmaya çalışırken çoğunlukla kendimi gereğinden fazla eleştiririm.	1	2	3	4	5	6	7
21.İnsanları güldürmekten hoşlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
22.Kederli ya da üzgünsem genellikle mizahi bakış açımı kaybederim. *	1	2	3	4	5	6	7
23.Bütün arkadaşlarım bunu yapıyor olsa bile, bir başkasıyla alay edip ona gülerlerken asla onlara eşlik etmem.*	1	2	3	4	5	6	7
24.Arkadaşlarımla ya da ailemle birlikteyken çoğunlukla hakkında espri yapılan ya da dalga geçilen kişi ben olurum.	1	2	3	4	5	6	7
25.Arkadaşlarımla çok sık şakalaşmam.*	1	2	3	4	5	6	7
26.Tecrübelerime göre bir durumun eğlendirici yanlarını düşünmek, sorunlarla başa çıkmada çoğunlukla etkili bir yoldur.	1	2	3	4	5	6	7

27.Birinden hoşlanmazsam çoğunlukla onu küçük düşürmek için hakkında espri yapar ya da alay ederim.	1	2	3	4	5	6	7
28.Sorunlarım varsa ya da üzgünsem, en yakın arkadaşlarım bile anlamasın diye, espriler yaparak gizlerim.	1	2	3	4	5	6	7
29.Başkalarıyla birlikteyken genellikle aklıma söyleyecek esprili şeyler gelmez.*	1	2	3	4	5	6	7
30.Neşelenmek için başkalarıyla birlikte olmam gerekmez, genellikle tek başımayken bile gülecek şeyler bulabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
31.Bir şey bana gerçekten gülünç gelse bile, birini gücendirecekse eğer, buna gülmem ya da bununla ilgili espri yapmam. *	1	2	3	4	5	6	7
32.Başkalarının bana gülmesine izin vermek; benim, ailemi ve arkadaşlarımı neşelendirme tarzımdır.	1	2	3	4	5	6	7

(*Tersten kodlanmaktadır.)

EK-3: MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ (MYBÇÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Sorunlarım olduğunda çoğunlukla mizah duygumu kaybederim.	1	2	3	4
2.Genellikle içinde komik bir şeyler bulmaya çalıştığımda, sorunlarımın önemli ölçüde küçüldüğünü fark etmişimdir.	1	2	3	4
3.Gergin durumlarda genellikle söyleyecek komik bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
4.Kabul etmeliyim ki, daha fazla mizahi bakış açısına sahip olsaydım yaşamım daha kolay olabilirdi.	1	2	3	4
5.Beni ya ağlatacak ya da güldürecek bir durumda olduğumda çoğunlukla gülmenin daha iyi olduğunu düşünmüşümdür.	1	2	3	4
6.Zor durumlarda bile genellikle gülecek ya da espri yapacak bir şeyler bulabilirim.	1	2	3	4
7.Deneyimlerim ban mizahın problemlerimle baş etmede çoğunlukla çok etkili bir yol olduğunu göstermiştir.	1	2	3	4

EK-4: KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (KPSÖ)

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1.Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2.Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim. *****	1	2	3	4	5
3.Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4.Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur. *****	1	2	3	4	5
5.Zor zamanları çök az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6.Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır. *****	1	2	3	4	5

(*Tersten kodlanmaktadır.)

EK-5: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Ben Rahime Şeyda YÜKSEK, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında Yüksek Lisans yapmaktayım. "Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyete Göre Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeylerinin Psikolojik Sağlamlıkla İlişkisi" başlıklı tez çalışması yapıyorum. Bu çalışmada amaç; psikiyatri kliniğinde yatan depresyon tanılı hastalarda cinsiyete göre mizah yoluyla başa çıkma düzeyleri ile mizah tarzlarının psikolojik sağlamlığa etkisinin incelemektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizin kısaca bazı özelliklerinizi tanımak amacıyla Kişisel Bilgi Formu ve üç adet ölçek formu doldurmanızı isteyeceğim.

Yapılan çalışmaya katılımın ya da kullanılacak olan formların doldurulmasının sonrasında alınan sonuçlarla sizin açınızdan risk bulunmamaktadır. Vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel veri oluşturmak için kullanılacaktır. Çalışmaya katılımınız yatarak tedavi gören hastaların, tedavi ve bakım kalitesini yükseltmek için nelerin yapılabileceğine dair soruların yanıtlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Dolduracağınız formlardan elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiç kimse ile ticari ya da farklı başka bir amaç için paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. İstediğiniz bir anda araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Katılımınız ve ilginiz için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire R. Şeyda YÜKSEK

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

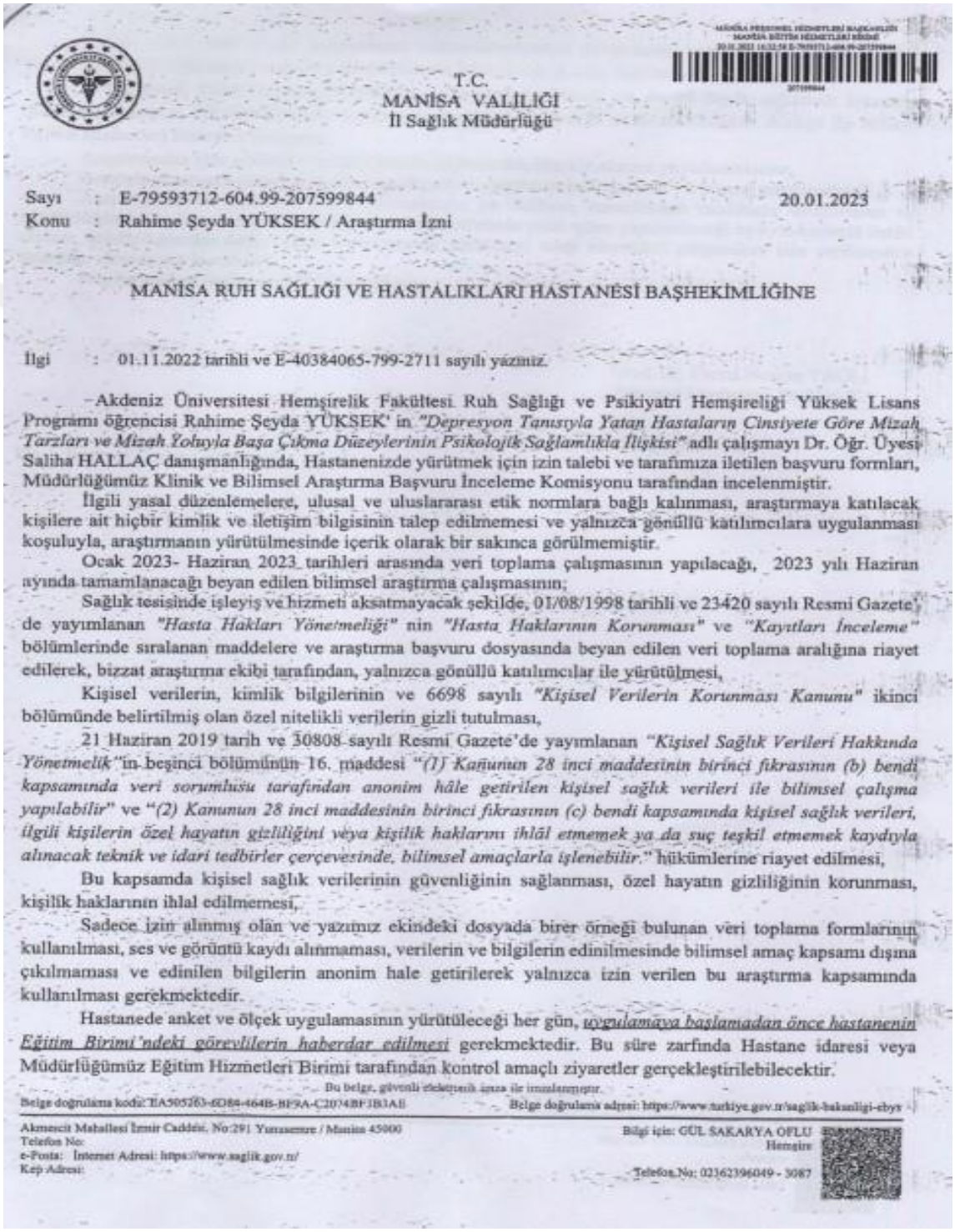
Katılımcının ve Hasta Yakının Beyanı

Yükseklisans öğrencisi olan R. Şeyda YÜKSEK tarafından " Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyete Göre Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeylerinin Psikolojik Sağlamlıkla İlişkisi" başlıklı tez çalışması hakkında bilgilendirildim. Herhangi bir sorum olduğunda R. Şeyda YÜKSEK'e soru sorabileceğimi ve istediğim anda araştırmadan geri çekilebileceğimi biliyorum.

Araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı	Hasta Yakınının Adı Soyadı
İmzası	İmzası
Tarih	Tarih
Araştırmacının Adı Soyadı	
İmzası	
Tarih	

EK-6: MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-79593712-604.99-207599844 20.01.2023
Konu : Rahime Şeyda YÜKSEK / Araştırma İzni

MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 01.11.2022 tarihli ve E-40384065-799-2711 sayılı yazımız.

-Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Rahime Şeyda YÜKSEK' in *"Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyete Göre Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeylerinin Psikolojik Sağlamlıkla İlişkisi"* adlı çalışmayı Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ danışmanlığında, Hastanenizde yürütmek için izin talebi ve tarafımıza iletilen başvuru formları, Müdürlüğümüz Klinik ve Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiştir.

İlgili yasal düzenlemelere, ulusal ve uluslararası etik normlara bağlı kalınması, araştırmaya katılacak kişilere ait hiçbir kimlik ve iletişim bilgisinin talep edilmemesi ve yalnızca gönüllü katılımcılara uygulanması koşuluyla, araştırmanın yürütülmesinde içerik olarak bir sakınca görülmemiştir.

Ocak 2023- Haziran 2023 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı, 2023 yılı Haziran ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde, 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan *"Hasta Hakları Yönetmeliği"* nin *"Hasta Haklarının Korunması"* ve *"Kayıtları İnceleme"* bölümlerinde sıralanan maddelere ve araştırma başvuru dosyasında beyan edilen veri toplama aralığına riayet edilerek, bizzat araştırma ekibi tarafından, yalnızca gönüllü katılımcılar ile yürütülmesi,

Kişisel verilerin, kimlik bilgilerinin ve 6698 sayılı *"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"* ikinci bölümünde belirtilmiş olan özel nitelikli verilerin gizli tutulması,

21 Haziran 2019 tarih ve 30808 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan *"Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik"* in beşinci bölümünün 16. maddesi *"(1) Kanunun 28 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında veri sorumlusu tarafından anonim hâle getirilen kişisel sağlık verileri ile bilimsel çalışma yapılabilir"* ve *"(2) Kanunun 28 inci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında kişisel sağlık verileri, ilgili kişilerin özel hayatın gizliliğini veya kişilik haklarını ihlâl etmemek ya da suç teşkil etmemek kaydıyla alınacak teknik ve idari tedbirler çerçevesinde, bilimsel amaçlarla işlenebilir."* hükümlerine riayet edilmesi,

Bu kapsamda kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması, özel hayatın gizliliğinin korunması, kişilik haklarının ihlal edilmemesi,

Sadece izin alınmış olan ve yazımız ekindeki dosyada birer örneği bulunan veri toplama formlarının kullanılması, ses ve görüntü kaydı alınmaması, verilerin ve bilgilerin edinilmesinde bilimsel amaç kapsamı dışına çıkılmaması ve edinilen bilgilerin anonim hale getirilerek yalnızca izin verilen bu araştırma kapsamında kullanılması gerekmektedir.

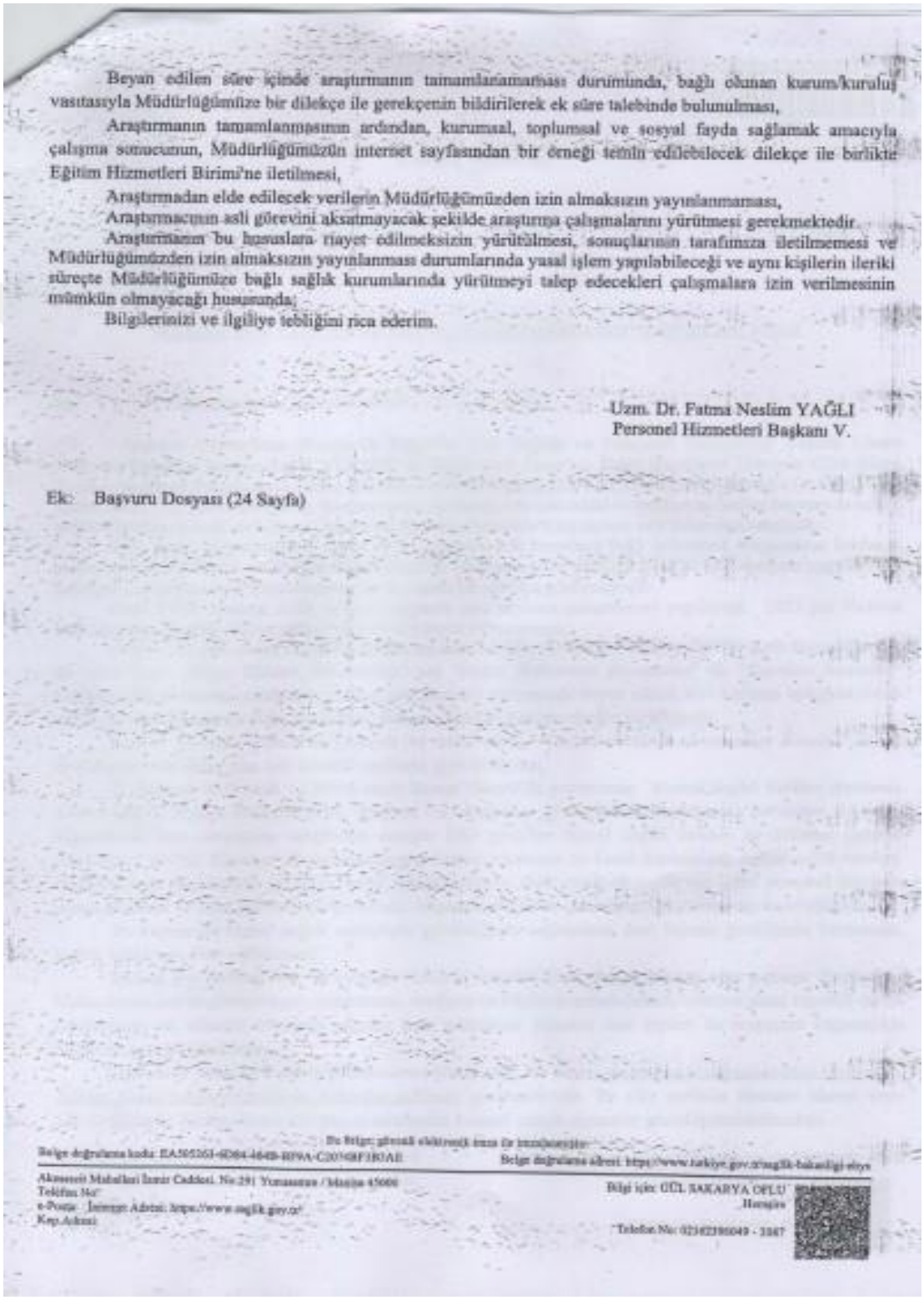
Hastanede anket ve ölçek uygulamasının yürütüleceği her gün, <u>uygulamaya başlamadan önce hastanenin Eğitim Birimi'ndeki görevlilerin haberdar edilmesi</u> gerekmektedir. Bu süre zarfında Hastane idaresi veya Müdürlüğümüz Eğitim Hizmetleri Birimi tarafından kontrol amaçlı ziyaretler gerçekleştirilebilecektir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: EA505763-6D84-464B-BF9A-C2074BF3B3AE Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Akmescit Mahallesi İzmir Caddesi, No:291 Yunusemre / Manisa 45000
Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: GÜL SAKARYA OFLU
Hemşire
Telefon No: 02362396049 - 3087

EK-6: MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ KURUM İZİN YAZISI (Devamı)



Beyan edilen süre içinde araştırmanın tamamlanamaması durumunda, bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla Müdürlüğümüze bir dilekçe ile gerekçenin bildirilerek ek süre talebinde bulunulması,

Araştırmanın tamamlanmasının ardından, kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun, Müdürlüğümüzün internet sayfasından bir örneği temin edilebilecek dilekçe ile birlikte Eğitim Hizmetleri Birimi'ne iletilmesi,

Araştırmadan elde edilecek verilerin Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanmaması,

Araştırmacının asli görevini aksatmayacak şekilde araştırma çalışmalarını yürütmesi gerekmektedir.

Araştırmanın bu hususlara riayet edilmeksizin yürütülmesi, sonuçlarının tarafınıza iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumlarında yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı sağlık kurumlarında yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini rica ederim.

Uzm. Dr. Fatma Neslim YAĞLI
Personel Hizmetleri Başkanı V.

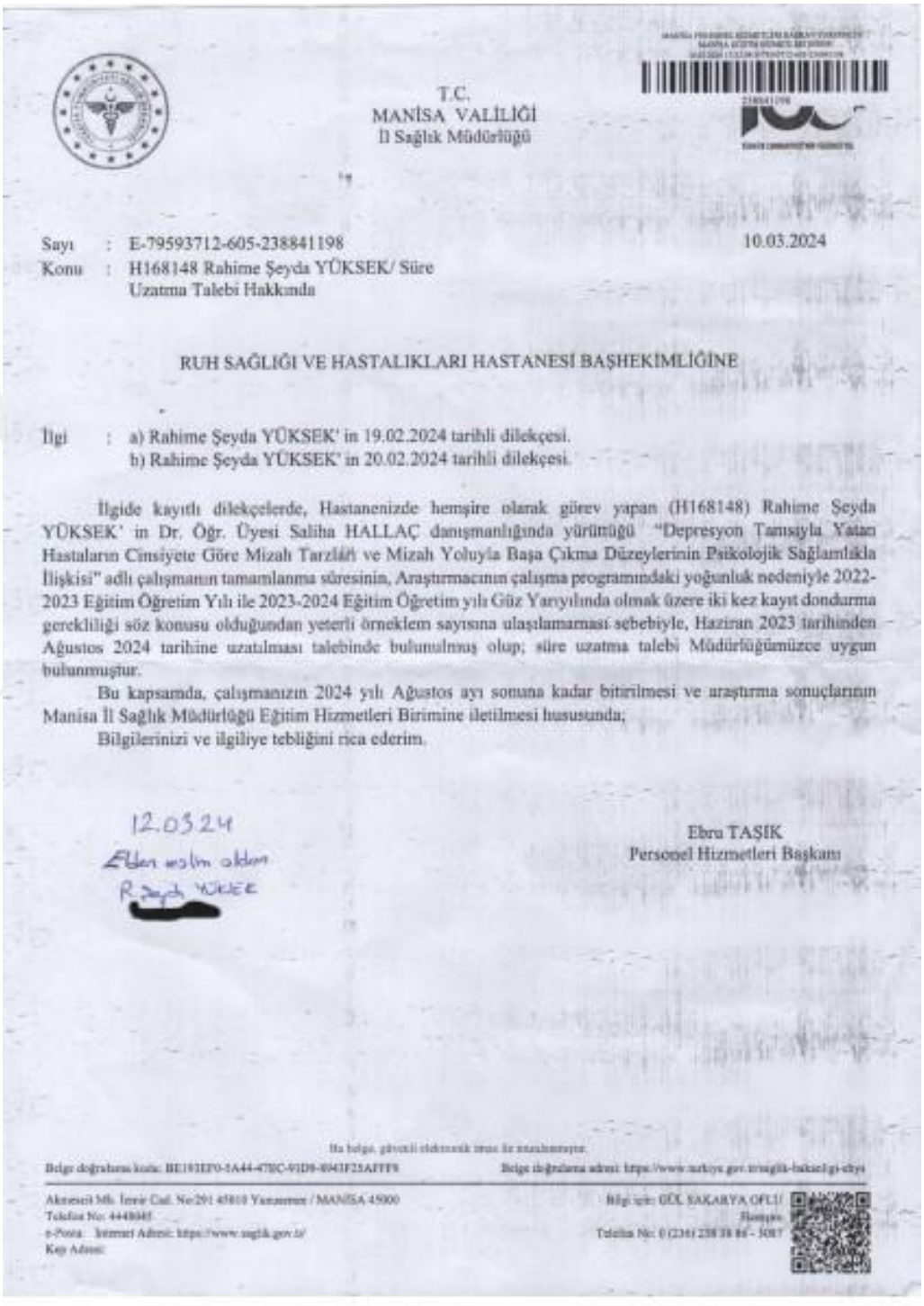
Ek: Başvuru Dosyası (24 Sayfa)

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: EA505263-6D84-4648-8F9A-C2036F180AE Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Akasemiz Mahallesi İzmir Caddesi No:291 Yunusemre / Manisa 45000
Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: GÜL SAKARYA OFLU
Hemşire
Telefon No: 02362360049 - 3367

EK-7: VERİ TOPLAMA EK SÜRE İZİN YAZISI



T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-79593712-605-238841198 10.03.2024
Konu : H168148 Rahime Şeyda YÜKSEK/ Süre Uzatma Talebi Hakkında

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : a) Rahime Şeyda YÜKSEK' in 19.02.2024 tarihli dilekçesi.
b) Rahime Şeyda YÜKSEK' in 20.02.2024 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçelerde, Hastanenizde hemşire olarak görev yapan (H168148) Rahime Şeyda YÜKSEK' in Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ danışmanlığında yürüttüğü "Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyete Göre Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeylerinin Psikolojik Sağlamlıkla İlişkisi" adlı çalışmanın tamamlanma süresinin, Araştırmacının çalışma programındaki yoğunluk nedeniyle 2022-2023 Eğitim Öğretim Yılı ile 2023-2024 Eğitim Öğretim yılı Güz Yarıyılında olmak üzere iki kez kayıt dondurma gerekliliği söz konusu olduğundan yeterli örneklem sayısına ulaşılamaması sebebiyle, Haziran 2023 tarihinden Ağustos 2024 tarihine uzatılması talebinde bulunulmuş olup; süre uzatma talebi Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Bu kapsamda, çalışmanızın 2024 yılı Ağustos ayı sonuna kadar bitirilmesi ve araştırma sonuçlarının Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Hizmetleri Birimine iletilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini rica ederim.

12.03.24
Elden imza alındı
R. Şeyda YÜKSEK

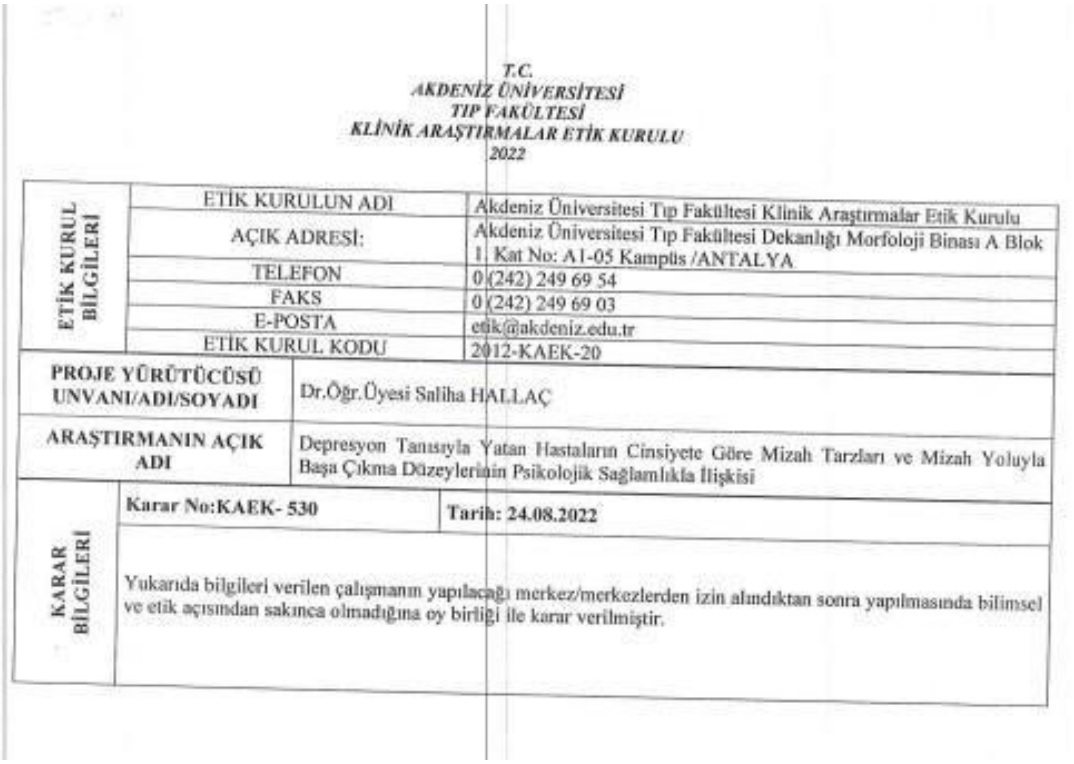
Ebru TAŞIK
Personel Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: BE193EF0-5A44-47EC-91D8-8943F25AFFF8 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Akınözü Mh. İzmir Cad. No:291 45010 Yunusemre / MANİSA 45000
Telefon No: 4448045
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: GÜL SAKARYA OFLU
Unvanı:
Telefon No: 0 (236) 238 38 84 - 5087

EK-8: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2022

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Saliha HALLAÇ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Depresyon Tanısıyla Yatan Hastaların Cinsiyete Göre Mizah Tarzları ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeylerinin Psikolojik Sağlamlıkla İlişkisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 530	Tarih: 24.08.2022
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-9: ÖLÇEK İZİNLERİ

KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ YAZISI Gelen Kutusu x

R **Rahime Şeyda YÜKSEK** [redacted] 5 Tem 2022 Sal 08:01

Alıcı: tayfun

Sayın hocam merhaba, ben Rahime Şeyda Yüksek. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenciyim. Aynı zamanda Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktayım. " Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri ile Mizah Tarzlarının Psikolojik Sağlamlığa Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmamda tarafınızca uyarlanmış ve geliştirilmiş olan Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'ni kullanabilmem konusunda izninizi rica ediyorum. Danışmanım ve kendi adıma teşekkür eder çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire YL Öğrencisi: R. Şeyda YÜKSEK

Danışman Öğretim Üyesi:

Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

T **Tayfun Dogan** <[redacted]> 5 Tem 2022 Sal 11:46

Alıcı: ben

Merhaba,
Ölçeği web sitemden indirerek kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

05.07.2022, 08:01, "Rahime Şeyda YÜKSEK" <[redacted]>:

...

Prof. Dr. Tayfun Doğan
Biruni Üniversitesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık A.B.D

[redacted]
Twitter: @[redacted]

EK-9: ÖLÇEK İZİNLERİ (Devamı)

MİZAH TARZLARI ÖLÇEĞİ ve MİZAH YOLUYLA BAŞA ÇIKMA ÖLÇEKLERİNİN KULLANIM İZNİ YAZISI

Rahime Şeyda YÜKSEK [redacted]
Alıcı: yerlikaya

5 Tem 2022 Sal 08:00

Sayın hocam merhaba, ben Rahime Şeyda Yüksek. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenciyim. Aynı zamanda Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktayım. "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bireylerin Mizah Yoluyla Başa Çıkma Düzeyleri ile Mizah Tarzlarının Psikolojik Sağlamlığa Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmamda tarafınızca geliştirme ve uyarlama çalışmalarını yapmış olduğunuz Mizah Tarzları Ölçeği ve Mizah Yoluyla Başa Çıkma Ölçeği'ni kullanabilmem konusunda izninizi rica ediyorum. Danışmanım ve kendi adıma teşekkür eder çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire YL Öğrencisi: R. Şeyda YÜKSEK

Danışman Öğretim Üyesi:

Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Fwd: Mizah Tarzları Ölçeği Gelen Kutusu x

Ercument Yerlikaya [redacted]
Alıcı: ben

6 Tem 2022 16:30

Selamlar,
Mizah Tarzları Ölçeği'ni araştırmanızda kullanmaya karar vermenize sevindim. İhtiyaç duyabileceğiniz kimi bilgileri ekteki dosyalarda bulabilirsiniz. Kolay gelsin, iyi çalışmalar.

E. Ercüment Yerlikaya
Çukurova Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü
01330 Balcalı/ADANA
[redacted]

EK-10: Depresyon Tanısıyla Yatan Kadın ve Erkek Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tablolar

Tablo 10.1. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre KPSÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-KPSÖ		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş grubu	35 yaş ve ↓	18.26±5.85	16.68±4.71	1.197	0.236
	35 yaş ↑	16.61±4.92	16.58±4.02	0.035	0.972
	[1]Test değeri	1.284	0.099		
	P değeri	0.204	0.922		
Eğitim durumu	İlkokul	15.55±4.49	19.88±6.44	-0.370	0.714
	Ortaokul	17.46±4.05	17.32±5.74	-0.169	0.867
	Lise	19.88±6.44	17.42±5.43	1.865	0.070
	Üniversite	17.32±5.74	16±3.08	0.205	0.839
	[2]Test değeri	1.964	0.712		
	P değeri	0.128	0.548		
Medeni durum	Evli	16.66±4.78	16.50±3.90	0.161	0.873
	Bekar	18.17±5.96	16.81±4.97	0.955	0.344
	[1]Test değeri	-1.175	-0.297		
	P değeri	0.244	0.767		
Çalışma durumu	Çalışıyor	17.40±5.42	16.61±3.96	0.704	0.484
	Çalışmıyor	17.43±5.49	16.64±4.97	0.602	0.549
	[1]Test değeri	-0.026	-0.029		
	P değeri	0.980	0.977		
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	17.24±5.76	16.27±4.5	0.801	0.426
	İlçe	18.26±5.36	17.42±5.43	0.722	0.474
	Kasaba	16.27±4.5	16.32±4.42	0.047	0.963
	[2]Test değeri	0.534	0.384		
	P değeri	0.588	0.682		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	2 yıl ve ↓	18.69±5.82	16.49±4.6	1.770	0.081
	2 yıl ↑	16.11±4.72	16.75±4.06	-0.609	0.545
	[1]Test değeri	**2.048**	0.257		
	P değeri	**0.044***	0.798		
Hastaneye yatma sıklığı	İlk kez	17.98±5.9	16.52±3.73	1.232	0.222
	2 kez ve ↑	16.71±4.75	16.71±4.8	-0.001	0.500

	Test değeri	0.974	-0.189		
	P değeri	0.333	0.850		
	10 gün ve ↓	17.86±5.59	16.49±4.39	1.165	0.248
Hastane yatış süresi	**10 gün ↑**	17.12±5.36	16.82±4.24	0.247	0.806
	[1]Test değeri	0.564	-0.316		
	P değeri	0.574	0.753		
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	18.96±5.03	16.47±4.67	**2.525**	**0.007****
	Hayır	14.22±4.87	16.95±3.43	**-2.171**	**0.018***
	[1]Test değeri	**3.753**	-0.436		
	P değeri	**<0.001****	0.664		

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.2. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre MYBÇÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-MYBÇÖ		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş grubu	35 yaş ve ↓	18.91±3.05	19.00±2.71	-0.120	0.905
	35 yaş ↑	18.42±3.14	17.6±3.59	1.050	0.297
	[1]Test değeri	0.677	1.807		
	P değeri	0.501	0.075		
Eğitim durumu	İlkokul	18.1±3.11	16.80±3.65	1.212	0.233
	Ortaokul	18.23±3.3	20.18±3.05	-1.776	0.085
	Lise	18.69±3.05	17.77±2.43	1.029	0.310
	Üniversite	19.41±3.02	17.43±2.94	1.521	0.140
	[2]Test değeri	0.728	**4.788**		
	P değeri	0.539	**0.004****		
Medeni durum	Evli	18.26±2.96	17.52±3.34	1.020	0.311
	Bekar	19.06±3.19	19.33±2.94	-0.354	0.725
	[1]Test değeri	-1.092	**-2.320**		
	P değeri	0.279	**0.023***		
Çalışma durumu	Çalışıyor	18.60±3.27	18.54±3.09	0.072	0.943
	Çalışmıyor	18.70±3.02	17.60±3.62	1.362	0.178
	[1]Test değeri	-0.124	1.157		
	P değeri	0.902	0.251		
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	18.35±3.27	17.83±3.22	0.710	0.480
	İlçe	18.91±3.13	19.04±3.48	-0.133	0.895
	Kasaba	19.18±2.40	17.50±2.74	1.316	0.208
	[2]Test değeri	0.413	1.187		
	P değeri	0.663	0.311		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	2 yıl ve ↓	18.81±3.33	18.97±2.67	-0.231	0.818
	2 yıl ↑	18.51±2.85	17.47±3.68	1.330	0.188
	[1]Test değeri	0.395	1.958		
	P değeri	0.694	0.054		
Hastaneye yatma sıklığı	İlk kez	18.53±2.97	18.24±3.6	0.368	0.714
	2 kez ve ↑	18.84±3.27	18.18±3.05	0.859	0.393
	Test değeri	-0.423	0.074		
	P değeri	0.674	0.941		
Hastane yatış süresi	10 gün ve ↓	18.38±2.97	18.28±3.5	0.126	0.900
	10 gün ↑	18.86±3.18	18.11±3.00	0.988	0.326
	[1]Test değeri	-0.639	0.214		

	P değeri	0.525	0.831		
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	19.38±2.73	18.65±3.22	1.190	0.237
	Hayır	17.17±3.30	17.23±3.31	-0.054	0.957
	[1]Test değeri	**2.967**	1.712		
	P değeri	**0.002****	0.091		

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.3. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre katılımcı mizah puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-Katılımcı Mizah		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş grubu	**35 yaş ve ↓**	38.94±8.89	35.87±10.55	1.284	0.204
	35 yaş ↑	34.11±10.66	35.18±7.70	-0.502	0.617
	[1]Test değeri	**2.071**	0.321		
	P değeri	**0.042***	0.749		
Eğitim durumu	**İlkokul**	31.60±10.00	32.25±7.2	-0.236	0.815
	Ortaokul	33.31±8.00	36.05±9.86	-0.848	0.403
	Lise	40.63±10.41	37.95±9.69	0.813	0.421
	Üniversite	39.82±8.88	35.14±7.15	1.264	0.217
	[2]Test değeri	**4.230**	1.478		
	P değeri	**0.008****	0.288		
Medeni durum	**Evli**	32.49±9.58	34.59±9.56	-0.971	0.334
	Bekar	40.39±9.02	36.93±7.93	1.586	0.118
	[1]Test değeri	**-3.579**	-1.063		
	P değeri	**<0.001****	0.291		
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	39.20±9.19	35.80±9.54	1.451	0.151
	Çalışmıyor	35.02±10.29	34.88±8.04	0.060	0.953
	[1]Test değeri	1.695	0.411		
	P değeri	0.095	0.682		
Yaşanılan yer	**Şehir merkezi**	39.46±10.57	35.63±8.43	1.776	0.080
	İlçe	35.09±8.53	36.46±10.26	-0.497	0.622
	Kasaba	29.45±7.37	30.50±6.69	-0.288	0.777
	[2]Test değeri	**5.054**	1.071		
	P değeri	**0.009****	0.348		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	**2 yıl ve ↓**	35.56±10.52	34.86±8.66	0.305	0.761
	2 yıl ↑	37.46±9.61	36.08±9.38	0.610	0.544
	[1]Test değeri	-0.795	-0.572		
	P değeri	0.430	0.569		
Hastaneye yatma sıklığı	**İlk kez**	37.28±10.54	34.58±7.83	1.218	0.227
	2 kez ve ↑	35.48±9.46	36.26±9.92	-0.331	0.741
	Test değeri	0.742	-0.787		
	P değeri	0.461	0.434		
Hastane yatış süresi	**10 gün ve ↓**	33.59±9.52	33.86±9.13	-0.123	0.903
	10 gün ↑	38.5±10.03	37.96±8.32	0.234	0.816
	[1]Test değeri	**-2.071**	-1.915		

	P değeri	**0.042***	0.060		
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	39.06±9.87	36.76±8.75	1.219	0.226
	Hayır	31.13±8.31	32.64±9.05	-0.582	0.564
	[1]Test değeri	**3.327**	1.814		
	P değeri	**<0.001****	0.074		

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.4. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kendini geliştirici mizah puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-Kendini Geliştirici Mizah		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş grubu	**35 yaş ve ↓**	36.00±8.82	33.58±7.77	1.176	0.244
	35 yaş ↑	31.47±9.65	31.60±8.07	-0.063	0.950
	[1]Test değeri	**2.062**	1.042		
	P değeri	**0.043***	0.301		
Eğitim durumu	**İlkokul**	31.20±9.40	29.35±7.11	0.702	0.487
	Ortaokul	35.15±8.38	36.18±7.87	-0.365	0.718
	Lise	35.00±8.36	31.36±8.15	1.343	0.188
	Üniversite	34.18±10.94	33.14±6.26	0.237	0.814
	[2]Test değeri	0.678	2.329		
	P değeri	0.569	0.055		
Medeni durum	**Evli**	31.60±8.75	31.41±8.06	0.101	0.920
	Bekar	35.75±9.79	34.19±7.6	0.689	0.494
	[1]Test değeri	-1.881	-1.440		
	P değeri	0.064	0.154		
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	32.92±9.74	31.96±7.95	0.450	0.654
	Çalışmıyor	34.13±9.39	33.40±8.02	0.329	0.743
	[1]Test değeri	-0.512	-0.729		
	P değeri	0.610	0.469		
Yaşanılan yer	**Şehir merkezi**	32.92±8.64	31.37±7.55	0.848	0.399
	İlçe	36.13±10.55	35.21±8.33	0.333	0.740
	Kasaba	31.27±9.53	29.00±6.99	0.511	0.617
	[2]Test değeri	1.256	2.485		
	P değeri	0.291	0.090		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	**2 yıl ve ↓**	35.19±9.05	33.54±7.82	0.822	0.414
	2 yıl ↑	32.17±9.75	31.42±8.04	0.356	0.723
	[1]Test değeri	1.354	1.129		
	P değeri	0.180	0.263		
Hastaneye yatma sıklığı	**İlk kez**	33.23±8.94	32.76±8.15	0.231	0.818
	2 kez ve ↑	34.32±10.21	32.21±7.86	0.971	0.335
	Test değeri	-0.482	0.287		
	P değeri	0.631	0.775		
Hastane yatış süresi	**10 gün ve ↓**	30.79±8.55	33.16±8.2	-1.182	0.241
	10 gün ↑	35.71±9.63	31.39±7.55	1.998	0.050
	[1]Test değeri	**-2.213**	0.916		

	P değeri	**0.030***	0.363		
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	35.56±9.39	33.39±7.83	1.239	0.218
	Hayır	29.83±8.55	30.41±7.99	-0.236	0.814
	[1]Test değeri	**2.477**	1.473		
	P değeri	**0.016***	0.145		

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.5. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre saldırgan mizah puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-Saldırgan Mizah		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş grubu	**35 yaş ve ↓**	22.34±8.88	21.03±7.86	0.631	0.530
	35 yaş ↑	21.44±8.36	24.45±5.6	-1.858	0.067
	[1]Test değeri	0.439	**-2.139**		
	P değeri	0.662	**0.036***		
Eğitim durumu	**İlkokul**	17.70±7.25	24.00±6.97	-2.803	0.008
	Ortaokul	23.00±7.37	23.45±7.63	-0.172	0.864
	Lise	24.38±7.75	21.91±6.42	1.071	0.291
	Üniversite	23.23±9.97	21.71±5.91	0.378	0.708
	[2]Test değeri	2.432	0.431		
	P değeri	0.073	0.731		
Medeni durum	**Evli**	21.66±7.66	22.05±6.62	-0.241	0.810
	Bekar	22.11±9.48	24.44±7.07	-1.074	0.287
	[1]Test değeri	-0.222	-1.444		
	P değeri	0.825	0.154		
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	25.24±7.87	22.37±7.39	1.529	0.131
	Çalışmıyor	20.07±8.47	24.04±5.70	**-2.099**	**0.039***
	[1]Test değeri	**2.520**	-0.982		
	P değeri	**0.014***	0.330		
Yaşanılan yer	**Şehir merkezi**	23.08±8.84	22.15±6.3	0.542	0.589
	İlçe	21.35±8.43	23.83±7.49	-1.069	0.291
	Kasaba	19.00±7.86	25.00±8.15	-1.486	0.158
	[2]Test değeri	1.029	0.746		
	P değeri	0.363	0.478		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	**2 yıl ve ↓**	21.67±8.78	24.4±6.45	-1.491	0.140
	2 yıl ↑	22.11±8.48	21.56±7.01	0.303	0.763
	[1]Test değeri	-0.218	1.777		
	P değeri	0.828	0.080		
Hastaneye yatma sıklığı	**İlk kez**	21.60±8.3	24.24±5.27	-1.583	0.118
	2 kez ve ↑	22.26±9.04	21.84±7.87	0.204	0.839
	Test değeri	-0.319	1.486		
	P değeri	0.751	0.142		
Hastane yatış süresi	**10 gün ve ↓**	23.24±7.91	23.21±6.62	0.019	0.985
	10 gün ↑	20.95±8.98	22.57±7.29	-0.795	0.429
	[1]Test değeri	1.108	0.381		

	P değeri	0.272	0.704		
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	22.44±8.27	22.1±7.26	0.212	0.832
	Hayır	20.74±9.26	24.86±5.5	-1.806	0.078
	[1]Test değeri	0.779	-1.589		
	P değeri	0.439	0.117		

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.6. Cinsiyet gruplarında ayrı ayrı hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kendini yıkıcı mizah puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Cinsiyet-Kendini Yıkıcı Mizah		[1]Test Değeri	P Değeri
		Kadın	Erkek		
		Ort±SS	Ort±SS		
Yaş grubu	35 yaş ve ↓	29.94±8.38	25.68±8.54	2.045	0.045
	35 yaş ↑	26.14±8.51	26.78±9.08	-0.314	0.754
	[1]Test değeri	1.897	-0.518		
	P değeri	0.062	0.606		
Eğitim durumu	İlkokul	25.55±6.50	25.9±8.3	-0.149	0.883
	Ortaokul	25.08±7.62	29.27±10.07	-1.296	0.204
	Lise	28.06±9.39	24.18±8.16	1.359	0.183
	Üniversite	31.95±9.21	24.71±6.78	1.912	0.067
	[2]Test değeri	2.690	1.372		
	P değeri	0.052	0.259		
Medeni durum	Evli	26.63±7.15	26.61±8.79	0.008	0.994
	Bekar	29.36±9.72	25.78±8.96	1.497	0.140
	[1]Test değeri	-1.346	0.286		
	P değeri	0.183	0.701		
Çalışma durumu	Çalışıyor	29.72±9.77	25.35±9.30	1.859	0.067
	Çalışmıyor	27.09±7.85	28.04±7.67	-0.492	0.624
	[1]Test değeri	1.237	-1.236		
	P değeri	0.220	0.221		
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	28.32±8.97	25.61±7.93	1.419	0.160
	İlçe	29.35±8.97	26.38±10.01	1.071	0.290
	Kasaba	24.18±5.55	30.67±9.67	-1.778	0.096
	[2]Test değeri	1.409	0.862		
	P değeri	0.252	0.427		
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	2 yıl ve ↓	25.97±6.57	26.91±7.55	-0.562	0.576
	2 yıl ↑	30.11±9.95	25.69±9.94	1.872	0.065
	[1]Test değeri	**-2.076**	0.581		
	P değeri	**0.042***	0.563		
Hastaneye yatma sıklığı	İlk kez	27.98±8.28	26.36±7.44	0.865	0.390
	2 kez ve ↑	28.06±9.13	26.24±9.93	0.788	0.433
	Test değeri	-0.043	0.060		
	P değeri	0.966	0.952		
Hastane yatış süresi	10 gün ve ↓	27.66±7.35	27.44±9.25	0.104	0.918
	10 gün ↑	28.26±9.45	24.54±7.90	1.723	0.089
	[1]Test değeri	-0.290	1.368		

	P değeri	0.773	0.176		
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	**Evet**	27.81±8.91	26.49±8.77	0.737	0.463
	Hayır	28.43±8.10	25.86±9.06	1.004	0.321
	[1]Test değeri	-0.283	0.275		
	P değeri	0.778	0.784		

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.7. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ puanlarının değerlendirilmesi

Sosyo-Demografik Özellikler		KPSÖ	MYBÇÖ	Katılımcı Mizah	Kendini Geliştirici Mizah	Saldırgan Mizah	Kendini Yıkıcı Mizah
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş grubu	**35 yaş ve ↓**	17.52±5.37	18.95±2.87	37.5±9.75	34.86±8.37	21.73±8.38	27.94±8.66
	35 yaş ↑	16.59±4.44	17.99±3.39	34.67±9.17	31.54±8.79	23.03±7.16	26.47±8.76
	[1]Test değeri	1.121	1.820	1.780	**2.298**	-0.996	1.000
	P değeri	0.264	0.071	0.077	**0.023***	0.321	0.319
Eğitim durumu	**İlkokul**	15.78±3.81	17.45±3.41	31.93±8.61	30.28±8.28	20.85±7.71	25.73±7.36
	Ortaokul	17.6±3.67	19.46±3.24	35.03±9.19	35.8±7.96	23.29±7.43	27.71±9.34
	Lise	17.66±6.46	18.16±2.71	39.08±9.95	32.89±8.33	22.95±7.02	25.82±8.79
	Üniversite	17.21±5.09	18.93±3.07	38.69±8.62	33.93±9.92	22.86±9.08	30.21±9.13
	[2]Test değeri	1.261	**2.921**	**5.067**	2.702	0.779	1.929
	P değeri	0.290	**0.036***	**0.002****	0.052	0.507	0.128
Medeni durum	**Evli**	16.57±4.28	17.85±3.18	33.66±9.57	31.49±8.32	21.87±7.06	26.62±8.06
	Bekar	17.59±5.56	19.17±3.06	38.90±8.68	35.08±8.89	23.11±8.55	27.83±9.50
	[1]Test değeri	-12.232	**-2.511**	**-3.382**	**-2.476**	-0.945	-0.818
	P değeri	0.220	**0.013***	**<0.001****	**0.014***	0.346	0.415
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	16.89±4.51	18.56±3.13	37±9.49	32.3±8.56	23.38±7.63	26.89±9.63
	Çalışmıyor	17.15±5.29	18.31±3.26	34.97±9.5	33.87±8.88	21.46±7.8	27.42±7.75
	[1]Test değeri	-0.324	0.473	1.272	-1.077	1.479	-0.365
	P değeri	0.746	0.637	0.205	0.283	0.141	0.716
Yaşanılan yer	**Şehir merkezi**	16.76±5.09	18.08±3.23	37.45±9.63	32.10±8.07	22.59±7.57	26.90±8.49
	İlçe	17.74±4.77	18.98±3.28	35.79±9.38	35.66±9.39	22.62±7.98	27.83±9.53
	Kasaba	16.24±4.34	18.59±2.58	29.82±6.94	30.47±8.56	21.12±8.25	26.47±7.66
	[2]Test değeri	0.844	1.200	**4.733**	2.415	0.271	0.225
	P değeri	0.432	0.304	**0.011***	0.056	0.763	0.799

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

[1]Student-t testi [2]Tek Yönlü ANOVA *p<0.05 **p<0.01

Tablo 10.8. Hastaların diğer özelliklerine göre KPSÖ, MYBÇÖ ve MTÖ puanlarının değerlendirilmesi

Diğer Özellikler		KPSÖ	MYBÇÖ	Katılımcı Mizah	Kendini Geliştirici Mizah	Saldırgan Mizah	Kendini Yıkıcı Mizah
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hastalığın ilk tanı alma zamanı	2 yıl ve ↓	17.61±5.34	18.89±3	35.21±9.59	34.38±8.45	23.01±7.79	26.44±7.03
	2 yıl ↑	16.44±4.38	17.99±3.32	36.76±9.45	31.79±8.87	21.83±7.72	27.87±10.12
	Test değeri	1.427	1.697	-0.970	1.783	0.909	-0.982
	P değeri	0.156	0.092	0.334	0.077	0.365	0.328
Hastaneye gitme sıklığı	İlk kez	17.32±5.05	18.4±3.25	36.05±9.45	33.01±8.54	22.79±7.17	27.25±7.9
	2 kez ve ↑	16.71±4.74	18.48±3.14	35.91±9.66	33.16±8.98	22.03±8.35	27.06±9.55
	Test değeri	0.734	-0.151	0.088	-0.099	0.587	0.128
	P değeri	0.464	0.880	0.930	0.921	0.558	0.898
Hastane yatış süresi	10 gün ve ↓	17.04±4.92	18.32±3.28	33.75±9.22	32.21±8.37	23.22±7.11	27.53±8.49
	10 gün ↑	17.00±4.91	18.56±3.11	38.29±9.33	33.99±9.05	21.60±8.33	26.77±8.99
	Test değeri	0.050	-0.443	**-2.914**	-1.215	1.250	0.516
	P değeri	0.960	0.658	**0.004****	0.226	0.214	0.607
En son ne zaman ve ne için güldüğünü hatırlama	Evet	17.70±4.99	19.01±2.99	37.90±9.35	34.46±8.66	22.27±7.74	27.14±8.82
	Hayır	15.56±4.4	17.20±3.27	31.87±8.61	30.11±8.19	22.76±7.85	27.18±8.58
	Test değeri	**2.472**	**3.256**	**3.664**	**2.833**	-0.348	-0.021
	P değeri	**0.015***	**0.001****	**<0.001****	**0.005****	0.729	0.983

Niceliksel veriler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

Student-t testi *p<0.05 **p<0.01

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rahime Şeyda	**Uyruğu**	T.C.
Soyadı	YÜKSEK	**Tel no**	
Doğum tarihi		**e-posta**	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		**Mezuniyet yılı**
Lise	Şehit Abdullah Ümit Sercan Anadolu Lisesi	2013
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Anadolu Üniversitesi	2017 Devam ediyor
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora	-	

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (yıl-yıl)**
Hemşire	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	2018-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	**Sınav türü**	**Puanı**
İngilizce	Yökdil	73.75

Proje Deneyimi

Proje Adı	**Destekleyen kurum**	**Süre (Yıl-Yıl)**
-		

Yayınlar ve Bildiriler:

Demiralay Ş., Yüksek R.Ş., Keser İ. "*Bağımlılık Tedavisinde İlaç Tedavisine Uyumu Artıran Bir Yöntem: Naltrekson İmplant*", V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı. 2018; s: 1744-1755.