SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

RUHSAL HASTALIĞI NEDENİYLE AYAKTAN İZLENEN HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ayşe DEMİRDEN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi GAMZE SARIKOÇ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEMMUZ/2021

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında/Programında Ayşe DEMİRDEN
tarafından hazırlanan 'Ruhsal Hastalığı Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların
Öz Şefkat Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki'
Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman/Başkan Dr. Öğr. Üyesi Sevinç MERSİN İMZA

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü .....

Psikiyatri Hemşireliği ABD

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum. İMZA

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ

SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD .....

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

İMZA

Üye: Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD .....

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 07/07/2021

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tezin Teslim Edildiği Tarih: / /

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

• Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,

• Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

• Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

• Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

• Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,

• Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ayşe DEMİRDEN

07.07.2021

ÖZET

AMAÇ: Ruhsal hastalığı olan bireyler, hastalıklarının neden olduğu birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Öz şefkatin bireylerin ruhsal hastalık belirtilerine karşı koruyucu olduğu, stresli durumlara yönelik etkili başa çıkmayı geliştirdiği belirtilmektedir. Bu araştırma, ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Ankara'daki bir üniversite hastanesinde, Aralık 2020- Nisan 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen 113 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Hasta Veri Formu, Öz Duyarlılık (Öz şefkat) Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. İstatistik analizleri için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı 22.0 kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde ifadeleri kullanılmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi ve Mann- Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Spearman's Correlation testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmada hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Hastaların öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, sigara ve alkol kullanım durumları, bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler, tanı grupları, iyileşme inançları ve tedavi memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

SONUÇ: Araştırma sonuçlarına göre hastaların öz şefkat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonuçlarının ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi planını düzenlemede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Öz şefkat, Başa çıkma, Ruhsal hastalık*

ABSTRACT

PURPOSE: Individuals with mental illnesses face several stress factors caused by their mental illnesses. Self-compassion is stated as protective against mental disorder symptoms and it helps coping with stressful situations. This research was conducted to determine the relationship between the self-compassion and ways to cope with stress of the outpatients with mental illnesses.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive study was conducted between December 2020 and April 2021 in a university hospital in Ankara. A total of 113 outpatients were included in the study. Data were collected by using Patient Information Form, Self-Compassion Scale and Coping Strategies for Stress Scale Statistical Package for Social Sciences 22.0 was used for statistical analysis. Arithmetic mean ± standard deviation for continuous variables and number and percentage expressions were used for categorical variables. Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test were used for comparisons between the groups. Spearman's Correlation test was used to evaluate the relationship between variables. For statistical significance, $p < 0,05$ was accepted.

RESULTS: In the study, it was found that patients' self-compassion levels were medium. There was a statistically significant correlation between patients' mean subscale scores of self-compassion and coping strategies for stress and their gender, age, level of education, smoking and alcohol use, people they live with, diagnosis related groups for mental disorders, hope for healing and treatment satisfaction ($p<0,05$). It was found that patients mostly used effective ways of coping with stress. Moreover, there was a statistically significant correlation between patients' self-compassion levels and coping strategies for stress ($p<0,05$).

CONCLUSION: According to the results of the research, there is a relationship between patients' self-compassion levels and coping strategies for stress. The results of this study are thought to be guiding in arranging treatment plans of individuals with mental illnesses.

Key words: *Self-compassion, coping, mental illnesses*

TEŞEKKÜR

Üniversite, yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bana hep ilgiyle, sabırla, güler yüzüyle ve anlayışla yaklaşan, kıymetli bilgilerini sunan, meslek hayatım boyunca hep örnek alacağım çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ'a,

Eğitim ve meslek hayatım boyunca yol gösterici katkıları olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nın çok değerli öğretim üyeleri Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ ve Doç. Dr. Çiğdem Yüksel' e,

Araştırmamı uygulamama izin verdikleri için Prof. Dr. Berna Diclenur ULUĞ'a ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi yetkililerine,

Meslek hayatımdaki büyük katkılarının yanında araştırmam sürecinde de büyük kolaylıklar sağlayan, her konuda destek olan, her ihtiyacım olduğunda moral ve motivasyon sağlayan başta Bölüm 44 sorumlu hemşiresi Leyla DAŞTAN, Öğr. Gör. Eda KES, Uzman Hemşire Dilek NAKAS ve Tülay KARAYILAN olmak üzere benim için her birinin yeri ayrı olan tüm Bölüm 44 ekibine,

Araştırmama katılan, meslek hayatımda da benim için çok değerli olan hastalarıma,

Çok kıymetli dostlarım Merve KARADAĞ'a ve Ebru ALAKUŞ'a

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, her konuda cesaret verip elimden tutan, her türlü fedakarlıkla bugünlere kadar başarıyla gelmemi sağlayan canım annem Nurdan DEMİRDEN, canım babam Salih DEMİRDEN, kız kardeşlerim Esra DEMİRDEN, H. Sinem DEMİRDEN'e

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayşe DEMİRDEN
ANKARA 2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **İV**

ABSTRACT ..... **V**

TEŞEKKÜR ..... **Vİ**

İÇİNDEKİLER ..... **Vİİ**

TABLO LİSTESİ ..... **İX**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **Xİ**

1.GİRİŞ VE AMAÇ……1

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ……1

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI…….…….3

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ……..……3

2.GENEL BİLGİLER……...….4

2.1. RUHSAL SAĞLIK VE HASTALIK……4

2.2. STRES VE TARİHSEL GELİŞİMİ……..4

2.3. STRESLE BAŞA ÇIKMA VE RUH SAĞLIĞI……....6

2.4. STRESLE BAŞA ÇIKMAYA YÖNELİK UYGULAMALAR…….....8

2.5. ÖZ ŞEFKAT KAVRAMI……10

2.6. ÖZ ŞEFKAT VE RUH SAĞLIĞI……11

2.7. STRESLE BAŞA ÇIKMADA VE ÖZ ŞEFKATİ KULLANMADA PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ……...13

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER……15

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ ……..15

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ……15

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ…….15

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri…….16

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri……16

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ…….16

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI……..16

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI……...17

3.6.1. Hasta Veri Formu……17

3.6.2. Öz Şefkat (Öz Duyarlılık) Ölçeği……...17
3.6.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği……19
3.7. ÖN UYGULAMA……20
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ……...20
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ……....21
4. BULGULAR……...22
4.1. HASTALARIN TANITICI BİLGİLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ…….22
4.2. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT PUAN ORTALAMALARI…….23
4.3. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT PUAN ORTALAMALARI İLE TANITICI BİLGİLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI……..24
4.4. HASTALARIN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI PUAN ORTALAMALARI……...……...37
4.5. HASTALARIN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE TANITICI BİLGİLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI……..37
4.6. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ …….48
5. TARTIŞMA……50
5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI……..50
5.2. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI……...53
5.3. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI……56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……..57
7. KAYNAKLAR……...60
8. EKLER……...78
ÖZGEÇMİŞ

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikleri…...…….……...22
Tablo 4.2.1. Hastaların Öz Şefkat Puan Ortalamaları……23
Tablo 4.3.1.1.Hastaların Cinsiyete Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……24
Tablo 4.3.2.1. Hastaların Yaşa Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları …….……25
Tablo 4.3.3.1. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları…….26
Tablo 4.3.4.1. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……..…27
Tablo 4.3.5.1. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……28
Tablo 4.3.6.1. Hastaların Gelir Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……29
Tablo 4.3.7.1. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……... 30
Tablo 4.3.8.1. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……... 31
Tablo 4.3.9.1. Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……... 32
Tablo 4.3.10.1. Hastaların Travmatik Bir Olay Yaşama Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……...…. 33
Tablo 4.3.11.2. Hasta Bireylerin Tanı Grubuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları……34
Tablo 4.3.12.1. Hastaların İyileşmeye İnancı ile Öz Şefkat Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerler…….....35
Tablo 4.3.13.1. Hastaların Tedavi Memnuniyeti ile Öz Şefkat Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri……..……....36
Tablo 4.4.1. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçek Puan Ortalamaları…….. 37
Tablo 4.5.1.1. Hastaların Cinsiyete Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları……... 38
Tablo 4.5.2.1. Hastaların Yaşa Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları……... 38
Tablo 4.5.3.1 Hastaların Medeni Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları…… 39

Tablo 4.5.4.1. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları……... 39
Tablo 4.5.5.1. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları……. 40
Tablo 4.5.6.1 Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları…… 41
Tablo 4.5.7.1. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları……..... 41
Tablo 4.5.8.1. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları…….....42
Tablo 4.5.9.1. Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları…….……....43
Tablo 4.5.12.1. Hastaların Travmatik Bir Olay Yaşama Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları…….. 45
Tablo 4.5.15.1. Hastaların Tanı Grubuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları……. 45
Tablo 4.5.16.1. Hastaların İyileşmeye İnancı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri…….46
Tablo 4.5.17.1. Hastaların Tedavi Memnuniyeti ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri……. 47
Tablo 4.6.1. Hastaların Öz Şefkat Alt Boyutları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon……..…48

SİMGELER VE KISALTMALAR

HÜEH : Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

ÖDÖ : Öz Duyarlılık (Öz Şefkat) Ölçeği

SBÇTÖ : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

Bkz. : Bakınız

Ort. : Ortalama

ss. : Standart Sapma

Min : Minimum

Max : Maximum

Z : Mann Whitney U Testi

Z : Kruskal Wallis Testi

p : Anlamlılık Düzeyi

ρ : Anlamlılık Düzeyi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ruh sağlığı; bireyin kendi yeteneklerini fark ettiği, stresli durumlarla başa çıkabildiği, işlevsel olarak çalışabileceği ve topluma katkı sağlayabileceği tam bir iyilik halidir (1). Ruh sağlığı; bireylerin duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi, işlevselliğini sürdürebilmesi, iletişim, öğrenme, psikolojik sağlamlık ve özsaygı için esastır. Ruhsal hastalıklar; bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişiklikleri içeren, işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen ve stresle bağlantılı sağlık durumlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada yaklaşık 450 milyon insanın ruhsal, davranışsal ya da nörolojik bozukluğa sahip olduğu ve her dört kişiden birisinin yaşamı boyunca bir kez ya da daha fazla ruhsal sorun yaşadığı bilinmektedir. Nöropsikiyatrik hastalıkların dünyadaki hastalık yükünün yaklaşık %13'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre ise toplumun yaklaşık %17,2'sinde ruhsal hastalık görülmektedir (3).

Ruhsal hastalığı olan bireyler; kişisel, sosyal ve çevresel faktörlere bağlı olarak hayatlarının birçok alanında sorunlar yaşamakta ve bu sorunlar karşısında sık sık stresle karşı karşıya kalmaktadır. Bireylerin yaşadıkları stres iyileşmeyi etkileyen olumsuz faktörler arasındadır (4). Stres, fiziksel ve ruhsal hastalıklara neden olabilmekte; var olan ruhsal ve bedensel hastalıkların seyrini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (5,6,7). Bireylerin bedensel ve ruhsal olarak zorlanmasıyla ortaya çıkan stres; sıklığına ve yoğunluğuna bağlı olarak zamanla kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Karşılaşılan stresörlere yanıt olarak kısa dönemde endişe, korku, karamsarlık; uzun dönemde de kronik anksiyete, depresyon, fobiler, obsesif düşünceler ve diğer ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (6). Literatürde yapılan çalışmalar ruh sağlığı ve stres arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (7,8,9,10)

Bireyler, yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları stresli olaylar ve durumların olumsuz etkilerini azaltmak için başa çıkma tarzları geliştirirler. Bireylerin kendisinden ve çevresinden kaynaklanan stresli durumları yönetebilmek için ortaya koyduğu bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin tümü başa çıkma tarzları olarak adlandırılmaktadır (11). Bu başa çıkma tarzları da bireylerin kişisel özelliklerine ve çevresel faktörlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (6,12,13). Folkman ve Lazarus'a göre başa çıkma tarzları etkili (problem odaklı) ve etkisiz (duygu odaklı) başa çıkma tarzları olarak ikiye ayrılır. Etkili başa

çıkma, stresörü hedef alır ve stres kaynağını ortadan kaldırmaya odaklıdır. Etkisiz başa çıkma ise, stresin bireylerdeki etkisini azaltmaya odaklanıp, bireyin yaşadığı sıkıntıların azalmasına yönelik girişimleri kapsar (12). Etkili başa çıkmanın daha az psikopatolojiyle ilişkili olduğu görülmüştür (10,14,15). Etkisiz başa çıkmanın stresli durumlara karşı değişiklik yaratmadığı, kaygı ve depresyon gibi belirtilerle de ilişkili olduğu görülmüştür (12,16). Demiroğlu'nun yaptığı çalışmada (2018) şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastalık tanısı almamış bireylere göre inkar, geri durma, davranışsal ve zihinsel boş verme gibi baş etme tutumlarını sergilediği; psikiyatrik hastalık tanısı almamış bireylerin ise daha çok aktif baş etme ve planlama tutumları sergilediği görülmüştür (14). Alpat'ın yaptığı çalışmada (2017), konversiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin etkisiz başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullandığı görülmüştür (15). Karabulut ve Evren'in yaptığı araştırmada ise (2018), intihar girişimi bulunan bireylerin daha az etkili başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmüştür (10).

Stresle etkili başa çıkmayı destekleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan biri de öz şefkattir. Araştırmalar, öz şefkatin etkili başa çıkmayı arttırmayı desteklediğini göstermektedir (17,18). Öz şefkat, sevdiğimiz bir kişiyle nasıl ilgileniyorsak kendimizle de öyle ilgilenmemiz gerektiğinin farkında olmaktır. Başkalarına gösterdiğimiz insani duyguları kendimize de göstermemizdir. (19,20). Bireylerin psikolojik sorunlar ve belirtiler yaşamaması için sahip olması gereken bir özelliktir (21). Literatürde öz şefkatle ilgili yapılan çalışmalarda, öz şefkatin psikolojik iyilik hali ve etkili başa çıkma ile pozitif; kaygı, depresyon, travma gibi psikolojik belirtilerle de negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (21,22,23). Örneğin Özyeşil ve Akbağ'ın üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada (2013) öğrencilerin depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri ile öz şefkat düzeyleri arasında negatif yönde ilişki bulunduğu görülmüştür (22).

Ülkemizde farklı örneklem gruplarında (bakım verenler, üniversite öğrencileri, hemşireler) bireylerin stresle başa çıkma tarzları ve öz şefkat düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar vardır ancak ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadıkları stres aile/iş/sosyal hayata uyumunu, hastalıklarının prognozlarını, işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (24). Bu nedenle bireylerin kullandıkları stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilerek olumlu başa çıkma tarzları desteklenmeli, ruhsal hastalık belirtilerine ve olumsuz duygulara karşı koruyucu etkisi olduğu bilinen öz şefkat kavramı psikososyal girişimler ile birlikte ele alınmalıdır. Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların stresle başa çıkma tarzları ve öz şefkat düzeyleri

arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın; bireylerin bakım ve tedavi süreçlerinin düzenlenmesinde, psikososyal olarak desteklenmesinde ve uygun girişimlerin planlanması kapsamında katkılar sunacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H^0: Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında bir ilişki yoktur.

H^1: Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında bir ilişki vardır.

H^o: Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri düşüktür.

H^1: Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri yüksektir.

H^o: Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların stresle başa çıkma tarzları etkili değildir.

H^1: Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların stresle başa çıkma tarzları etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. RUHSAL SAĞLIK VE HASTALIK

Townsend' a göre ruh sağlığı bireylerin kendi kültürel değerlerine ve yaşına uyumlu duygu, düşünce ve davranışlar sergilediği; karşılaştığı stres faktörleri karşısında gösterdiği başarılı uyumudur (25). Ruh sağlığı; bireyin yaşamı boyunca üretken olabildiği, çevresiyle uyumlu olduğu, karşılaştığı zorlayıcı durumlarla başa çıkabildiği ve işlevselliğini yüksek performansla yerine getirdiği iyilik halidir (12). Ruhsal bozukluk ise, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında belirgin bozulmayla birlikte işlevselliğindeki bozulmaya da sebep olan bir durumdur (1). Ruh sağlığı bozulan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında farklı düzeylerde yetersizlik, aşırılık ve uygunsuzluk görülebilmektedir. Bireyin 'hasta' sayılabilmesi için de bu özelliklerin sürekli ve tekrarlı olması, bireyin işlevselliğinde ve kişilerarası ilişkileri üzerinde bozulmaya neden olması gerekmektedir (12,26).

2.2. STRES VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Bireyler gündelik yaşam içinde birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalırlar. Stres, bireyler için istendik bir durum olmamakla birlikte yaşam için de temeldir. Stres, bireylerin gerginliğe ve değişikliklere karşı uyum sağlamaları gereken zorlanma durumudur (27).

Stres kavramı Latince'de *'Estrictia'*, Fransızca'da 'Estrece' kelimelerinden türemiş; tarih boyunca zorlanma, baskı, felaket, gerilme, bela, dert, keder gibi anlamlarda kullanılmıştır. 19. Yüzyılda Fransız fizyolog Claude Bernard, bireylerin iç yapısındaki denge bozulduğunda hastalıkların meydana geldiğini söyleyerek stres kavramının günümüzdeki anlamını ele almıştır. Walter B. Cannon ise laboratuarında kaçma ve savaşma reaksiyonlarını incelerken stres kavramını kullanmıştır. 1925 yılında Hans Selye yaptığı hayvan deneyleriyle stres belirti ve tepkilerini incelemiştir. Lazarus ve Folkman'a göre stres bireyin çevresel faktörler nedeniyle zorlanması ve bireyin kendini tehlikede hissetmesi sonucu oluşur (11).

Günlük yaşamda bireyler sık sık stresli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Ancak stres bireyleri her zaman olumsuz şekilde etkilemez. Bireyleri çalışmak için motive ettiği, yeni hedefler peşine düşürdüğü ve yeni fikirler/ürünler yaratma konusunda harekete geçirdiği bilinmektedir (6). Olumlu stres; bireye günlük yaşamında karar vermesine yardımcı olur, enerji sağlar, bireyin motivasyonunu, performansını arttırır ve bireye uyanıklık sağlar (28). Olumsuz stres ise bireyin zorlayıcı hayat tecrübeleri sonucunda ortaya çıkan durumdur. Bireyin hayat

kalitesini düşürür, verimliliğini azaltarak başarısızlığa ve performans düşüklüğüne neden olur (29,30).

Selye, yaptığı çalışmalar sonucunda bireylerin stres karşısında bazı psikolojik ve fiziksel belirtiler oluşturarak 'savaş ya da kaç' tepkisi gösterdiğini ortaya koymuştur. Bireylerin bu stres karşısında dengesi bozulur ve stres tepkisi oluşur. Bu stres tepkisine 'Selye' nin Genel Uyum Sendromu' adı verilir. Alarm, direnç ve tükenme döneminden oluşur. Alarm aşaması; stresin algılandığı organizmada yeniden dengenin sağlanması ve korunması için bedende birtakım değişikliklerin görüldüğü dönemdir. Bu değişiklikler şunlardır:

1. Gerekli enerjinin sağlanması için depolanmış olan yağ ve şeker kana karışır.
2. Daha fazla oksijen alınıp enerjiyi arttırmak için solunum sayısı artar.
3. Mücadeleyi sağlamak için beyne ve kaslara oksijen taşınması için kanda alyuvar artar.
4. Organizmada gerekli yerlere kan ulaşması için kan basıncı artar.
5. Olası yaralanmalara karşı kan kaybını azaltmak için kanın pıhtılaşma mekanizması aktif hale gelir.
6. Sindirim yavaşlar.
7. Algıyı güçlendirmek, görüşü iyileştirmek için göz bebekleri büyür.
8. Dış ortama karşı duyumlar artar.
9. Hipofiz bezi uyarılır.

Bu faaliyetlerle amaç, organizmayı sağlıklı tutmak, savaşarak ya da kaçarak organizmayı korumaktır.

Direnç aşaması vücudun direncinin normalin üzerine çıktığı dönemdir. Tükenme dönemi ise stres veren durumun ciddi olması ve uzun sürmesiyle ortaya çıkar ve hastalıklara açık bir dönemdir (7,25,27,29). Fizyolojik belirtilerin yanında bireylerin davranışlarında görülen belirtiler de vardır. Bunlar; karar vermede güçlük, değersizlik ve terk edilmişlik duyguları, davranış biçimlerinde değişiklik, sigara ve alkol tüketiminde artma, kişisel hata ve başarısızlıkların sık yaşanması, uyku bozukluğu, ölüm ve intihar fikirlerinin sık tekrarlamasıdır (7).

Stres; şiddetine, maruz kalınan süreye ve verilen tepkiye bağlı olarak ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Stresin ruh sağlığını etkileyen psikolojik ve davranışsal sonuçları bulunmaktadır. Stresin bireyler üzerindeki psikolojik sonuçları arasında gerginlik, anksiyete, depresyon, endişe, karamsarlık, bunaltı, dikkati toplamada zorlanma bulunmakta; davranışsal sonuçları arasında ise sigara alkol kullanımının artması, duygusal ve ani kararlar olup, bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (7,30).

Bireyler yaşamları boyunca birçok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu stres faktörleri; fakirlik, işsizlik, tehlikeli ortamda bulunmak, insanlar arası çatışmalar, gerginlikler, belirsiz sorumluluklar, sosyal izolasyon, kötü çevre şartları, hastalık, hayat değişiklikleri, iş hayatındaki vardiya düzeni, yoğun iş yükü ve maddi endişe vb. konular olabilmektedir. Uzun süreli stres sağlık için tehlikeli olabilmekte ve buna bağlı olarak insan vücudu hastalıklara daha duyarlı hale gelebilmektedir. Bireyler uzun süreli stres etkileri sebebiyle baş ağrısı, kilo kaybı, yorgunluk, kalp damar hastalıkları ve böbrek bozuklukları gibi sorunlar ile karşı karşıya kalabilmektedirler (7,31).

2.3. STRESLE BAŞA ÇIKMA VE RUH SAĞLIĞI

Stressiz bir yaşam mümkün olmamakta ancak etkili başa çıkmayla birlikte stresin verdiği zararlar azaltılabilmekte ve stres olumlu yönde bir araç olarak kullanılabilmektedir (7). Stresle başa çıkmak hayatta verimli olabilmek, ruh ve beden sağlığını koruyabilmek için gerekli ve öğrenilebilirdir. Bireylerin zorlu durumların üstesinden gelememeleri sağlıkta bozulmaya yol açmaktadır. Bireylerin sağlığındaki bozulma da yeni zorlayıcı durumların oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum kısır döngüye neden olmakta ve uygun başa çıkma yöntemleriyle birey bu kısır döngüden çıkabilmektedir (12)

Baş çıkma kavramı stres yaratan durumlar karşısında bireylerin yaşadığı sıkıntıyı ve gösterdiği fizyolojik tepkileri azaltmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalardır (12,32) Folkman ve Lazarus'a göre 'başa çıkma'; 'bireyin stresli durumlar karşısında zorlukları aşabilmek, sıkıntılarını azaltabilmek ve zorlayıcı durumları kontrol altında tutabilmek amacıyla gösterdikleri çaba' olarak adlandırılır. Başa çıkma, bir süreçtir (11).

Folkman ve Lazarus'a göre başa çıkma etkili (problem odaklı) ve etkisiz (duygu odaklı) başa çıkma olarak iki grupta sınıflandırılmıştır. Etkili başa çıkma; bilgiye ulaşma, sorunu çözmeye yönelik eylemlerde bulunma, kişilerarası sorunları çözme, zamanı verimli kullanmayı kapsayan eylemleri içerir. Etkili başa çıkma doğrudan stresöre yöneliktir ve stresörü ortadan

kaldırmaya odaklanır. Etkisiz başa çıkmada ise bireyin algıladığı duygusal stresini azaltmasına ve kendini iyi hissetmesini sağlamasına yönelik uyguladığı dua etme, bağırma, ağlama, gevşeme gibi eylemler vardır. Etkisiz başa çıkma stresörün bireye olan etkisini azaltmayı amaçlar. Etkili ve etkisiz başa çıkma birbirine zıt, farklı başa çıkma tarzları olarak görülse de aslında birbirini tamamlayan, destekleyen uygulamalardır (11,12).

Bireyler yaşam boyunca karşılaştıkları zorlayıcı durumlarla başa çıkmak zorundadır. Stresle başa çıkmada kullanılan yöntemler kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bu kullanılan yöntemlerin etkili olup olmaması, sorunun kendisine bağlı olmakla birlikte çevresel ve kişisel değişkenlere de bağlıdır (7,12).

Şahin ve Durak'ın yaptıkları çalışmada (1995) stresle başa çıkmayla ilgili beş farklı yaklaşım önerilmiştir. Kendine güvenli yaklaşım, zorlayıcı durumlar karşısında bireylerin mücadeleden vazgeçmediği ve kendine güvendiği durumlardır. Çaresiz yaklaşım, bireyin problem çözme becerisinin olmaması sebebiyle zorlayıcı durumlar karşısında süreci yönetememesi ve buna dair inancının olmaması ve olumsuzlukların sebebi olarak kendini görmesidir. Boyun eğici yaklaşım, bireylerin zorlayıcı ve stres yaratan durumları kaderci tutumla kabullenmeleridir. İyimser yaklaşım, bireyin zorlayıcı durumlara ve süreçlere iyimser bakış açısıyla ve mantıksal doğrultuda yaklaşmasıdır. Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı, bireylerin zorlayıcı ve stresli durumlar karşısında durumları anlama, değerlendirme ve zor durumlarla başa çıkmak için diğer bireylerden yardım istemesidir (33).

Literatürde bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını ortaya koymak amacıyla çeşitli gruplarla birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda birçok değişkenin bireylerin stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkisi araştırılmıştır. (34,35,36). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada intihar olasılığının stresle başa çıkma ile ilişkili olduğu görülmüştür (34). Hemşirelik bölümü öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin sosyal destek algısı arttıkça stresle daha etkili başa çıktıkları görülmüştür (35). Ekinci ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada (2013) stresle başa çıkma ve atılganlık düzeyi arasında pozitif doğrultuda ilişki olduğu görülmüş; stresle başa çıkma düzeyi arttıkça öğrencilerin atılganlık düzeyinin de arttığı gözlenmiştir (36).Yılmaz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada (2017), öğrencilerin stresli durumlar karşısında stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama tarzlarını kullandıkları görülmüştür (37). Bireylerin çalışma durumlarının stresle başa çıkma tarzlarını etkileyen bir faktör olduğu bilinmektedir. Gebe kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların çalışma

durumlarının stresle başa çıkma tutumlarını etkilediği görülmüştür (38). Bipolar bozukluk tanılı bireye bakım veren kişilerle yapılan çalışmada; işçi ve mesleği olmayan bakım verenlerde boyun eğici ve çaresiz yaklaşım düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (39). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaş grupları, eğitim, hastalığa sahip olma, mesleği severek yapma, çalıştıkları birimden memnun olma, psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Hemşirelerin psikososyal sorunlarında artış oldukça kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyut puanlarında artış olduğu saptanmıştır (40). Nörolojik hastalığı bulunan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada da; bakım verenlerin bakım yükleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları kullanma durumlarının azaldığı, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullanma durumlarının arttığı belirtilmiştir (41).

Ruhsal hastalığı olan bireylerde yapılmış çalışmalarda ise hastaların genellikle etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmüştür. Özarslan ve arkadaşlarının (2013) majör depresyon tanılı bireylerle ve sağlıklı kontrol grubuyla yaptığı stresle başa çıkma tutumlarını karşılaştırıldığı çalışmada fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumları toplam puanının depresyon tanılı bireylerin olduğu grupta daha yüksek, problem odaklı başa çıkma toplam puanının ise kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür (9). Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısıyla tedavi gören hastalarla yapılan çalışmada intihar girişimi öyküsü olan hastaların çözüme dönük başa çıkma puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan hastaların daha az çözüme dönük başa çıkma yolları kullandıkları görülmüştür (10). Konversiyon bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerde psikoloji dayanıklılık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği tez çalışmasında; konversiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin etkisiz başa çıkma tarzlarını etkili başa çıkma tarzlarına göre daha fazla kullandıkları görülmüştür (15).

2.4. STRESLE BAŞA ÇIKMAYA YÖNELİK UYGULAMALAR

Stresle etkili şekilde başa çıkmak için stresin olumsuz etkilerine karşı önlem almak ve strese maruz kalma durumunda da stresi yönetmek için çeşitli teknikler öğrenmek gerekir (42,43). Stresi yönetmeye yönelik teknikler ‘bedene yönelik teknikler’ ve ‘zihne yönelik teknikler’ olmak üzere ikiye ayrılır.

Bedene yönelik teknikler; strese maruz kalındığında solunum ve kalp atımı hızlanır, eller ve ayaklar terler, kaslar gerilir, sindirim, dolaşım ve boşaltım gibi sistemlerin

faaliyetlerinde değişiklikler ortaya çıkar. Ortaya çıkan bu tepkiler bedene daha çok zarar vermeden sürecin normal düzeye dönmesi ve gevşemenin sağlanması için yine fiziksel süreçlere müdahale edilmesi gerekir ve bu da bedene yönelik tekniklerin kullanılmasıyla mümkün olabilmektedir (44). Stresi yönetmede bedene yönelik kullanılabilecek teknikler: nefes alma, egzersiz, aşamalı kas gevşetme, biyolojik geri bildirim, beslenme ve yogadır.

1. Nefes Alma: Stres faktörüne maruz kalındığında stresi yönetmeye yönelik yapılacak ilk şey değişen nefes düzenini normale çevirmek olmalıdır. Derin nefes alma gevşemenin kontrolünü sağlar. Dengelenen nefesle birlikte gevşeme oluşur, kas gerilimi azalır (45).

2. Egzersiz: Planlı, yapılandırılmış sürekli aktivitelerdir. Yeterli süre, sıklık ve yoğunlukta yapıldığında bedenin tüm sistemlerini etkiler (46). Kan dolaşımı, kalp atışı ve oksijen tüketimi artar, metabolizma hızlanır. Aslında tüm bunlar stres tepkisinin oluşumuyla ortaya çıkar. Ancak egzersiz bir süre yapıldıktan sonra nefes gücü artarak dolaşım ve oksijen kullanımı düzelir. Bu da stresi azaltan ve engelleyen bir mekanizma olarak işlev görür (47,48).

3. Aşamalı Kas Gevşetme: Öncelikle bilişsel olarak gerilim hissi sonra da gevşeme hissi hakkında farkındalık geliştirmektir. Gerilim ile gevşeme arasındaki farkın fark edilmesi ile birlikte gerilimin kontrolü mümkün olabilmektedir. İsteğe bağlı olarak bir ya da daha fazla kas grubunu gevşetmeyi içerir (49).

4. Biyolojik Geri Bildirim: Herhangi bir fiziksel durumun kontrol edilebilmesi için öncelikle durumun gözlenebilmesi gerekir. Doğrudan gözlemlenemeyen fiziksel süreçlerin gözlenebilmesi için de aletler kullanılır. Bu aletlerle fiziksel süreçlere yönelik ses ve görüntü verileri elde edilir. Kişiye de bu verileri nasıl değerlendireceği öğretilir. Böylelikle kişi kendine yaptığı ya da yapmadığı davranışlarla bedenindeki işleyişi nasıl değiştirerek kontrol edebileceğini görür (43).

5. Beslenme: Bedenimiz bir stres faktörüyle karşı karşıya kaldığında başa çıkmak için gerekli tepkiyi verirken enerji harcar. Enerji kaynağı olarak da besinleri kullanır. Dolayısıyla stresle başa çıkabilmek için dengeli beslenmeye ihtiyacımız vardır ve stres yönetiminde önemlidir. Ancak kafein, kola, çikolata gibi bazı besinler de bedenimizde stres tepkisi başlatır; bizi gerginleştirir, öfkelendirir (43,50).

Zihne yönelik teknikler; problem çözme becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma, zaman yönetimi, iletişim becerileri ve meditasyon başlıkları altında incelenir (51).

1. Problem Çözme Becerileri: Çözümlerin göz ardı edildiği problemler ilerleyen zamanda kronik duygusal sorunlara, hastalıklara neden olabileceğinden problem çözme becerilerine sahip olmak birey için önemlidir (52,53).

2. Bilişsel Yeniden Yapılandırma: Bir uyarıcı, durum veya olay karşısında gösterilen ve uygun olmayan bilişsel tepkinin daha uygun bir tepkiyle değiştirilmesi stres duygusunu ortadan kaldırabilir veya stres duygusunun şiddetini azaltabilmektedir (52).

3. Zaman Yönetimi: Zaman yönetiminin özü; planlama, öncelikleri belirleme ve uygulama olup; çoğu insan için önemli ölçüde strese neden olmaktadır (44).

4. İletişim Becerileri: İnsan ilişkilerinin kalitesini belirleyen bir faktör olup; uygunsuz iletişim nedeniyle kişilerarası ilişkiler sık görülen stres kaynağı haline gelmektedir (51).

5. Meditasyon: 'Dikkati yönlendirme' ve 'dikkati odaklama' egzersizi olan meditasyonun düzenli uygulanması; sempatik ve parasempatik sistem üzerinde etki ederek stres üzerinde olumlu yönde etki etmektedir (44).

2.5. ÖZ ŞEFKAT KAVRAMI

Budist felsefeden temel alan öz şefkat, bireylerin yaşamları boyunca psikolojik belirtilerle ve sorunlarla karşılaşmaması için sahip olması gereken, dayanıklılığı arttıran önemli bir özelliktir (21,54). Öz şefkat, başkalarına gösterdiğimiz insani duyguları kendimize göstermektir. Öz şefkat, sevdiğimiz bir kişiyle nasıl ilgileniyorsak kendimizle de öyle ilgilenmemiz gerektiğinin farkında olmamızdır (19). Öz şefkat bireyleri stresli durumlara karşı destekleyerek, rahatlatmada yardımcı olur (55).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde 'öz şefkat' kavramının Türkçe'ye 'öz anlayış', 'öz duyarlılık', 'öz şefkat' gibi farklı kavramlara çevrildiği ve bu kavramlarla ilgili birçok araştırma yürütüldüğü görülmüştür. Araştırmalarında Türkçe karşılığı olarak; Yılmaz (2009), Özyeşil (2011), Sarıcaoğlu (2011,2019), Deniz ve arkadaşları (2012), Oral (2016) 'öz anlayış' kavramını; Akın (2007), Nacar (2018) ve Korkmaz (2018) 'öz duyarlılık' kavramını; Bayar (2018), Vardar (2019), Gülmez (2019) ise 'öz şefkat' kavramlarını kullanmışlardır (55-65). Bu araştırma kapsamında da 'self compassion' kavramını 'öz şefkat' kavramının karşıladığı düşünülerek 'öz şefkat' kavramı kullanılmıştır.

Öz şefkat, bireylerin deneyimlediği sıkıntılı ve olumsuz durumları iyimser olarak kabul etmeleri ve bu durumları hayatın bir getirisi olarak değerlendirmesidir (66). Öz şefkatli bireyler

olumsuz durumlar karşısında, kendine karşı ön yargılı olmadan, yargılamadan ve eleştirmeden, kendine yüklenmeden, yetersizlik duygusuna kapılmadan içinde bulunduğu durumu kabul ederek tecrübeye çevirmeye yönelik çaba gösterir ve kendine karşı kibar davranır (20,62).

Öz şefkat kavramı; nasıl ki parmağımız kesildiğinde iyileşmesi için temizleyip yara bandı sararak kendimize fiziksel bir yardımda bulunuyorsak, olumsuz durumlar karşısında duygusal anlamda tehlikeyle karşı karşıya kaldığımızda da kendimize karşı şefkatle yaklaşmamız gerektiğini vurgular (19). Talihsiz bir durumla karşılaştığımızda ve işlerimiz yolunda gitmediğinde genellikle dünyada böyle bir acıyı çeken tek kişi olduğumuzu hisseder, olanlar karşısında kendimize şefkatle yaklaşmak yerine kendimizi acımasızca eleştirir ve suçlarız. Bu stresli durumlar karşısında kullandığımız etkisiz bir başa çıkma yöntemidir (20,67). Buna karşılık olarak öz şefkat bireye daha etkili bir başa çıkma seçeneği sunar (20).

Neff' göre öz şefkat üç bileşenden oluşur. Bunlar; öz sevecenliğe karşı öz yargılama, farkındalığa karşı özdeşleşme ve ortak paylaşımların bilincinde olmaya karşı izolasyondur. Her bileşen kendi içinde olumlu ve olumsuz bir boyut barındırır. Öz sevecenlik, kişinin olumsuz durumlar ve olaylar karşısında kendine karşı daha nazik ve anlayışlı bir tutum içinde olmasıdır. Ortak paylaşımların bilincinde olma, bireyin yaşadığı sıkıntıların ve acıların tüm insanlığın ortak bir deneyimi ve insan olmanın doğal bir parçası olarak ve görmesini içerir. Farkındalık, bireyin karşılaştığı zor durumlar karşısında yaşadığı olumsuz duygu ve düşüncelerin farkında olarak dengeli bir şekilde değerlendirmesidir. Neff' e göre bu bileşenler birbirinden bağımsız olmayıp sürekli etkileşim halindedir (19,20).

2.6. ÖZ ŞEFKAT VE RUH SAĞLIĞI

Öz şefkat, psikoloji ve psikopatolojilerle yakından ilgili olup birçok araştırmada da incelenmiştir. Literatürdeki araştırmalarda öz şefkatin psikolojik iyilik haliyle pozitif; depresyon, travma, kaygı gibi psikolojik belirtilerle ise negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca kişilerde psikopatoloji gelişmesini önlemekle birlikte; sahip olunan pozitif psikolojiyle ilgili kavramları da güçlendirdiği düşünülmektedir (68).

Arimitsu ve Hoffman'ın (2017) yaptığı araştırmada öz şefkatli düşünmenin, olumsuz duyguları azaltmada diğer duygu düzenleme stratejilerinden daha etkili olduğu görülmüştür (69).

Yüksek öz şefkatin düşük ruhsal hastalık belirtileriyle ilişkili olduğunu gösteren birçok araştırma bulunmakla birlikte; öz şefkatin bireylerin ruhsal hastalık belirtilerine karşı korunmasında da etkili olduğu ortaya koyulmuştur (70,71).

Araştırmalar incelendiğinde yüksek düzeylerdeki öz şefkatin düşük depresyon belirtileriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (68,72,73,74). Brophy ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada öz şefkatin bağlanma, depresyon ve yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir (75).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırmada; bireylerin sağlıklı gruba göre öz şefkat düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (76). Yine sosyal anksiyete bozukluğu tanılı bireylerle yapılan bir başka çalışmada, öz şefkat temelli bir uygulamanın kullanılmasının bireylerin durumluk kaygı düzeylerini azalttığı ve öz şefkat düzeylerinde artış sağladığı belirtilmiştir (77).

Bipolar bozukluğu olan bireylerde öz şefkat düzeyinin araştırıldığı bir başka çalışmada da öz şefkatin yaşam doyumuyla ilişkili olduğu görülmüş; bipolar bozukluk tanısına sahip bireylerin sağlıklı kontrol grubuna göre düşük düzeyde öz şefkat gösterdikleri tespit edilmiştir (78).

Madde kullanım bozukluğu riski ve öz şefkat düzeyi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu riskinin yüksek olduğu bireylerde öz şefkat düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (79).

Eichholz ve arkadaşlarının (2020) obsesif kompulsif bozukluk tanılı bireylerin öz şefkat düzeyi ve duygu düzenleme zorluklarını incelediği araştırmada, bireylerin semptom şiddetinin ve obsesif inançlarının öz şefkat ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (80).

Öz şefkatin, travma ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarıyla ilişkisinin incelendiği sistematik derleme çalışmasında; yüksek düzeydeki öz şefkatin düşük travma sonrası stres bozukluğu semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca öz şefkatin travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını azaltmada; travmaya bağlı suçluluk ve utanç duygularını azaltmada etkili olabileceği bilinmektedir (81).

Öz şefkat düzeyleri ile yeme patolojileri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda; hastaların öz şefkat düzeylerinin yüksek olduğu günlerde daha az yeme patolojileri bildirdikleri ve öz şefkatin vücut ve yeme patolojilerine karşı koruyucu bir etken olduğu görülmüştür (82,83,84).

Aşırı yeme davranışında öz eleştiri ve öz şefkatin rolünün incelendiği çalışmada da yüksek öz şefkatin aşırı yemeyle ilişkili düşünce ve davranışlarda azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (83).

Bluth ve arkadaşlarının ergen bireylerle yaptığı çalışmada (2016), öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin daha az kaygı, stres ve olumsuz duygulanım; daha fazla yaşam doyumu ve olumlu duygulanım bildirdiklerini tespit etmişlerdir (85).

Öz şefkatle stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara göre; öz şefkatin bireylerin karşılaştığı olumsuz yaşam olayları karşısında değerli bir baş etme kaynağı olabileceğini göstermektedir. Mevcut çalışmaların çoğu, öz şefkatin stresli durumlara yönelik başa çıkmayı geliştirecek şekilde düşünmeyi sağladığını göstermektedir (44,86).

2.7. STRESLE BAŞA ÇIKMADA VE ÖZ ŞEFKATİ KULLANMADA PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Toplumun ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için yürütülen sağlık hizmetlerinde görevli ekiplerin en önemli üyelerinden biri psikiyatri hemşireleridir. 19 Nisan 2011 tarihinde ülkemizde 27910 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde hemşirelerin çalıştıkların birimlere göre görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (87). Psikiyatri hemşirelerinin hastaların ruh sağlığı ve iyilik hallerini geliştirip güçlendirecek becerilere sahip olması; hasta bireyleri çeşitli girişimlerle destekleyerek ruhsal sağlıklarını geliştirmeyi ve sürdürmeyi sağlaması beklenmektedir. Psikiyatri hemşireliği uygulamaları; bireylerin karşılaştığı sorunlar karşısında yetersizlik durumlarını yönetmeyi, baş etme becerilerini tekrar kazandırmayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşireleri; kapsamlı bir psikososyal değerlendirme ile bireyin hangi durumlarda stres yaşadığını, stresli durumlarda hangi başa çıkma tarzlarını kullandığını ve bireyin sahip olduğu sosyal destek kaynaklarını değerlendirip; bireylerin uygun ve etkili başa çıkma yöntemlerini geliştirmesinde etkin role sahiptir. Psikiyatri hemşiresi; problem çözme becerileri, etkili stresle başa çıkma tarzlarının kullanımı, sosyal destek sistemlerinin fark edilip harekete geçirilmesi gibi konularda bireye destek olmalıdır (12).

Psikiyatri hemşireleri; ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışırken; etkisiz bireysel başa çıkma, anksiyete, iletişimde bozulma, sosyal izolasyon, aile sürecinde değişim gibi ruhsal ve sosyal anlamda hemşirelik tanılarına yönelik bakım planlayabilirler. Yaşam boyunca bireylerin stres yaratan olaylar ve durumlar karşısında; acı verici durumları kabullenip hayatın bir parçası

olarak kabul etmesi, kendilerine şefkatli bir tutumla yaklaşmasını sağlayarak daha işlevsel başa çıkma tarzlarını kullanması için psikiyatri hemşireleri etkin rol oynayabilirler. Bu bakım sürecinde bireyin çeşitli alanlarda karşı karşıya kaldığı stresli durumlara yönelik olumsuz duyguları azaltmada ve bireyleri hastalık belirtilerinden korumada etkili olduğu bilinen öz şefkatin psikososyal müdahalelerde kullanmanın da hemşirelik bakımının kalitesini arttıracağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi (HÜEH)psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca araştırmanın planlandığı diğer kurumlardan gerekli izinlerin alınamaması nedeniyle (Bkz. EK 1, EK 2, EK 3) bu kurumlar araştırmaya dahil edilememiştir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin özellikleri;

HÜEH: Hastanede psikiyatri poliklinik hizmetinin yanında 26 hastaya bakım veren yataklı klinik ve ayaktan takip edilen ve yatan hastaların Elektro Konvülsif Tedavilerinin ve Transkraniyal Manyetik Stimülasyon tedavilerinin yapıldığı aynı zamanda madde kullanım bozukluğu tanısıyla takip edilen hastaların günübirlik tedavilerinin yapıldığı Psikiyatri İşlem Merkezi bulunmaktadır. Klinikte tedavisi tamamlanan ve taburcu edilen hastalar iki hafta sonra kontrol için polikliniğe gelmektedir. Poliklinik bölümünde taburcu olup ayaktan takip edilen hastalarla grup terapilerinde aktif olan ve istemi yapılan ilaçların uygulamalarını yapan bir hemşire bulunmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 12.2020-04.2021 tarihleri arasında, HÜEH psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen hastalar; örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken G power 3.1 (Statistical Power Analyses for Windows and Mac) paket programı kullanılmıştır. Örneklem hesaplanırken 1. tip hata payı (α) = 0,05 ve testin gücü (1-β) = 0,80 olarak kabul edilmiştir. Hesaplamalar sonucunda örneklem büyüklüğü minimum 80 kişi olarak hesaplanmış ve bu çalışmaya 123 kişi katılmış; 10 anketin eksik doldurulması nedeniyle toplam 113 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri;

1. Ruhsal hastalığı nedeniyle psikiyatri polikliniğinde takip edilen**,**
2. 18 yaş ve üzerinde olan,

3. Gerçeği değerlendirme yetisi olan,

4. Dil sorunu olmayan,

5. Okur yazar olan,

6. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

1. Hastalığının akut döneminde olup yatışı gereken hastalar,
2. 18 yaş altı olan hastalar,
3. Polikliniğe ilk kez başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için; araştırmanın etik açıdan uygunluğuna dair, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Bkz. EK 4) ve çalışmanın yapıldığı Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin (Bkz. EK 1) alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılarak hastalardan araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onamları alınmıştır (Bkz. EK 5).

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri; ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan takip edilen hastaları tanıtan bilgilerini içeren 'Hasta Veri Formu', hastaların öz şefkat düzeylerini belirleyen 'Öz Duyarlılık (Öz Şefkat)' Ölçeği (ÖDÖ) ve hastaların stresle başa çıkma tarzlarını belirleyen 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)' kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçları hastalar tarafından doldurulmuştur. Verilerin toplanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Eksik doldurulan formlar analize dahil edilmemiştir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Hasta Veri Formu (Bkz. EK 6)

Hasta Veri Formu'nun ilk altı sorusu hastanın tanıtıcı özellikleriyle ilgili olup; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu ve gelir durumuna yönelik sorulardır. Kalan bölümde ise; hastanın kimlerle birlikte yaşadığı, hasta için stres yaratan durumlar ve bu durumlarla nasıl başa çıktığı, travmatik bir olay yaşayıp yaşamadığı, sosyal destek düzeyi,

ruhsal hastalık tanısı, iyileşmeye olan inancı ve tedaviden memnuniyeti ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.6.2. Öz Duyarlılık (Öz Şefkat) Ölçeği (Bkz. EK 7)

Ölçek 2003 yılında Neff tarafından öz şefkati ölçmek için geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlilik güvenirlik çalışması 2007 yılında Akın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek öz şefkatin alt boyutlarını da değerlendirmekte ve bireylerin kendisinin hakkında bilgi vermesine dayanan bir ölçüm aracıdır. Ölçek 5'li likert yapıda olup maddeleri 'Neredeyse Hiçbir Zaman' (1 puan), 'Nadiren' (2 puan), 'Ara sıra' (3 puan), 'Çoğu Zaman' (4 puan) ve 'Neredeyse Her Zaman' (5 puan) olarak derecelendirilerek yanıtlanmaktadır. Toplam 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin altı tane alt boyutu bulunmakta ve bunlar; öz yargılama, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon, bilinçli farkındalık, öz sevecenlik ve aşırı özdeşleşmedir. Her bir alt boyuttan elde edilen puanların yüksek olması, bireyin ilgili alt ölçeğin değerlendirdiği özelliklere sahip olduğunu gösterir. Ölçek puanlaması alt boyutların her biri için ayrı olarak yapılmakta aynı zamanda ölçek toplam bir öz şefkat puanı da vermektedir. Toplam puan hesaplanmasında; 1-2,5 arası puanlar düşük; 2,5- 3,5 arası puanlar orta; 3,5-5 arası puanlar yüksek düzeyde öz şefkati gösterir (62).

Öz sevecenlik boyutu; 2,6,13,17 ve 21. maddeleri kapsar. Bireyin kendisine, kendi duygu ve düşüncelerine karşı anlayışlı yaklaşımıdır. Bireyin eksiklerine yönelik kendisini olumsuz şekilde eleştirmek yerine kendine karşı nazik ve kabullenici olmasıdır. Öz sevecenliği yüksek olan bireylerde kendini yargılama ve suçlama görülmemektedir (20).

Öz yargılama boyutu; 7,15,20 ve 26. maddeleri kapsar. Neff'e göre öz sevecenliğin zıt karşılığı öz yargılamadır. Öz yargılama düzeyi yüksek olan bireyler, insan doğasının kusursuz ve eksiksiz olamayacağının bilincinde değildir (20).

Paylaşım bilincinde olma boyutu; 1,8,12 ve 22. maddeleri kapsar. İzolasyon boyutunun zıt karşılığıdır. Bireyin stres ve sorun yaratan durumlar karşısında yaşadığı üzüntüyü sadece kendisinin yaşamadığını, benzer durumları başkalarının da yaşayabileceğinin farkında olmasıdır. Bireyin kendini izole etmek yerine kişisel eksikliklere ve olumsuz durumlara yönelik daha bütüncül bakış açısıyla yaklaşmasını ifade eder (20).

İzolasyon boyutu; 5,11,19 ve 25. maddeleri kapsar. Bireylerin özellikle başarısız olma ve acı çeken tek kişi olma gibi hissetmesi gibi kusurlarından dolayı kendisini izole hissetmesidir (20).

Bilinçli farkındalık boyutu; 9,14,18 ve 23. maddeleri kapsar. Aşırı özdeşleşme alt boyutunun zıt karşılığıdır. Bireyin deneyimlediği olumsuz duygu ve düşüncelerinin farkında olmasıdır (20).

Aşırı Özdeşleşme boyutu; 3,10,16 ve 24. maddeleri kapsar. Bireyin acı veren düşüncelerle bütünleşmesini içerir (20).

Cronbach alfa güvenirlik katsayısı alt gruplarda; öz sevecenlik 0,78, öz yargılama 0,77, paylaşımların bilincinde olma 0,80, izolasyon 0,79, bilinçli farkındalık 0,75 ve aşırı özdeşleşme için 0,81'dir (62). Araştırmamızda ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı öz sevecenlik 0,80, öz yargılama 0,76, paylaşımların bilincinde olma 0,68, izolasyon 0,77, bilinçli farkındalık 0,76 ve aşırı özdeşleşme için 0,67'dir.

3.6.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Bkz. EK 8)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş; Şahin ve Durak (1995) tarafından da Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Ölçek, bireylerin stres yaşadıkları dönemlerde stresle nasıl başa çıktıklarını belirleyip sınıflandırmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım olmak üzere beş alt ölçekten oluşur. Ölçek; kendine güvenli yaklaşım için 7, çaresiz yaklaşım için 8, iyimser yaklaşım için 5, boyun eğici yaklaşım için 6 ve sosyal destek arama için ise 4 madde olmak üzere toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek toplam puanı hesaplanmayıp; her alt ölçeğe ait puanlar ayrı olarak hesaplanmaktadır. Puanlar 4'lü likert yapıda olup 0 ile 3 puan arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları; her bir alt ölçek puanının alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise şöyledir: kendine güvenli yaklaşım 0-21, çaresiz yaklaşım 0-24, boyun eğici yaklaşım 0-18, iyimser yaklaşım 0-15 ve sosyal destek arama 0-12'dır. Bireyin alt ölçeklerden aldığı puanın yüksek olması o başa çıkma tarzının daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Ölçek değerlendirilirken kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeklerinden alınan puanların artması stresle başa çıkmanın etkili olduğunu; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Ölçekle ilgili alt ölçekler ve maddeleri aşağıdaki gibi yer almaktadır;

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği; 8,10,14,16,20,23 ve 26. maddeleri kapsar. Problemin çözümü konusunda mantıklı ve planlı olmayı; problem konusunda aktif ve bilinçli çabaları kapsar.

İyimser yaklaşım alt ölçeği; 2,4,6,12 ve 18. maddeleri kapsar. Olaylara ve durumlara daha iyimser bakmayı, sorunları daha gerçekçi ve sakin olarak değerlendirmeyi ifade eder.

Çaresiz yaklaşım alt ölçeği; 3,7,11,19,22,25,27 ve 28. maddeleri kapsar. Olaylar ve sıkıntılı durumlar karşısında problemin çözümüne değil duygulara odaklanmayı ifade eder.

Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği; 5,13,15,17,21 ve 24. maddeleri kapsar. Problemin çözümü konusunda bireyin kendini çaresiz hissetmesi ve çözümü doğaüstü güçlerde aramasını vurgular.

Sosyal destek arama alt ölçeği; 1,9,29 ve 30. maddeleri kapsar. Sıkıntılı durumları diğerleriyle paylaşma ve çözüm için diğerlerinden yardım istemeyi içerir (33).

Cronbach alfa güvenirlik katsayısı alt ölçeklerde; kendine güvenli yaklaşım 0,80, iyimser yaklaşım 0,68, çaresiz yaklaşım 0,73, boyun eğici yaklaşım 0,70, ve sosyal destek arama yaklaşımı ise 0,47 olarak belirlenmiştir (33). Araştırmamızda ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı alt ölçeklerde; kendine güvenli yaklaşım 0,85, çaresiz yaklaşım 0,77, boyun eğici yaklaşım 0,58, iyimser yaklaşım 0,74 ve sosyal destek arama 0,51 olarak belirlenmiştir.

3.7. ÖN UYGULAMA

Ön uygulama, HÜEH psikiyatri polikliniğinde yapılmıştır. 16 hastaya ön uygulama yapılmış olup; ön uygulamada uygulanan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS Inc. Chicago,IL,USA) 22.0 kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için de sayı ve yüzde ifadeleri kullanılarak ifade edilmiştir. Veri setinin analizi öncesinde, kullanılacak istatistiksel yöntemin belirlenmesi için değişkenlerin normal dağılıma uyum sağlayıp sağlamadıkları test edilmiştir. Bu aşamada Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden yararlanılmıştır. Veri setinin normal dağılıma uyum göstermemesi nedeniyle gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik olmayan yöntemlerden Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesi ise Spearman’s Correlation Testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık, p=0,05 olarak alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırmanın tek merkezli yapılmış olması ve kullanılan ölçeklerin öz bildirim tarzında olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu çalışma yalnızca bu örneklem grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları ile öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını etkileyen faktörlere yönelik bulgular bulunmaktadır.

4.1. HASTALARIN TANITICI BİLGİLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı bilgileri ve hastalığa ilişkin özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgileri ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	59	52,2
	Kadın	54	47,8
Yaş Grubu	18-35 Yaş	55	48,7
	36-50 Yaş	39	34,5
	51 Yaş ve üzeri	19	16,8
Medeni Durumu	Evli	50	44,2
	Bekar	63	55,8
Meslek	Memur	28	24,8
	Serbest Meslek	17	15,0
	İşçi	21	18,6
	Diğer (Emekli, işsiz, ev hanımı, öğrenci)	47	41,6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	14	12,4
	Ortaöğrenim	40	35,4
	Yükseköğrenim	59	52,2
Gelir Durumu	Gelir giderden düşük	26	23,0
	Gelir gidere denk	74	65,5
	Gelir giderden yüksek	13	11,5

Sigara Kullanma	Evet	59	52,2
	Hayır	54	47,8
Alkol Kullanma	Evet	22	19,5
	Hayır	91	80,5
Kiminle Yaşamaktadır	Aile	97	85,8
	Arkadaş	3	2,7
	Yalnız	13	11,5
Travmatik Olay Yaşama Durumu	Evet	67	59,3
	Hayır	46	40,7
Hasta Bireylerin Tanıları	Bipolar Bozukluk	25	22,2
	Depresyon	45	39,8
	Madde Kullanım Bozukluğu	19	16,8
	Diğer (Anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, şizofreni, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz, anoreksiya nevroza, konversiyon bozukluğu)	24	21,2
Hastaların Yaşamlarında Stres Yaratan Durumlara Yönelik İfadeleri	İş hayatındaki sorunlar	28	24,8
	Aile ilişkilerindeki sorunlar	20	17,7
	Hastalık	25	22,1
	Eğitim hayatındaki sorunlar	6	5,3
	Diğer (Gelecek kaygısı, trafik, işsizlik, düzensizlik, insan ilişkileri, Covid-19 pandemisi, maddi gelirin az olması, vs.)	34	30,1
Hastaların Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik İfadeleri	Stres yaratan durumdan uzaklaşırım.	11	9,7
	Sevdiklerimle vakit geçiririm.	5	4,4
	Dikkatimi başka şeylere veririm.	15	13,3
	Stresle başa çıkamıyorum.	26	23,0
	Yapmayı sevdiğim işleri yaparım.	28	24,8
	Sigara, madde, ilaç vs. kullanırım.	19	16,8

	Yardım ararım.	9	8,0
TOPLAM		113	100
		n	**Ort. ± ss.**
İyileşme İnancı		113	7,5±2,7
Tedavi Memnuniyeti		113	7,9±2,5

Çalışma kapsamında hastaların tanıtıcı bilgileri ve hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların %52,2'sinin erkek, %47,8'inin kadın olduğu, %48,7'sinin 18-35 yaş aralığında, %34,5'inin 36-50 yaş aralığında ve %16,8'inin de 51 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Hastaların %44,2'si evli, %55,8'i bekardır. Hastaların %24,8'i memur, %41,6'sı diğer meslek gruplarında çalışmakta; %52,2 si yükseköğrenim eğitim seviyesine sahiptir. Hastaların % 65,5'inin gelir ve gider durumunun eşittir. Hastaların %52,2'si sigara, %19,5'i de alkol kullanmaktadır. Hastaların %85,8'i ailesiyle, %2,7'si arkadaşıyla ve %11,5'i yalnız yaşamakta; %59,3'ü travmatik olay yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların % 22,2'si bipolar bozukluk, %39,8'i depresyon, %16,8'i de madde kullanım bozukluğu tanısı ile takip edilmektedir. Hastaların stres yaratan durumlara yönelik ifadeleri incelendiğinde; % 24,8'i iş hayatındaki sorunlar, %17,7'si aile ilişkilerindeki sorunlar, %22,1'i de hastalık nedeniyle stres yaşadığını bildirmiştir. Stresle karşı karşıya kaldıkları durumlarda, hasta bireylerin; %24,8'i yapmayı sevdiği işleri yaptığını, %23'ü stresle başa çıkamadığını, %16,8'i sigara, alkol, madde vs. kullandığını ifade etmiştir. Hastaların iyileşme inancı puan ortalaması 7,5±2,7; tedavi memnuniyeti puan ortalaması ise 7,9±2,5'tir.

4.2. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT PUAN ORTALAMALARI

Bu bölümde psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen hastaların ÖDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Hastaların Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLAR	Ort. ± ss.
Öz Sevecenlik	2,98 ± 0,96
Öz Yargılama	2,95 ± 0,99
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,24 ± 0,92
İzolasyon	2,92 ± 1,12
Bilinçli Farkındalık	3,41 ± 0,97
Aşırı Özdeşleşme	2,74 ± 0,97
Toplam Ölçek Puanı	3,04 ± 0,77

Tablo 4.2.1 incelendiğinde psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen hastaların ÖDÖ toplam puan ortalaması 3,04 ± 0,77'dir. Alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; 'Öz Sevecenlik' için 2,98 ± 0,96 'Öz Yargılama' için 2,95 ± 0,99, 'Paylaşımların Bilincinde Olma' için 3,24 ± 0,92, 'İzolasyon' için 2,92 ± 1,12 'Bilinçli Farkındalık' için 3,41 ± ,97 ve 'Aşırı Özdeşleşme' için puan ortalamaları 2,74 ± 0,97'dir.

4.3. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT PUAN ORTALAMALARI İLE TANITICI BİLGİLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen hastaların; cinsiyet, yaş, medeni durumu, meslek, eğitim düzeyi, gelir durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, birlikte yaşadıkları kişiler, travmatik olay yaşama durumları, tanıları, iyileşmeye olan inançları ve tedaviden memnuniyet durumlarına göre ÖDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

4.3.1. Cinsiyet

Tablo 4.3.1.1' de araştırma kapsamındaki hastaların cinsiyete göre öz şefkat puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1.1. Hastaların Cinsiyete Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	CİNSİYET		İstatistiksel Analiz*	
	Kadın (n=59)	Erkek (n=54)		
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	2,94 ±,76	3,13 ± ,79	Z=-1,52	p= 0,12
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	2,90 ± 0,98	3,06 ± 0,93	Z =-1,17	p= 0,24
Öz Yargılama	2,90 ± 0,98	3,00 ± 1,02	Z=-0,55	p = 0,57
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,22 ± 0,92	3,26 ± 0,94	Z=-0,27	p = 0,78
İzolasyon	2,74 ± 1,14	3,09 ± 1,08	Z=-1,80	p =0,07
Bilinçli Farkındalık	3,37± 0,92	3,46 ±1,01	Z=-0,58	p = 0,56
Aşırı Özdeşleşme	2,54± 0,93	2,92± 0,97	**Z=-2,16**	**p= 0,03**

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.3.1.1 incelendiğinde; hastaların cinsiyete göre 'Öz Sevecenlik', 'Öz Yargılama', 'Paylaşımların Bilincinde Olma', 'İzolasyon' ve 'Bilinçli Farkındalık' alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların cinsiyete göre 'Aşırı Özdeşleşme' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0,05$).

4.3.2. Yaş

Tablo 4.3.2.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre ÖDÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.3.2.1. Hastaların Yaşa Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	YAŞ			İstatistiksel Analiz*
	18-35 yaş (n= 55)	36-50 yaş (n= 39)	51 yaş ve üzeri (n=19)	
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	2,94±0,73	3,05±0,77	3,33±0,88	Z= 4,23 p= 0,12
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	2,84±0,90	3,03±0,99	3,32±0,99	Z= 4,68 p= 0,09
Öz Yargılama	2,91±0,99	2,98±0,93	3,04±1,17	Z= 0,57 p=0,75
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,19±0,91	3,09±0,86	3,70± 1,00	**Z=7,75 p=0,02**
İzolasyon	2,79±1,10	2,96±1,02	3,24±1,33	Z=2,76 p=0,25
Bilinçli Farkındalık	3,28±0,96	3,43±0,98	3,78±0,89	Z=4,02 p=0,13
Aşırı Özdeşleşme	2,64±0,86	2,80±0,96	2,88±1,28	Z= 0,65 p=0,72

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.3.2.1 incelendiğinde yaşa göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları, 'Öz Sevecenlik', 'Öz Yargılama', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık' ve 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yaş gruplarına göre 'Paylaşımların Bilincinde Olma' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3.3. Medeni Durum

Tablo 4.3.3.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durumlarına göre ÖDÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.3.3.1. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	MEDENİ DURUMU		İstatistiksel Analiz*	
	Evli (n=50)	Bekar (n=63)		
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	3,03±0,81	3,06±0,75	Z=-0,07	p= 0,94
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	3,05±0,92	2,93±0,99	Z =-0,63	p= 0,52
Öz Yargılama	2,94±0,95	2,97±1,03	Z=-0,07	p = 0,94
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,21±1,00	3,27±0,87	Z=-0,15	p = 0,87
İzolasyon	2,89±1,15	2,95±1,10	Z=-0,26	p = 0,79
Bilinçli Farkındalık	3,39±0,88	3,43±1,04	Z=-0,22	p = 0,82
Aşırı Özdeşleşme	2,68±1,06	2,79±0,90	Z=-0,65	p= 0,51

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.3.3.1‘ e göre hastaların medeni durumu ile ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

4.3.4. Meslek

Tablo 4.3.4.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların meslek gruplarına göre öz şefkat puan ortalamaları gösterilmektedir**.**

Tablo 4.3.4.1. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	MESLEK				İstatistiksel Analiz*	
	Memur (n=28)	Serbest Meslek (n=17)	İşçi (n= 21)	Diğer (n=47)		
	Ort. ± ss.					
Toplam Ölçek Puanı	3,24±0,73	3,04±0,79	3,21±0,86	2,85±0,73	Z=5,33	p= 0,14
ALT BOYUTLAR						
Öz Sevecenlik	3,18±0,97	3,21±0,87	3,05±1,10	2,76±0,89	Z=4,84	p= 0,18
Öz Yargılama	3,27±0,93	2,79±1,05	3,10±1,04	2,76±0,96	Z=5,30	p=0,15
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,17±0,79	3,40±0,96	3,49±0,99	3,12±0,96	Z=3,58	p=0,31
İzolasyon	3,21±1,00	2,72±1,10	3,25±1,10	2,69±1,15	Z=5,60	p=0,13
Bilinçli Farkındalık	3,62±0,90	3,38±0,87	3,39±1,21	3,31±0,92	Z=1,50	p=0,68
Aşırı Özdeşleşme	3,02±1,00	2,76±0,99	2,99±0,96	2,45±0,89	Z=7,36	p=0,06

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.3.4.1‘ da görüldüğü gibi hastaların meslek gruplarına göre ÖDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

4.3.5. Eğitim Düzeyi

Tablo 4.3.5.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeylerine göre ÖDÖ puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 4.3.5.1. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	EĞİTİM DÜZEYİ			İstatistiksel Analiz*
	İlköğretim (n=14)	Ortaöğretim (n=40)	Yükseköğrenim (n=59)	
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	2,89±0,87	3,18±0,73	2,99±0,78	Z=2,55 p=0,27
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	3,00±1,12	3,17±0,81	2,85±1,00	Z=3,10 p=0,21
Öz Yargılama	2,74±1,03	2,98±0,95	2,99±1,02	Z=0,64 p=0,72
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,66±1,04	3,34±0,99	3,08±0,82	**Z=6,99 p=0,03**
İzolasyon	2,27±1,16	3,11±1,09	2,95±1,08	**Z=5,83 p=0,05**
Bilinçli Farkındalık	3,27±1,00	3,58±0,95	3,33±0,97	Z=1,66 p=0,43
Aşırı Özdeşleşme	2,39±0,90	2,90±1,00	2,71±0,96	Z=3,67 p=0,15

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.3.5.1‘ e göre hastaların eğitim düzeylerine göre ‘Paylaşımların Bilincinde Olma’ ve ‘İzolasyon’ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim durumu ilköğretim olan bireylerin diğerlerine göre ‘Paylaşımların Bilincinde Olma’ alt boyut puan ortalaması, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumu ilköğretim olan bireylerin diğerlerine göre ‘İzolasyon’ alt boyut puan ortalamasının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Eğitim düzeylerine göre hastaların ‘Öz Sevecenlik’, ‘Öz Yargılama’, ‘Bilinçli Farkındalık’, ‘Aşırı Özdeşleşme’ alt boyut puan ortalamaları ve ÖDÖ toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3.6. Gelir Durumu

Tablo 4.3.6.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların gelir durumuna göre ÖDÖ puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 4.3.6.1. Hastaların Gelir Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	GELİR DURUMU			İstatistiksel Analiz*
	Gelir giderden düşük (n=26)	Gelir gidere denk (n=74)	Gelir giderden yüksek (n=13)	
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	2,96±0,64	3,08±0,81	2,97±0,85	Z=1,13 p=0,56
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	2,85±1,07	3,08±0,92	2,74±0,93	Z=1,97 p=0,37
Öz Yargılama	2,87±1,10	2,97±0,96	3,05±1,05	Z=0,57 p=0,75
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,38±0,91	3,24±0,92	2,96±0,97	Z=1,44 p=0,48
İzolasyon	2,67±1,13	3,00±1,10	3,00±1,19	Z=1,79 p=0,40
Bilinçli Farkındalık	3,45±0,99	3,46±0,95	3,10±1,01	Z=1,75 p=0,41
Aşırı Özdeşleşme	2,52±0,75	2,77±1,04	2,98±0,90	Z=2,44 p=0,29

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.3.6.1’ e görüldüğü gibi gelir durumuna göre hastaların ÖDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.3.7. Sigara Kullanma Durumu

Tablo 4.3.7.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların sigara kullanma durumlarına göre ÖDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.3.7.1. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	SİGARA KULLANMA DURUMU		İstatistiksel Analiz*	
	Evet (n=59)	Hayır (n=54)		
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	2,97±0,83	3,12±0,71	Z=-0,92	p=0,35
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	2,86±0,96	3,11±0,95	Z =-1,31	p=0,18
Öz Yargılama	2,87±1,04	3,04±0,94	Z=-0,99	p =0,32
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,21±1,00	3,27±0,84	Z=-0,24	p =0,80
İzolasyon	2,84±1,14	3,02±1,09	Z=-0,85	p =0,39
Bilinçli Farkındalık	3,33±1,05	3,50±0,87	Z=-0,94	p =0,34
Aşırı Özdeşleşme	2,70±1,00	2,77±0,94	Z=-0,32	p=0,74

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.3.7.1‘ de hastaların sigara kullanma durumuna göre hastaların ÖDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.3.8. Alkol Kullanma Durumu

Tablo 4.3.8.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların alkol kullanma durumlarına göre ÖDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.3.8.1. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	ALKOL KULLANMA DURUMU		İstatistiksel Analiz*	
	Evet (n=22)	Hayır (n=91)		
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	2,49±0,79	3,18±0,71	**Z=-3,40**	**p=0,00**
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	2,41±0,92	3,12±0,92	**Z =-3,20**	**p=0,00**
Öz Yargılama	2,53±1,04	3,06±0,96	**Z=-2,14**	**p =0,03**
Paylaşımların Bilincinde Olma	2,73±0,94	3,37±0,88	**Z=-2,87**	**p =0,00**
İzolasyon	2,34±1,02	3,07±1,10	**Z=-2,75**	**p =0,00**
Bilinçli Farkındalık	2,76±1,03	3,57±0,89	**Z=-3,43**	**p =0,00**
Aşırı Özdeşleşme	2,16±0,88	2,88±0,94	**Z=-3,08**	**p=0,00**

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.3.8.1' e göre hastaların alkol kullanma durumlarına göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve öz şefkat alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Alkol kullanmayan hastaların ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının alkol kullanan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3.9. Birlikte Yaşadığı Kişiler

Tablo 4.3.9.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre ÖDÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.3.9.1. Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	BİRLİKTE YAŞANILAN KİŞİLER			İstatistiksel Analiz*
	Aile (n=97)	Arkadaş (n=3)	Yalnız (n=13)	
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	3,09±0,73	1,53±0,19	3,03±0,86	**Z=8,00 p=0,01**
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	3,06±0,91	1,27±0,31	2,80±1,03	**Z=7,90 p=0,01**
Öz Yargılama	3,01±0,96	1,13±0,23	2,94±1,00	**Z=8,12 p=0,01**
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,27±0,92	1,92±0,38	3,33±0,83	**Z=5,79 p=0,05**
İzolasyon	2,95±1,10	1,50±0,87	3,10±1,16	**Z=4,85 p=0,05**
Bilinçli Farkındalık	3,51±0,88	1,58±0,14	3,15±1,21	**Z=8,87 p=0,01**
Aşırı Özdeşleşme	2,75±0,95	1,75±0,43	2,85±1,10	Z=3,64 p=0,16

*****Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.3.9.1‘ e göre hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Arkadaşıyla birlikte yaşayan bireylerin ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve ‘Öz Sevecenlik’, ‘Öz Yargılama’, ‘Paylaşımların Bilincinde Olma’, ‘İzolasyon’ ve ‘Bilinçli Farkındalık’ alt boyut puan ortalamalarının ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3.10. Hastaların Travmatik Bir Olay Yaşama Durumu

Tablo 4.3.10.1‘ de çalışma kapsamına alınan hastaların travmatik bir olay yaşama durumuna göre ÖDÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.3.10.1. Hastaların Travmatik Bir Olay Yaşama Durumuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	TRAVMATİK OLAY YAŞAMA		İstatistiksel Analiz*	
	Evet (n=67)	Hayır (n=46)		
	Ort. ± ss.			
Toplam Ölçek Puanı	3,01±0,77	3,10±0,78	Z=-0,69	p=0,48
ALT BOYUTLAR				
Öz Sevecenlik	2,92±0,97	3,07±0,95	Z =-0,70	p=0,47
Öz Yargılama	2,88±1,01	3,07±0,98	Z=-0,79	p = 0,42
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,22±0,95	3,28±0,90	Z=-0,25	p =0,79
İzolasyon	2,91±1,16	2,95±1,07	Z=-0,12	p =0,89
Bilinçli Farkındalık	3,43±0,99	3,39±0,94	Z=-0,32	p =0,74
Aşırı Özdeşleşme	2,68±0,97	2,82±0,96	Z=-0,66	p=0,51

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.3.10.1‘ de görüldüğü gibi hastaların travmatik olay yaşama durumlarına göre öz şefkat toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0,05).

4.3.11. Hastaların Tanıları ve Tanılarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.11.1’ de hastaların tanılarına göre ÖDÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.3.11.1 Hastaların Tanı Grubuna Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

ÖZ ŞEFKAT	TANI GRUPLARI				İstatistiksel Analiz*	
	Bipolar Boz. (n=25)	Depresyon (n=45)	Madde Kul. Boz. (n=19)	Diğer (n=24)		
	Ort. ± ss.					
Toplam Ölçek Puanı	2,82±0,76	3,14±0,65	3,34±0,78	2,84±0,92	**Z=7,79**	**p=0,05**
ALT BOYUTLAR						
Öz Sevecenlik	2,90±1,06	2,96±0,83	3,14±0,88	2,99±1,14	Z=0,92	p=0,82
Öz Yargılama	2,83±0,93	3,07±0,95	3,40±0,98	2,52±1,02	**Z=8,11**	**p=0,04**
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,05±1,03	3,30±0,85	3,54±0,85	3,09±0,98	Z=4,32	p=0,22
İzolasyon	2,64±1,10	3,04±1,04	3,29±1,09	2,71±1,23	Z=4,92	p=0,17
Bilinçli Farkındalık	3,23±0,99	3,51±0,79	3,55±1,15	3,32±1,09	Z=1,54	p=0,67
Aşırı Özdeşleşme	2,28±0,73	2,99±0,83	3,13±1,03	2,43±1,13	**Z=15,29**	**p=0,00**

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.3.11.2‘ ye göre araştırma kapsamına alınan hastaların tanı grubuna göre ‘Öz Yargılama’, ‘Aşırı Özdeşleşme’ ve ÖDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Depresyon ve madde kullanım bozukluğu tanı gruplarında yer alan hastaların ‘Aşırı Özdeşleşme’ alt boyut puan ortalamalarının bipolar bozukluk tanı grubundaki hastaların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Madde kullanım bozukluğu tanı grubunda yer alan hastaların ÖDÖ toplam puan ortalamasının diğer tanı grupların toplam puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3.12. Hastaların İyileşmeye Olan İnançlarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.12.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların iyileşmeye olan inançları ile ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri verilmiştir.

Tablo 4.3.12.1. Hastaların İyileşmeye İnancı İle Öz Şefkat Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri

ÖZ ŞEFKAT ALT BOYUTLAR	İSTATİSTİKSEL ANALİZ*	İYİLEŞME İNANCI
Öz Sevecenlik	**ρ**	0,48
	p	**0,00**
Öz Yargılama	**ρ**	0,27
	p	**0,00**
Paylaşımların Bilincinde Olma	**ρ**	0,29
	p	**0,00**
İzolasyon	**ρ**	0,39
	p	**0,00**
Bilinçli Farkındalık	**ρ**	0,43
	p	**0,00**
Aşırı Özdeşleşme	**ρ**	0,38
	p	**0,00**
Öz Şefkat (Toplam)	**ρ**	0,48
	p	**0,00**

*Spearman's Correlation Testi

Tablo 4.3.12.1' e göre araştırma kapsamına alınan hastaların iyileşmeye inancı ile ÖDÖ toplam ölçek puanları ile 'Öz sevecenlik', 'Öz Yargılama',' Paylaşımların Bilincinde Olma', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık', 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3.13. Hastaların Tedaviden Memnuniyet Durumlarına Göre Öz Şefkat Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.13.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi memnuniyetleri ile ÖDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerleri verilmiştir.

Tablo 4.3.13.1. Hastaların Tedavi Memnuniyeti İle Öz Şefkat Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri

ÖZ ŞEFKAT ALT BOYUTLAR	İSTATİSTİKSEL ANALİZ*	TEDAVİ MEMNUNİYETİ
Öz Sevecenlik	**ρ**	0,33
	p	**0,00**
Öz Yargılama	**ρ**	0,18
	p	**0,04**
Paylaşımların Bilincinde Olma	**ρ**	0,24
	p	**0,00**
İzolasyon	**ρ**	0,19
	p	**0,04**
Bilinçli Farkındalık	**ρ**	0,30
	p	**0,00**
Aşırı Özdeşleşme	**ρ**	0,23
	p	**0,01**
Öz Şefkat (Toplam)	**ρ**	0,31
	p	**0,00**

* Spearman's Correlation Testi

Hastaların tedavi memnuniyeti ile ÖDÖ toplam puanları, 'Öz Sevecenlik' ve 'Öz yargılama', 'Paylaşımların Bilincinde Olma', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık', 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$).

4.4. HASTALARIN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI PUAN ORTALAMALARI

Bu bölümde psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen hastaların SBTÇÖ ve alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir. Hastaların SBTÇÖ alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4.4.1' de gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ALT ÖLÇEKLER	Ort. ± ss.
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,60±4,92
Çaresiz Yaklaşım	12,65±5,45
Boyun Eğici Yaklaşım	7,61±3,54
İyimser Yaklaşım	7,81±3,42
Sosyal Destek Arama	7,38±2,44

SBTÇÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; 'Kendine Güvenli Yaklaşım' için 13,60±4,92, 'Çaresiz Yaklaşım' için 12,65±5,45, 'Boyun Eğici Yaklaşım' için 7,61±3,54, 'İyimser Yaklaşım' için 7,81±3,42, 'Sosyal Destek Arama' 7,38±2,44 puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür.

4.5. HASTALARIN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE TANITICI BİLGİLERİ VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen hastaların; cinsiyet, yaş, medeni durumu, meslek, eğitim düzeyi, gelir durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, birlikte yaşadıkları kişiler, travmatik olay yaşama durumları, tanıları, stres yaratan durumlara yönelik ifadeleri, stresle başa çıkma durumlarına yönelik ifadeleri, iyileşmeye olan inançları ve tedaviden memnuniyet durumlarına göre SBÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir.

4.5.1. Cinsiyet

Tablo 4.5.1.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyete göre SBTÇÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.5.1.1. Hastaların Cinsiyete Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	CİNSİYET		İstatistiksel Analiz*	
	Kadın (n=54)	Erkek (n=59)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**			
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,43±4,98	13,76±4,98	Z =-0,50	p=0,61
Çaresiz Yaklaşım	13,52±5,83	11,86±5,01	Z=-1,66	p=0,09
Boyun Eğici Yaklaşım	8,17±3,83	7,10±3,20	Z=-1,20	p=0,23
İyimser Yaklaşım	7,39±3,15	8,20±3,63	Z=-1,31	p=0,18
Sosyal Destek Arama	7,63±2,23	7,15±2,61	Z=-0,61	p=0,54

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.5.1.1 incelendiğinde hastaların cinsiyete göre SBÇTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.5.2. Yaş

Tablo 4.5.2.1’ de araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.5.2.1. Hastaların Yaşa Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	YAŞ			İstatistiksel Analiz*
	18-35 yaş (n= 55)	36-50 yaş (n= 39)	51 yaş ve üzeri (n=19)	
	Ort. ± ss.			
ALT ÖLÇEKLER				
Kendine Güvenli Yaklaşım	14,16±5,09	12,90±4,71	13,42±4,89	Z= 1,89 p=0,38
Çaresiz Yaklaşım	13,33±5,29	11,72±5,18	12,63±6,43	Z= 2,58 p=0,27
Boyun Eğici Yaklaşım	7,20±3,28	7,31±3,13	9,42±4,56	Z= 4,64 p=0,09
İyimser Yaklaşım	7,56±3,43	7,54±3,41	9,11±3,28	Z= 3,99 p=0,13
Sosyal Destek Arama	7,42±2,78	7,08±1,99	7,89±2,21	Z= 1,69 p=0,42

* Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5.2.1‘ e göre hastaların yaşına göre SBÇTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.5.3. Medeni Durum

Tablo 4.5.3.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durumlarına göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.5.3.1 Hastaların Medeni Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	MEDENİ DURUMU		İstatistiksel Analiz*	
	Evli (n=50)	Bekar (n=63)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**			
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,20±4,51	13,92±5,24	Z =-1,08	p=0,28
Çaresiz Yaklaşım	12,66±5,37	12,65±5,56	Z=-0,24	p =0,80
Boyun Eğici Yaklaşım	8,18±4,11	7,16±2,97	Z=-1,29	p =0,19
İyimser Yaklaşım	7,60±3,25	7,98±3,56	Z=-0,52	p =0,60
Sosyal Destek Arama	7,30±2,08	7,44±2,70	Z=-0,63	p =0,52

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.5.3.1‘ de hastaların medeni durumuna göre SBÇTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

4.5.4. Meslek

Tablo 4.5.4.1’ de araştırma kapsamına alınan hastaların meslek gruplarına göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmektedir**.**

Tablo 4.5.4.1. Hastaların Meslek Gruplarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	MESLEK				İstatistiksel Analiz*	
	Memur (n=28)	Serbest Meslek (n=17)	İşçi (n= 21)	Diğer (n=47)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**					
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,93±4,69	13,82±4,45	14,48±5,84	12,94±4,84	Z=2,49	p=0,47
Çaresiz Yaklaşım	10,04±5,66	12,76±4,53	11,67±4,59	14,62±5,36	**Z=11,07**	**p=0,01**
Boyun Eğici Yaklaşım	6,64±3,77	7,76±3,65	8,00±3,15	7,96±3,53	Z=2,15	p=0,54
İyimser Yaklaşım	8,21±3,48	8,82±3,88	8,48±3,79	6,91±2,90	Z=5,58	p=0,13
Sosyal Destek Arama	8,32±2,28	7,47±1,91	6,57±3,30	7,15±2,13	Z=5,67	p=0,12

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5.4.1 incelendiğinde hastaların meslek gruplarına göre ‘Çaresiz Yaklaşım’ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). ‘Diğer’ meslek grubunda yer alan hastaların ‘Çaresiz Yaklaşım’ alt ölçek puan ortalaması, diğerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05).

4.5.5. Eğitim Düzeyi

Tablo 4.5.5.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeylerine göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmektedir**.**

Tablo 4.5.5.1. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	EĞİTİM DÜZEYİ			İstatistiksel Analiz*	
	İlköğretim (n=14)	Ortaöğretim (n=40)	Yükseköğrenim (n=59)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**				
Kendine Güvenli Yaklaşım	12,79±6,10	14,83±4,16	12,97±5,02	Z=2,96	p=0,22
Çaresiz Yaklaşım	15,50±5,17	12,68±5,18	11,97±5,57	Z=4,45	p=0,10
Boyun Eğici Yaklaşım	10,53±3,70	7,73±3,29	6,85±3,35	**Z=11,44**	**p=0,00**
İyimser Yaklaşım	7,43±4,15	8,88±3,11	7,19±3,32	**Z=6,75**	**p=0,03**
Sosyal Destek Arama	6,14±3,06	7,35±2,49	7,69±2,18	Z=5,01	p=0,08

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5.5.1 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeyine göre 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). İlköğretim mezunu bireylerin 'Boyun Eğici Yaklaşım' puan ortalamasının, ortaöğrenim ve yükseköğretim mezunu olan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ortaöğrenim mezunu bireylerin 'İyimser Yaklaşım' puan ortalamaları, ilköğretim ve yükseköğretim mezunu bireylerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'Çaresiz Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçekleri puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.6. Gelir Durumu

Tablo 4.5.6.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların gelir durumuna göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 4.5.6.1 Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	GELİR DURUMU			İstatistiksel Analiz*
	Gelir giderden düşük (n=26)	Gelir giderde denk (n=74)	Gelir giderden yüksek (n=13)	
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**			
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,85±5,29	13,81±4,60	11,92±5,98	Z=1,63 p=0,44
Çaresiz Yaklaşım	13,65±5,53	12,31±5,20	12,62±6,84	Z= 1,85 p=0,39
Boyun Eğici Yaklaşım	8,85±4,14	7,28±3,27	7,00±3,44	Z= 2,05 p=0,35
İyimser Yaklaşım	8,38±3,29	7,72±3,41	7,23±3,85	Z=1,19 p=0,54
Sosyal Destek Arama	6,96±3,07	7,46±2,18	7,77±2,52	Z=0,48 p=0,78

*Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5.6.1' de görüldüğü gibi hastaların gelir durumuna göre SBÇTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.5.7. Sigara Kullanma Durumu

Tablo 4.5.7.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların sigara kullanma durumlarına göre SBÇTÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.5.7.1. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	SİGARA KULLANMA DURUMU		İstatistiksel Analiz*	
	Evet (n=59)	Hayır (n=54)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**			
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,86±5,24	13,31±4,58	Z =-0,87	p=0,38
Çaresiz Yaklaşım	13,81±5,43	11,39±5,24	**Z=-2,37**	**p=0,01**
Boyun Eğici Yaklaşım	8,08±3,33	7,09±3,72	**Z=-1,96**	**p=0,05**
İyimser Yaklaşım	7,80±3,56	7,83±3,30	Z=-0,06	p=0,94
Sosyal Destek Arama	7,17±2,59	7,61±2,26	Z=-0,61	p=0,54

* Mann Whitney U Testi

Tablo 4.5.7.1‘ e göre ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’, ‘İyimser Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Destek Arama’ alt ölçeklerinde hastaların sigara kullanma durumuna göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Sigara kullanan bireylerin ‘Çaresiz Yaklaşım’ ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt ölçek puan ortalamalarının, sigara kullanmayan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

4.5.8. Alkol Kullanma Durumu

Tablo 4.5.8.1‘ de araştırma kapsamına alınan hastaların alkol kullanma durumlarına göre SBÇTÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.5.8.1. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	ALKOL KULLANMA DURUMU		İstatistiksel Analiz*	
	Evet (n=22)	Hayır (n=91)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**			
Kendine Güvenli Yaklaşım	11,14±5,66	14,20±4,56	**Z=-2,38**	**p=0,01**
Çaresiz Yaklaşım	15,36±4,73	12,00±5,44	**Z=-2,63**	**p=0,00**
Boyun Eğici Yaklaşım	7,86±3,00	7,55±3,67	Z=-0,69	p=0,48
İyimser Yaklaşım	5,73±3,19	8,32±3,29	**Z=-3,15**	**p=0,00**
Sosyal Destek Arama	6,27±2,69	7,65±2,31	**Z=-2,83**	**p=0,03**

* Mann Whitney U testi

Tablo 4.5.8.1 incelendiğinde; alkol kullanmayan bireylerin 'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'İyimser Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçek puan ortalamalarının alkol kullanan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Alkol kullanan hastaların 'Çaresiz Yaklaşım' ve 'Boyun Eğici Yaklaşım' alt ölçek puan ortalamalarının alkol kullanmayan bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.5.9. Birlikte Yaşadığı Kişiler

Tablo 4.5.9.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre SBÇTÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.5.9.1. Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	BİRLİKTE YAŞANILAN KİŞİLER			İstatistiksel Analiz*	
	Aile (n=97)	Arkadaş (n=3)	Yalnız (n=13)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**				
Kendine Güvenli Yaklaşım	14,05±4,61	8,67±2,52	11,38±6,50	**Z=5,91**	**p=0,05**
Çaresiz Yaklaşım	12,54±5,28	19,00±4,36	12,08±6,40	Z=4,16	p=0,12
Boyun Eğici Yaklaşım	7,63±3,47	7,00±1,00	7,62±4,54	Z=0,08	p=0,95
İyimser Yaklaşım	8,09±3,33	4,00±1,00	6,62±3,82	**Z=6,84**	**p=0,03**
Sosyal Destek Arama	7,55±2,33	5,00±1,73	6,69±3,04	Z=4,45	p=0,10

***Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5.9.1' e göre ailesiyle birlikte yaşayan hastaların 'Kendine Güvenli Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' alt ölçek puan ortalamalarının arkadaşıyla ve yalnız yaşayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre 'Çaresiz Yaklaşım', 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.12. Hastaların Travmatik Bir Olay Yaşama Durumu

Tablo 4.5.12.1' de çalışma kapsamına alınan hastaların travmatik bir olay yaşama durumuna göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.5.12.1. Hastaların Travmatik Bir Olay Yaşama Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	TRAVMATİK OLAY YAŞAMA		İstatistiksel Analiz*	
	Evet (n=67)	Hayır (n=46)		
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**			
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,64±5,05	13,54±4,78	Z=-0,21	p=0,83
Çaresiz Yaklaşım	13,18±5,79	11,89±4,89	Z=-1,13	p=0,25
Boyun Eğici Yaklaşım	8,00±3,81	7,04±3,05	Z=-1,12	p=0,26
İyimser Yaklaşım	7,64±3,45	8,07±3,40	Z=-0,69	p=0,48
Sosyal Destek Arama	7,54±2,00	7,15±2,97	Z=-0,59	p=0,55

*Mann Whitney U testi

Tablo 4.5.12.1‘ de görüldüğü gibi travmatik olay yaşama durumuna göre hastaların SBÇTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.5.15. Hastaların Tanılarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

Tablo 4.5.15.1‘ de çalışma kapsamına alınan hastaların tanı grubuna göre SBÇTÖ puan ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 4.5.15.1. Hastaların Tanı Grubuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI	TANI GRUPLARI				İstatistiksel Analiz*
	Bipolar Boz. (n=25)	Depresyon (n=45)	Madde Kul. Boz. (n=19)	Diğer (n=24)	
ALT ÖLÇEKLER	**Ort. ± ss.**				
Kendine Güvenli Yaklaşım	12,04±5,05	14,04±3,78	15,74±5,23	12,71±5,92	**Z=8,07 p=0,04**
Çaresiz Yaklaşım	13,76±5,58	11,31±5,06	11,89±5,27	14,63±5,68	**Z=7,88 p=0,04**
Boyun Eğici Yaklaşım	8,00±3,84	7,09±3,73	7,74±3,69	8,08±2,70	Z=2,67 p=0,44
İyimser Yaklaşım	6,76±3,09	8,27±2,82	9,47±3,69	6,75±4,01	**Z=9,47 p=0,02**
Sosyal Destek Arama	7,64±1,93	7,76±2,32	6,95±3,05	6,75±2,56	Z=2,95 p=0,39

* Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.5.15.1 incelendiğinde çalışma kapsamına alınan hastaların tanı gruplarına göre 'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'Çaresiz Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Madde kullanım bozukluğu tanı grubundaki bireylerin 'Kendine Güvenli Yaklaşım' puan ortalaması, diğer tanı gruplarının puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). 'Diğer' tanı grubundaki bireylerin 'Çaresiz Yaklaşım' puan ortalamasının depresyon ve madde kullanım bozukluğu tanı gruplarındaki bireylerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.5.16. Hastaların İyileşmeye Olan İnançları Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

Tablo 4.5.16.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların iyileşmeye olan inançları ile SBÇTÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri verilmiştir.

Tablo 4.5.16.1. Hastaların İyileşmeye İnancı ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ALT ÖLÇEKLER	İstatistiksel Analiz*	İYİLEŞME İNANCI
Kendine Güvenli Yaklaşım	**ρ**	**0,31**
	p	0,00
Çaresiz Yaklaşım	**ρ**	**-0,36**
	p	0,00
Boyun Eğici Yaklaşım	**ρ**	-0,18
	p	0,05
İyimser Yaklaşım	**ρ**	**0,35**
	p	0,00
Sosyal Destek Arama	**ρ**	0,18
	p	0,05

* Spearman's Correlation testi

Tablo 4.5.16.1 incelendiğinde; hastaların iyileşmeye inançları ile 'Kendine Güvenli Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' alt ölçekleri arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların iyileşmeye inançları ve "Çaresiz Yaklaşım" arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların iyileşmeye inançları ile 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.17. Hastaların Tedaviden Memnuniyet Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları

Tablo 4.5.17.1' de araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi memnuniyetleri ile SBÇTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değerleri verilmiştir.

Tablo 4.5.17.1. Hastaların Tedavi Memnuniyeti İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Değerleri

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ALT ÖLÇEKLER	İstatistiksel Analiz*	TEDAVİ MEMNUNİYETİ
Kendine Güvenli Yaklaşım	**ρ**	**0,33**
	p	0,00
Çaresiz Yaklaşım	**ρ**	**-0,20**
	p	0,03
Boyun Eğici Yaklaşım	**ρ**	-0,15
	p	0,10
İyimser Yaklaşım	**ρ**	**0,21**
	p	0,02
Sosyal Destek Arama	**ρ**	0,06
	p	0,47

* Spearman's Correlation Testi

Hastaların tedavi memnuniyetleri ile 'Kendine Güvenli Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' alt ölçekleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların tedavi memnuniyetleri ile "Çaresiz Yaklaşım" arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların tedavi memnuniyetleri ile 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçekleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.6. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Araştırma kapsamına dahil edilen hastaların öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puanları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 4.6.1' de verilmiştir.

Tablo 4.6.1. Hastaların Öz Şefkat Alt Boyutları Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

ÖZ ŞEFKAT ALT BOYUTLAR		STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ALT ÖLÇEKLER				
		Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
Öz Sevecenlik	ρ	**0,54**	**-0,44**	-0,07	**0,63**	**0,27**
	P	**0,00**	**0,00**	0,45	**0,00**	**0,00**
Öz Yargılama	ρ	**0,39**	**-0,68**	**-0,34**	**0,41**	**0,29**
	P	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Paylaşımların Bilincinde Olma	ρ	**0,49**	**-0,31**	0,15	**0,58**	0,13
	P	**0,00**	**0,00**	0,10	**0,00**	0,16
İzolasyon	ρ	**0,39**	**-0,70**	**-0,25**	**0,50**	**0,29**
	P	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Bilinçli Farkındalık	ρ	**0,65**	**-0,49**	-0,06	**0,70**	**0,42**
	P	**0,00**	**0,00**	0,51	**0,00**	**0,00**
Aşırı Özdeşleşme	ρ	**0,39**	**-0,66**	**-0,31**	**0,49**	**0,28**
	P	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Öz Şefkat (Toplam)	ρ	**0,60**	**-0,71**	**-0,19**	**0,70**	**0,36**
	P	**0,00**	**0,00**	**0,03**	**0,00**	**0,00**

‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ ile ÖDÖ ölçek toplam puanları ve ‘Öz Sevecenlik’, ‘Öz Yargılama’, ‘Paylaşımların Bilincinde Olma’, ‘İzolasyon’, ‘Bilinçli Farkındalık’, ‘Aşırı Özdeşleşme’ alt boyutları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

‘Çaresiz Yaklaşım’ ile ÖDÖ toplam puanları ve ‘Öz Sevecenlik’, ‘Öz Yargılama’, ‘Paylaşımların Bilincinde Olma’, ‘İzolasyon’, ‘Bilinçli Farkındalık’, ‘Aşırı Özdeşleşme’ alt boyutları arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

‘Boyun Eğici Yaklaşım’ ile ‘Öz Sevecenlik’, ‘Paylaşımların Bilincinde Olma’ ve ‘Bilinçli Farkındalık’ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ ile ÖDÖ toplam puanları ve ‘Öz Yargılama’, ‘İzolasyon’, ‘Aşırı

Özdeşleşme' alt boyutları arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$; $r=-0,340$).

'İyimser Yaklaşım' ile ÖDÖ toplam puanları ve 'Öz Sevecenlik', 'Öz Yargılama', 'Paylaşımların Bilincinde Olma', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık', 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyutları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

'Sosyal Destek Arama' ile ÖDÖ toplam puanları ve 'Öz Sevecenlik', 'Öz Yargılama', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık', 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyutları arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). 'Sosyal Destek Arama' ile 'Paylaşımların Bilincinde Olma' alt boyutu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmanın bulguları doğrultusunda, ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ile tanıtıcı özellikleri; stresle başa çıkma tarzları ile tanıtıcı özellikleri ve öz şefkat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki üç ana başlık altında literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

5.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özellikleri ve öz şefkat düzeylerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmada hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kültürlerarası farklılıklardan etkilenen öz şefkat, bireylerin yaşamları boyunca ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşmaması için sahip olması gereken, dayanıklılığı arttıran önemli bir özelliktir (21,54,89). Bluth ve arkadaşlarının (2016) öz şefkatin ergen bireyleri stresten koruyup korumadığını araştırdıkları çalışmada; öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin daha az kaygı, stres ve olumsuz duygulanım; daha fazla yaşam doyumu ve olumlu duygulanım bildirdiklerini tespit etmişlerdir (85). Dossing ve arkadaşlarının (2015) bipolar bozukluk tanısı almış bireylerle yaptığı çalışmada da araştırma bulgumuza benzer şekilde hastaların öz şefkat düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmüştür (78). Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerin öz şefkat düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (76,80,88). Bu veriler ruhsal hastalığı bireylerin öz şefkat düzeylerinin düşük ya da orta düzeyde olduğunu, yapılan psikososyal değerlendirmelerde bu değişkenin de ele alınarak hastaların bu konuda güçlendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Araştırmada ruhsal hastalığı olan bireylerin cinsiyetlerine göre aşırı özdeşleşme durumlarının değiştiği görülmüştür. Erkek hastaların ‘Aşırı Özdeşleşme’ puanları kadın hastalarınkinden yüksektir. ‘Aşırı Özdeşleşme’ bireyin deneyimlediği olumsuz duygu ve düşüncelerinin farkında olamadığını belirtmektedir (20). Literatürde konuyla ilgili araştırmaya rastlanamamıştır. Ancak yapılan çalışmalarda araştırma bulgumuzdan farklı olarak, kadınların olumsuz duygularla aşırı özdeşleşmeye daha yatkın olduğu, olumsuz duyguların etkisinde erkeklere oranla daha fazla kaldıkları, kendilerine daha eleştirel yaklaştıkları ve erkeklere kıyasla kendileriyle daha fazla negatif konuşmalar yaptıkları ifade edilmektedir

(20,90,91,92,106). Bu farklılığa; örneklem grubunu oluşturan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin, hastalık, tanı ve tedavi süreçlerinin farklı olmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada 51 yaş ve üzeri hastaların 'Paylaşımların bilincinde olma' puanları diğer yaş gruplarından (18-35 yaş ve 36-50 yaş) yüksektir. 'Paylaşımların bilincinde olma' bireyin yaşadığı zor durumları başkalarının da yaşayabileceğinin ve hayatın bir parçası olduğunun bilincinde olmasıdır (20). Bireyler yıllar geçtikçe yaşam deneyimiyle bakış açılarını değiştirmekte, olumsuz deneyimlerden kaçınarak duygularını düzenlemeyi öğrenmekte ve paylaşımların daha çok bilincine varmaktadır (89,93). Yaşam deneyimlerinin birikiminin ilerleyen yıllarda bireyi hayata ve kendine karşı daha şefkatli bir yaklaşıma yönelttiği ve bunun da bireyin daha çok paylaşımların bilincinde olmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda ilkokul mezunu olan hastaların diğer gruplara (ortaöğrenim ve yükseköğrenim) göre paylaşımların bilincinde olma durumlarının daha yüksek olduğu, izolasyon durumlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuza benzer şekilde, Vettese ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla izolasyon bildirdikleri görülmüştür (94). Bu durum eğitim düzeyi yüksek bireylerin yaşanılan stresli olaylarda kendilerinden beklentilerinin yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Bu sebeple de birey kendini izole ederek daha çok kişisel eksikliklerine ve olumsuz durumlara yönelebilmektedir.

Hastaların alkol kullanımına göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde; alkol kullanan bireylerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı alkol kullanmayanlara göre daha fazla kullandıkları görülmüştür. Ayrıca alkol kullanan hastaların öz şefkat düzeylerinin alkol kullanmayan hastalara göre düşük olduğu saptanmıştır. Brooks ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada bireylerin alkol kullanımıyla öz şefkat düzeylerinin negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (95). Öz şefkatli bireylerin madde ve alkol kullanarak başa çıkma durumlarının daha düşük olduğu bilinmektedir (20,95). Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Öz şefkat düzeyinin yüksek olmasının bireyi daha yapıcı ve olumlu stresle başa çıkma tarzlarına yönlendirdiği düşünülmektedir. Alkol ve madde kullanımı etkili olmayan başa çıkma yöntemleridir. Çalışmada alkol kullanan hastaların öz şefkat düzeylerinin düşük olmasının bununla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre öz şefkat düzeyleri incelendiğinde; arkadaşlarıyla birlikte yaşayan hastaların öz şefkat düzeylerinin ailesiyle birlikte yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hood ve arkadaşlarının (2019)

üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada; öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin ailelerini daha destekleyici olarak algıladığı saptanmıştır (96). Andiç'in yaptığı çalışmada da (2013), bireylerin olumlu anne baba algılarının arttıkça öz şefkat düzeylerinin de arttığı görülmüştür (97). Araştırma sonuçlarımızda da hastaların yaklaşık %85 'inin ailesiyle birlikte yaşadığı saptanmış olup, olumlu anne baba tutumlarının hastaların öz şefkat düzeyini arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Sosyal destek ile öz şefkat düzeyinin pozitif yönde ilişkili olduğu bilinmektedir (98). Bu kapsamda hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olması, hastaların ailelerinden aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olmasından kaynaklanabilir. Akın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011), öz şefkat ile yalnızlık arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (99). Bu nedenle ailesiyle birlikte yaşayan hastaların öz şefkat düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların tanı gruplarına göre öz şefkat düzeylerinin değiştiği görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu tanısındaki hastaların öz şefkat puanları, bipolar bozukluk ve diğer tanı grubundaki hastaların puanlarına göre daha yüksektir. Literatürdeki çalışmalarda yüksek madde kullanım riski ve bağımlılık sorunlarının düşük düzeyde öz şefkatle ilişkili olduğu görülmüştür. (79,101). Duygudurum bozukluklarına sahip hastaların kendini daha fazla yargılayabileceği bu nedenle öz şefkat düzeylerinin de madde kullanım bozukluğu tanı grubuna göre daha düşük olduğu düşünülmektedir. Araştırma bulgumuzla uyumlu olarak literatürde depresyon semptomları arasında kendini yargılamanın da olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (100,102). Depresyon ve madde kullanım bozukluğu tanı gruplarında yer alan hastaların aşırı özdeşleşme puanlarının bipolar bozukluk tanı grubundaki hastaların puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu ile duygu düzenleme güçlüğü arasında güçlü ilişki olduğu bilinmektedir (103). Bu nedenle duygu düzenleme güçlüğü yaşayan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların aşırı özdeşleşme durumlarının daha fazla olduğu söylenebilir. Depresyonda görülen olumsuz bilişsel değerlendirme ve çarpıtmaların olumsuz duygulanıma neden olduğu bilinmekte (104); bu nedenle depresyon tanılı hastaların aşırı özdeşleşme durumlarının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların iyileşme inancına ve tedavi memnuniyetine göre öz şefkat düzeyinin değiştiği görülmüştür. Hastaların iyileşme inancı ve tedavi memnuniyetleri arttıkça öz şefkat düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Yang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2016) umut ile öz şefkatin pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. (105). Buna bağlı olarak

da hastaların iyileşme inancı ve tedavi memnuniyetlerinin de artmış olabileceği düşünülmektedir.

5.2. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özellikleri ile stresle başa çıkma tarzlarına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşımı ve çaresiz yaklaşımı kullandıkları saptanmıştır. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinde kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların artması stresle başa çıkmanın etkili olduğunu; çaresiz yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (33). Alpat'ın konversiyon bozukluğu tanılı hastalarla yaptığı çalışmada (2017), hastaların daha çok etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmüştür. (15). Özarslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise (2013) depresyon tanılı bireylerin sağlıklı bireylere göre daha fazla etkisiz başa çıkma tarzları kullandığı saptanmıştır (9). Ruhsal hastalıkların ortaya çıkma sebeplerinden biri karşılaşılan stresörlerin üstesinden gelmede bireyin mevcut baş etme yöntemlerinin etkisiz olması yatmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların daha çok çaresiz yaklaşımı tercih etmelerinin sebebinin bu durum olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan araştırmaya katılan hastalardan kendine güvenli yaklaşımı kullananların ise iyileşme sürecinde olan hastalar olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastalara "Genel olarak stresle nasıl baş edersiniz?" açık uçlu sorusu sorulduğunda; %23'ü stresle başa çıkamadığını, %24,8'i yapmayı sevdiği işleri yaptığı, %16,8'i sigara, alkol, madde vs. kullandığını, %13,3'ü ise dikkatini başka şeylere verdiğini belirtmiştir. Bu veri hastaların stresle başa çıkma durumlarını değerlendiren öznel bir veridir. Bu bulgu ile de hastaların bir kısmının stresini azaltmaya yönelik çeşitli faaliyetler bulma arayışında oldukları (dikkatini başka şeylere vermek, yapmayı sevdiği işleri yapmak) bir kısmının ise stresle başa çıkamadığı ve etkisiz başa çıkma yöntemlerine yöneldikleri görülmüştür. Hastaların yaşamlarındaki stres yaratan durumlara yönelik ifadeleri incelendiğinde; hastaların %24,8'inin iş hayatındaki sorunlar, %22,1'inin hastalık, %17,7'si aile ilişkilerindeki sorunlar ve %30,1'i de diğer sorunlar (gelecek kaygısı, trafik, işsizlik, düzensizlik, insan ilişkileri, Covid-19 pandemisi, madde gelirin az olması) nedeniyle stres yaşadıkları görülmüştür. Ruh sağlığı sorunları bireyin aile, iş ve sosyal hayatına uyumunu ve ilişkilerini de etkileyebilmektedir. Ruh sağlığı sorunu yaşamak başlı başına bir stres kaynağı

iken aile, iş ve sosyal hayatta yaşanan diğer sorunlar stres düzeyini daha da artırabilmekte ve bireyin işlevselliğini bozabilmektedir. Literatürde yapılan çalışmalar da araştırma bulgularımızla uyumludur. Hosang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012), bipolar bozukluk tanılı bireylerin; insan ilişkilerindeki sorunlar, maddi sorunlar, iş hayatındaki zorluklar ve işsizlik gibi stres yaratan durumlar yaşadıkları ortaya koyulmuştur (116). Literatürdeki birçok çalışmada da ruhsal hastalığı olan bireylerin işsizlik ve aile ilişkilerinde sorunlar gibi birçok stresli yaşam olayı yaşadığı saptanmıştır (117,118).

Araştırmada 'Diğer' meslek grubundaki (emekli, işsiz, ev hanımı, öğrenci) hastaların; memur, serbest meslek ve işçi meslek gruplarına göre daha fazla çaresiz yaklaşım tarzını kullandığı görülmüştür. 'Çaresiz yaklaşım' bireyin sıkıntılı durumlar karşısında sorunun çözümünden çok duygulara odaklanmasını ifade eder. Ayrıca çaresiz yaklaşımın kullanılması stresle etkisiz başa çıkmayı göstermektedir. Ayyıldız ve Gümüş'ün (2019) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmada, işsiz bakım verenlerin diğer meslek gruplarına (işçi ve memur) göre daha fazla çaresiz yaklaşım tarzını kullandığı saptanmıştır (39). Strober ve arkadaşlarının multipl skleroz tanılı bireylerle yaptığı çalışmada (2016), işsiz bireylerin iş sahibi bireylere göre etkisiz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandığı belirtilmiştir (107). Bu sonuçlar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Araştırmada 'Diğer' meslek grubunda yer alan hastaların belli bir maddi gelirinin olmaması ya da gelirinin kısıtlı olması nedeniyle ekonomik olarak zorluklar yaşaması buna bağlı olarak stres karşısında çaresiz yaklaşımı kullanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca iş sahibi olmayan bireylerin iş sahibi olanlara göre eğitim düzeylerinin düşük olması da stresle başa çıkma konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olamayabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma tarzlarının değiştiği görülmüştür. İlkokul mezunu hastalar en çok boyun eğici yaklaşım tarzını kullanmaktadır. 'Boyun eğici yaklaşım' bireyin sıkıntılı durumlara kaderci tutumla yaklaşması ve çözümü doğaüstü güçlerde beklemesini ifade eder. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların yüksek olması bireyin stresle etkisiz şekilde başa çıktığını göstermektedir. (33) Christensen ve arkadaşlarının işsiz yetişkin bireylerle yaptığı çalışmada (2006), eğitim düzeyi orta düzeyde olan bireylerin etkisiz başa çıkma tarzlarını daha az kullandığı saptanmıştır (108). Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bireylerin stresle başa çıkma konusunda bilgi sahibi olmasının stresle etkili şekilde başa çıkmayı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada sigara kullanan hastaların sigara kullanmayan hastalara göre daha fazla çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları görülmüştür. Hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullanması stresle etkisiz şekilde başa çıktığını göstermektedir (33). Kelleci ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada (2012), sigara kullanan öğrencilerin boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı saptanmıştır (109). Işıktaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2019) da sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayan bireylere göre çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullandığı görülmüştür (110). Bu bulgu stres ile baş etmede etkili yöntemler kullanamayan bireylerin yaşadıkları stresi azaltarak rahatlama sağlamak için sigara kullanımına yöneldiklerini düşündürmektedir.

Hastaların alkol kullanımına göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde; alkol kullanan bireylerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı, alkol kullanamayanlara göre daha fazla kullandıkları görülmüştür. Şenel'in yaptığı çalışmada (2013), alkol sorunu yaşayan bireylerin etkisiz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandığı saptanmıştır (111). Çapık ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada (2017), alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayan bireylere göre etkisiz baş etme tarzlarını daha fazla kullandığı saptanmıştır (112). Çaresiz yaklaşım stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (33). Stresi etkin şekilde yönetemeyen bireylerin bir başka etkisiz baş etme yöntemi olan alkol kullanımına yöneldiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde; ailesiyle birlikte yaşayan kişilerin daha çok kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı kullandıkları görülmüştür. Bireylerin kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları kullanması stresle etkili şekilde başa çıkabildiğini göstermektedir (33). Stres tamponlama hipotezine göre; sosyal destek de dahil olmak üzere belli faktörlerin stres ve olumsuz sonuçlar arasındaki ilişkiyi azaltabileceği öne sürülmektedir (113). Rafaelli ve arkadaşlarının ergen bireylerle yaptığı çalışmada (2012) aile desteğinin stresin olumsuz etkilerini azaltmada benzersiz bir etki gösterdiğini ortaya koymuştur (114). Bizim çalışma sonuçlarımız da bireyin sosyal destek sistemlerinin güçlü olmasının daha etkili baş etme yöntemlerinin kullanımını sağladığını göstermektedir. Güvenli bir aile ortamının karşılaşılan stresörlerle başa çıkmayı güçlendirebileceği düşünülmektedir.

Hastaların tanı gruplarına göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde madde kullanım bozukluğu tanı grubundaki bireylerin kendine güvenli yaklaşım puanlarının, diğer tanı gruplarının puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Karabulut ve Evren'in (2018) opiyat

bağımlılığı tanılı bireylerle intihar girişimi ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada; intihar girişimi bulunan bireylerin daha az etkili başa çıkma tarzları kullandığı, intihar girişimi olmayan bireylerin ise en fazla etkili başa çıkma tarzları kullandığı görülmüştür (10). Madde kullanımı etkisiz baş etme yöntemi olarak ele alındığında, madde kullanan bireylerin kendine güvenli yaklaşım puanlarının yüksek çıkması düşündürücüdür. Bu durum araştırmaya katılan madde bağımlılığı tanılı bireylerin iyileşme döneminde olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca "diğer" tanı grubundaki (anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, şizofreni, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz, anoreksiya nevroza, konversiyon bozukluğu) bireylerin ise en çok çaresiz yaklaşım tarzını kullandığı saptanmıştır. Alpat'ın (2017) konversiyon bozukluğu tanılı hastalarla yaptığı çalışmada; hastaların daha çok etkisiz (duygu odaklı) başa çıkma tarzlarını kullandığı görülmüştür (15). Wigman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise (2014) psikotik olmayan ruhsal bozukluğu olan ergen hastaların daha çok etkisiz başa çıkma tarzını kullandığı saptanmıştır (17). Troop ve arkadaşlarının yeme bozukluğu tanılı hastalarla yaptığı çalışmada (1998) hastaların stresle başa çıkmada etkisiz yöntemler kullandığı belirtilmiştir (18). Holubova ve arkadaşlarının (2015) şizofreni tanılı hastalarla yaptığı çalışmada; hastaların daha çok kaçınma, kaçma, kendini suçlama gibi etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandığı görülmüştür (115). Araştırma bulgumuz literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Çaresiz yaklaşım stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (33). Bu veriler çaresiz yaklaşımı yoğun olarak kullanmanın bireylerde kaygı bozukluğuna neden olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada hastaların iyileşme inançlarına göre stresle başa çıkma tarzlarının değiştiği görülmüştür. Hastaların iyileşmeye olan inancı arttıkça kendilerine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının da arttığı saptanmıştır. Literatürde konuyla ilgili araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak hastaların iyileşmeye inancını ve buna yönelik motivasyonlarını arttırmaya yönelik müdahalelerin, hastaların stresle başa çıkmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi memnuniyetlerine göre stresle başa çıkma tarzları değişmektedir. Hastaların tedavi memnuniyetleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının da arttığı görülmüştür. Ayrıca tedavi memnuniyetiyle çaresiz yaklaşım arasında negatif yönlü ilişkili olduğu görülmüştür. Tedavi memnuniyeti tedavi programına uyumun da bir göstergesidir. Bu açıdan ele alındığında bakım ve tedavi protokolüne uyan hastaların daha etkili başa çıkma yöntemlerini kullanmaya yöneldikleri düşünülmektedir. Diğer yandan

araştırma sonuçlarımız tedavi memnuniyetleri fazla olan bireylerin öz şefkat düzeylerinin de yüksek olduğunu bu nedenle de stresle etkili şekilde başa çıkabildiklerini de düşündürmektedir.

5.3. HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki tartışılmıştır. Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylerin öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı örneklem gruplarında yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların öz şefkat düzeyleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının ve sosyal destek arama yaklaşımlarının da arttığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının da azaldığı görülmüştür. Öz şefkat bireyleri stresli durumlara karşı destekleyerek, rahatlatmada yardımcı olur (55). Araştırma bulgularımıza dayanarak öz şefkatin bireylerin stresle etkili şekilde başa çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Allen ve Leary'nin yaptığı araştırmada (2010) da öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin stresle daha etkili şekilde başa çıkabildikleri görülmüştür (119). Gerke'nin yaptığı araştırmada da (2016) öz şefkat temelli müdahalelerin stresi azalttığı belirtilmiştir (120). Ewert ve arkadaşlarının öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları meta analiz çalışmasında (2021) öz şefkat düzeyiyle problem odaklı başa çıkma tarzlarının pozitif yönde ilişkili olduğu vurgulanmıştır (121). Literatürdeki araştırmaların da araştırma bulgularımızla uyumlu olduğu görülmektedir (119,120,121).

Ülkemizde ise farklı örneklemlerde benzer çalışmalar bulunmakta ancak konuyla ilgili ruhsal sorunları olan bireylerle yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle yaptığımız araştırmanın literatüre olumlu katkıları olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Ruhsal hastalığı olan bireylerin öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

1. 51 yaş ve üzerindeki hastaların öz şefkat alt boyutu olan, paylaşımların bilincinde olma durumlarının daha fazla olduğu görülmüştür.

2. Memur, serbest meslek ve işçi meslek grupları dışında olan 'Diğer' (emekli, işsiz, öğrenci, ev hanımı) mesleklere sahip hastaların stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşım tarzını daha fazla kullandıkları görülmüştür.

3. Araştırmada hastaların eğitim düzeyine göre paylaşımların bilincinde olma durumunun değiştiği görülmüştür. İlkokul mezunu olan hastaların paylaşımların bilincinde olma durumlarının ortanın üzerinde olduğu saptanmıştır. İlköğretim mezunu hastaların izolasyon durumunun diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve en çok boyun eğici yaklaşımı kullandığı saptanmıştır.

4. Sigara kullanan bireylerin genel olarak çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım tarzlarını kullandıkları görülmüştür.

5. Alkol kullanan hastaların öz şefkat düzeylerinin alkol kullanmayanlara göre daha düşük olduğu ve stresle başa çıkma tarzı olarak daha çok çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları görülmüştür. Ayrıca alkol kullanan hastaların alkol kullanmayan hastalara göre kendilerine daha az sevecen davrandıkları, paylaşımlarının bilincinde olma durumlarının daha az olduğu ve deneyimledikleri olumlu ve olumsuz durumların daha az farkında oldukları saptanmıştır.

6. Ailesiyle yaşayan hastaların öz şefkat düzeylerinin yalnız yaşayan ve arkadaşıyla yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu; daha çok kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı kullandıkları görülmüştür.

7. Madde kullanım bozukluğu tanı grubundaki hastaların daha çok kendine güvenli yaklaşım tarzını kullandığı ve öz şefkat düzeylerinin bipolar bozukluk ve diğer tanı grubundaki hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

8. Depresyon ve madde kullanım bozukluğu tanı grubundaki hastaların diğer tanı gruplarına göre kendini daha çok yargıladığı; kendisine, kendi duygu ve düşüncelerine karşı anlayışsız yaklaştığı görülmüştür. Diğer tanı grubundaki (anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, şizofreni, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz, anoreksiya nevroza, konversiyon bozukluğu) bireylerin ise en çok çaresiz yaklaşım tarzını kullandığı saptanmıştır.

9. Hastaların yaşamlarındaki stres yaratan durumlara yönelik ifadeleri incelendiğinde; hastaların %24,8'inin iş hayatındaki sorunlar; %22,1'inin de hastalık nedeniyle stres yaşadığı görülmüştür.

10. Araştırma kapsamına alınan hastaların stresle başa çıkma durumlarına yönelik ifadeleri incelendiğinde; %23'ü stresle başa çıkamadığını, %24,8'inin yapmayı sevdiği işleri yaptığı, %16,8'inin sigara, madde, ilaç vs. kullandığı %13,3'ünün ise dikkatini başka şeylere verdiği görülmüştür. Araştırma bulgularına bakıldığında hastaların stresle etkili şekilde başa çıkamadığı görülmektedir.

11. Hastaların iyileşmeye inancının arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının da arttığı görülmüştür.

12. Hastaların tedavi memnuniyetleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının da arttığı görülmüştür. Ayrıca tedavi memnuniyetiyle çaresiz yaklaşımın negatif yönlü ilişkili olduğu görülmüştür.

13. Araştırma kapsamına alınan hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu; iyileşme inancı ve tedavi memnuniyetleri arttıkça öz şefkat düzeylerinin de arttığı; stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları saptanmıştır.

14. Araştırma kapsamına alınan hastaların öz şefkat düzeyleri arttıkça çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının azaldığı, kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının ve sosyal destek arama yaklaşımlarının da arttığı görülmüştür. Bununla birlikte öz şefkat düzeyi yüksek olan bireylerin stresle etkili şekilde başa çıkabildiği görülmüştür.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmamız sonucu elde edilen veriler doğrultusunda öneriler aşağıda bulunmaktadır:

1. Ruh sağlığı bozulmuş bireylere bakım veren sağlık profesyonelleri, öz şefkat kavramı ve artırılmasına yönelik girişimler, stresle başa çıkma yöntemleri konusunda bilgilendirilerek farkındalıkları artırılmalıdır.

2. Ruhsal hastalığı olan bireylerin öz şefkat düzeyleri de ele alınarak, öz şefkati arttırmaya yönelik psikososyal müdahaleler ve eğitimler planlanmalıdır. Öz şefkat temelli müdahalelerin ve eğitimlerin planlanarak hastaların stresle etkili şekilde başa çıkması desteklenmelidir.

3. Hastaların aile/iş/sosyal hayatı ve hastalık sürecinde yaşadığı stres verici durumların nedenleri araştırılarak bunun giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

4. Hastaların stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler değerlendirilerek etkili başa çıkma yöntemleri konusunda eğitimler ve psikososyal müdahaleler planlanmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. World Health Organization (2008). Geneva report, The Global Burden of Disease, Retrieved December 26, 2019 from https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1

2. American Psyhiatric Association (APA) (2019). Definition of a mental illness. Retrieved December 25, 2019 from https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness**).**

3. T.C. Sağlık Bakanlığı (2007). 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, Erişim: 26 Aralık 2019, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/174

4. Black, D. W., Andreasen, N. C. (2011). Introductory textbook of pschiatry (5th ed.) Washington, DC: American Pschiatric Publishing. (Çam O, Yalçıner N, Ruhsal hastalık ve iyileşme, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2018;9(1): 55-60

5. Akçakaya R., Erden S., Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım, Turkish Family Physician, Yıl: 2014 Cilt: 5 Sayı: 2

6. Baltaş A., Baltaş Z. (2015). Stres ve Başa çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi

7. Slavich G., Life Stress and Health: A Review of Conceptual Issues and Recent Findings, Teach Psychol. 2016 October; 43(4): 346–355

8. Moritz S, Köther U, Hartman M, Lincoln T, (2015). Stress is a bad advisor. Stress primes poor decision making in deluded psychotic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 265: 461–469

9. Özarslan Z, Fıstıkçı N, Keyvan A, Uğurad ZI,Saygılı S, (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. Marmara Medical Journal, 26:130-5

10. Karabulut V, Evren C, (2018). Opioid sürdürüm tedavisindeki hastalarda intihar girişimi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri, 21:245-253

11. Folkman S., Lazarus R. S., Gruen, R.J., De Longis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50* (3), 571

12. Oflaz F., Yıldırım N., (2020). Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri

13. Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. (2005). COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği: Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *6*(4), 221-6

14. Demiroğlu F. (2018). Şizofreni ve bipolar tanısı almış hastaların baş etme tutumları ile bilişsel şema alanlarının psikiyatrik tanı almamış kişilerle karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü

15. Alpat B., (2017). Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığın ve başa çıkma tarzlarının etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji, Sosyal Bilimler Enstitüsü

16. Myers, L., Fleming, M., Lancman, M., Perrine, K. ve Lancman, M. (2013). Stress coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizures and how they relate to trauma symptoms, alexithymia, anger and mood. *Seizure*. *22*(8), 634-639

17. Wigman, J. T., Devlin, N., Kelleher, I., Murtagh, A., Harley, M., Kehoe, A., ... & Cannon, M. (2014). Psychotic symptoms, functioning and coping in adolescents with mental illness. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1-9.

18. Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *24*(2), 157-166)

19. Germer C. (2018). Öz Şefkatli Farkındalık, İstanbul, Diyojen Yayıncılık

20. Neff K (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self Identity, 2: 85-101

21. Korkmaz B., (2018). Öz Duyarlılık: Psikolojik Belirtiler ile İlişkisi ve Psikoterapide Kullanımı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 10(1): 40-58

22. Özyeşil Z., Akbağ M., (2013). Self-Compassion as a Protective Factor for Depression, Anxiety and Stress: A Research on Turkish Sample. The Online Journal of Counseling and Education, 2(2), 36-43

23. Kıcalı ÜÖ. (2015). Öz şefkat ve tekrarlayıcı düşünmenin olumsuz duygulanım ve depresyon ile ilişkilerinin incelenmesi. Yükseklisans Tezi, İstanbul, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

24. Bademli K., Çetin Z.Ç., (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(4):461-478

25. Townsend M.C., (2012). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence based practice. Philadelphia: FA Davis

26. Öztürk M.O., Uluşahin A. (2008). Ruh sağlığı ve bozuklukları, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara

27. Köroğlu E, (2015). Psikiyatri Sözlüğü, Hekimler Yayın Birliği, Ankara

28. Çelik, M., & Muhammet, T. E. P. E. (2021). Stres Ve Motivasyon İlişkisi: Kadın Sağlık Çalışanları Örneği. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, *6*(1), 43-61

29. Yanık E, Stres ve Stresle Mücadele Yöntemleri, (2019). Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.

30. Gürhan N., Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, (2016), Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara

31. Abrahams P., Beyin nasıl çalışır? Beynin işlevini ve kişiliğini anlamak, (2018). ODTÜ yayıncılık, Ankara

32. Moon, E., Chang, J. S., Choi, S., Ha, T. H., Cha, B., Cho, H. S., et al. (2014). Characteristics o fstress-coping behaviors in patients. PsychiatryResearch, 69-74.

33. Şahin, N. H., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 10(34), 56-73

34. Karataş Z., Çelikkaleli Ö., (2018). Beliren yetişkinlikte intihar olasılığı: Stresle baş etme, öfke ve cinsiyet açısından bir inceleme, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14(1):450-462

35. Dil. S., Girgin B.A., (2016). Hemşirelik öğrencilerinin öfke, umutsuzluk, stresle baş etme düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 7(3): 121-128

36. Ekinci M., Altun Ö.Ş., Can G., (2013). Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2): 67-74

37. Yılmaz M, Yaman Z, Erdoğan S, (2017). Öğrenci hemşirelerde stres yaratan durumlar ve baş etme yöntemleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2): 88-99

38. Elkin N, (2015). Gebelerin stresle baş etme tarzları ve bunları etkileyen faktörler, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(1): 953-961

39. Ayyıldız E., Gümüş A.B., (2019). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(4): 277-285

40. Nehir S., Güngör N., (2019). Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dergisi, 6(3): 174-180.

41. Yılmaz E.B., Ata E.E., (2017). Nörolojik hastalığı olan bireylerin balkım vericilerinin bakım veren yükü ile stresle başa çıkma biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 8(3): 145–149

42. Riza, F., Diayudha, L., Wijaya, A., Tannia, T., & Sudirga, R. S. (2021). Stress Management (How To Turn Stress Into Hıgh Productıvıty). *Jurnal Pengabdian dan Kewirausahaan*, *5*(1).

43. Gökçe F. S., (2004) Stres Yönetimi: Bedene Yönelik Teknikler, Türk Psikoloji Bülteni, Sayı 34-35, Eylül Aralık,128-156

44. Allen, R. J. (1983). Human stress: Its nature and control. New York: Macmillan ublishing Company

45. Holden, R. (1992). Stres Busters. London: Thorsons).

46. Simons, A. D., McGowan, C. R., Epstein, L. H., Kupfer, D. J. ve Robertson, R. J. (1985). Exercise as a treatment for depression: an update. Clinical Psychology Review, 5, 553-568

47. Walker, C. E. (1975). Learn to relax. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

48. Van Doornen , L. J. P., De Geus, E. J. C. & Orlebeke J. F. (1988). Aerobic fitness and the physiological stres response: A critical evaluation. Soc. Sci. Med., 3, (26), 303-307

49. Rice, P. L. (1999). Stres and health. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company

50. Barlow, J. Wright, C., Sheasby, J. Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review, Patient Education and Counselling, (48), 177-187

51. Onbaşıoğlu M, (2004), Stresle baş etmede zihinsel yöntemler, Türk Psikoloji Bülteni: 34-35, Eylül-Aralık

52. McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1981). Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention. New Harbinger pub., Oakland.

53. Bilaç Ö., Önder A., Kavurma C., Eslek A., Uzunoğlu G., Sapmaz Ş. Y., & Kandemir H. (2021). Madde Kullanan Ergenlerin Problem Çözme, Karar Verme Becerileri, Duygusal Tepkisellik Düzeyleri ve Anne Tutumlarının Değerlendirilmesi: Olgu-Kontrol Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi: 17-25

54. Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Robinson.

55. Deniz, M. E. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*, *177*, 110824.

56. Yılmaz, M. T. (2009). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayışları ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

57. Özyeşil, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

58. Sarıcaoğlu, H. (2011). Üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi olma düzeylerinin kişilik özellikleri ve öz-anlayış açısından incelenmesi. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.

59. Sarıcaoğlu, H. ve Arslan, C. (2019). "Bilinçli Öz-Anlayış Programının Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayışına Etkisi", Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(3): 2381-2399.

60. Deniz M.E., Arslan C., Özyeşil Z., İzmirli M., (2012). Öz-Anlayış, Yaşam Doyumu, Negatif ve Pozitif Duygu: Türk ve Diğer Ülke Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Karşılaştırma, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 23, Haziran 2012, 428-446

61. Oral T. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Affetme Düzeylerinin Öz-Anlayış, Kişilerarası Hataya İlişkin Ruminasyon ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi (Doktora Tezi), Konya

62. Akın, Ü., Akın, A., & Abacı, R. (2007). Öz-duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33, 1-10

63. Nacar E.H., (2018). Annelerin bağlanma stilleri ve stresle başa çıkma tarzları ile maternal bağlanmanın ilişkisi: öz duyarlılığın aracı rolü (Yükseklisans Tezi), Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Lefkoşa

64. Bayar Ö., Tuzgöl Dost M. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Öz-Şefkatin Yordayıcıları Olarak Bağlanma Tarzı ve Algılanan Sosyal Destek, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 33(3): 689-704

65. Vardar Z.S. (2019). Yetişkinlerde öz şefkat düzeyi ve kişilerarası bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yükseklisans Tezi), Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul

66. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., ve Peterson, C. (2005). Positive psychology progress, empirical validation of interventions. American Psychologist, 60 (5), 410-421

67. Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale. Behaviour Research And Therapy, 42(3), 293-313

68. Neff K.D., Rude S.S., Kirkpatrick K.L. (2007) An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. J Res Pers, 41:908-916

69. Kohki Arimitsu & Stefan G. Hofmann (2017). Effects of compassionate thinking on negative emotions, Cognition and Emotion, 31:1, 160-167

70. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical psychology review, 32(6), 545-552

71. Muris P., Petrocchi N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. Clin Psychol Psychother. Mar;24(2): 373-383

72. Neff K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity, 2: 223-250

73. Terry M.L., Leary M.R., Mehta S. (2013) Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. Self Identity, 12:278-290

74. Yamaguchi, A.., Kim, M. S., & Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. Personality and Individual Differences, 68, 65-70

75. Brophy, K., Brähler, E., Hinz, A., Schmidt, S., & Körner, A. (2020). The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders*, *260*, 45-52

76. Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, *25*(5), 543-558

77. Arch, J. J., Landy, L. N., Schneider, R. L., Koban, L., & Andrews-Hanna, J. R. (2018). Self-compassion induction enhances recovery from social stressors: comparing adults with social anxiety disorder and healthy controls. *Anxiety, Stress, & Coping*, *31*(5), 594-609

78. Døssing, M., Nilsson, K. K., Svejstrup, S. R., Sørensen, V. V., Straarup, K. N., & Hansen, T. B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, *60*, 53-58

79. Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, *183*, 78-81

80. Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*

81. Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(3), 300-329

82. Kelly, A. C., Waring, S. V., & Dupasquier, J. R. (2020). Most women with anorexia nervosa report less eating pathology on days when they are more self-compassionate than usual. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(1), 133-137

83. Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, *144*, 104470

84. Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, *17*, 117-131

85. Bluth, K., Roberson, P. N., Gaylord, S. A., Faurot, K. R., Grewen, K. M., Arzon, S., & Girdler, S. S. (2016). Does self-compassion protect adolescents from stress?. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(4), 1098-1109

86. Lloyd J., Muers J., Patterson T., Marczak M., (2018), Self-Compassion, Coping Strategies, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Dementia, Clinical Gerontologist.

87. TC. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeligi.html , Erişim Tarihi: 25.04.2021

88. Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., & Si,mon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2013*

89. Neff, K. D., Pisitsungkagarn K., Hseih, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285

90. Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J. ve Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35 (5): 1268–1282

91. Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. ve Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5): 1061–1072

92. DeVore, R. (2013). Analysis of Gender Differences in Self-Statements and Mood Disorders. McNair Scholars Research Journal, 9(1), 5–12

93. Novak D.L., Mather M. (2007). Aging and Variety Seeking. *Psychology and Aging*. 22:728–737

94. Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *9*(5), 480-491

95. Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, *3*(4), 308-317

96. Hood, C. O., Thomson Ross, L., & Wills, N. (2020). Family factors and depressive symptoms among college students: Understanding the role of self-compassion. *Journal of American college health*, *68*(7), 683-687

97. Andiç, S. (2013). Ergenlik Döneminde Zihni Meşgul Eden Konularla İlişkili Değişkenler: Bağlanma Tarzları, Öz-Şefkat ve Psikolojik Belirtiler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

98. Ahmet, A. K. I. N., KAYİŞ, A. R., & SATICI, S. A., (2011). Self-Compassıon And Socıal Support, 2 nd International Conference on New Trends in Education and Their Implications, http://iconte.org

99. Akın A (2010a). Self-compassion and loneliness. International Online Journal of Educational Sciences, 2:702-718

100. Fried, E. I., Epskamp, S., Nesse, R. M., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are'good'depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of affective disorders*, *189*, 314-320

101. Bibi, S., Masood, S., Ahmad, M., & Bukhari, S. (2017). Effect of self-compassion on the marital adjustment of Pakistani adults. Foundation University Journal of Psychology, 1(2), 52-66

102. Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour research and therapy*, *43*(12), 1673-1681

103. ARABACI, L. B., DAĞLI, D. A., & Gülsenay, T. A. Ş. (2018). Madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*, *19*(1), 10-16

104. Türkçapar H. Klinik Uygulamada Bilişsel Davranıþçı Terapi Depresyon, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009

105. **Y**ang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. Personality and Individual Differences, 98, 91-95

106. Azale, T., Fekadu, A., Medhin, G., & Hanlon, C. (2018). Coping strategies of women with postpartum depression symptoms in rural Ethiopia: a cross-sectional community study. *BMC psychiatry*, *18*(1), 1-13

107. Strober, L. B., & Arnett, P. A. (2016). Unemployment among women with multiple sclerosis: the role of coping and perceived stress and support in the workplace. *Psychology, health & medicine*, *21*(4), 496-504

108. Christensen U, Schmidt L, Kriegbaum M, Hougaard CØ, Holstein BE. (2006). Coping with unemployment: Does educational attainment make any difference? *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(4):363-370. doi:10.1080/14034940500489339

109. Kelleci, M., Gölbaşı, Z., İnal, S., & Kavakcı, Ö. (2012). Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları: Cinsiyetin etkisi. Cumhuriyet Medical Journal (CMJ), 34(1), 9-16

110. Işıktaş, S., Karafistan, M., Dilan, A. Y. A. Z., & Yılmaz, A. S. (2019). Sigara içen ve içmeyen bireylerin stresle başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılması. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 1(2), 102-107

111. Bilim Şenel, G. (2013). Alkol sorunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin suçluluk utanç duyguları, stresle başa çıkma tarzları ve iç-dış kontrol odağı açısından karşılaştırılması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

112. Çapık, C., Durmaz, H., & Öztürk, M. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çikma tarzlari ve etkileyen etmenler: Lefkoşe örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(3), 208-216

113. Cohen, W., Wills, T. A. (1985). Stres, social support, and the buffering hypothesis. Pscyhological Bullletin , 98,310-357

114. Raffaelli, M., Andrade, F. C., Wiley, A. R., Sanchez-Armass, O., Edwards, L. L., & Aradillas-Garcia, C. (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *Journal of Research on Adolescence*, *23*(2), 283-289

115. Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., & Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *11*, 3041

116. Hosang G.M., Korszun A., Jones L., Jones I., McGuffin P., Farmer A.E. (2012). Life-event specificity: Bipolar disorder compared with unipolar depression. Br. J. Psychiatry,201: 458– 465

117. R.C. Kessler, E.E. Walters, M.S. Forthofer The social consequences of psychiatric disorders: III. Probability of marital stability American Journal of Psychiatry, 155 (1998), pp. 1092-1096

118. J.F. Goldberg, M. Harrow, L. (1995). Grossman Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study American Journal of Psychiatry, 152, pp. 379

119. Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. Social and personality psychology compass, 4(2), 107-118

120. Gerke, Y. K. (2016). Promoting Self-Compassion: A Self-Help Compassion Training and its Effect on Stress-A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of a Compassion Based Intervention and a Mediation Analysis of Self-Compassion (Master's thesis, University of Twente)

121. Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. Mindfulness, 1-15

8. EKLER

EK 1: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI

EK 2: ANKARA ÜNİVERSİTESİ CEBECİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ İZİN YAZISI

EK 3: GAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI

EK 4: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

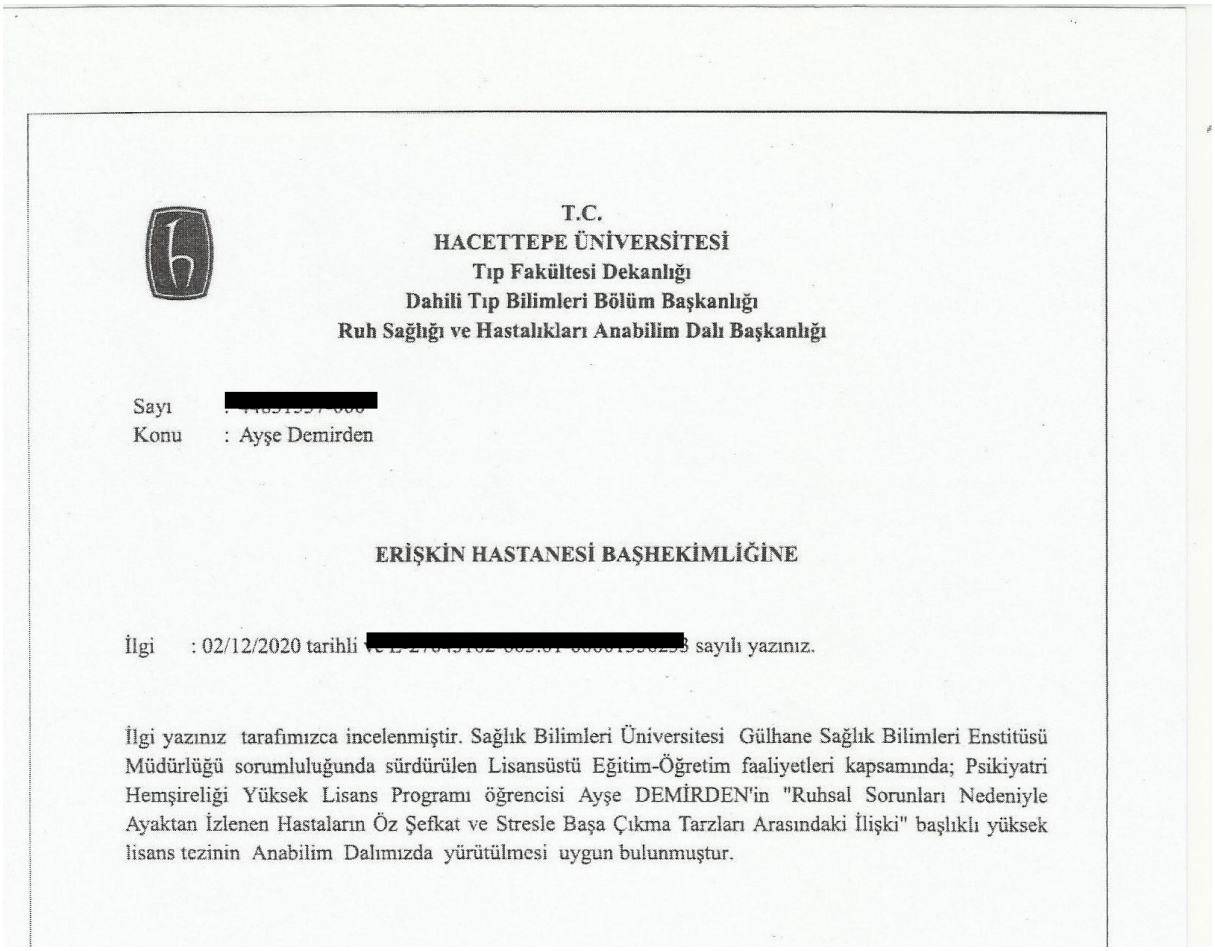
EK 5: RUHSAL SORUNLARI NEDENİYLE AYAKTAN İZLENEN HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ADLI ÇALIŞMANIN YAZILI ONAM FORMU

EK 6: HASTA VERİ FORMU

EK 7: ÖZ ŞEFKAT ÖLÇEĞİ

EK 8: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

EK 1: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

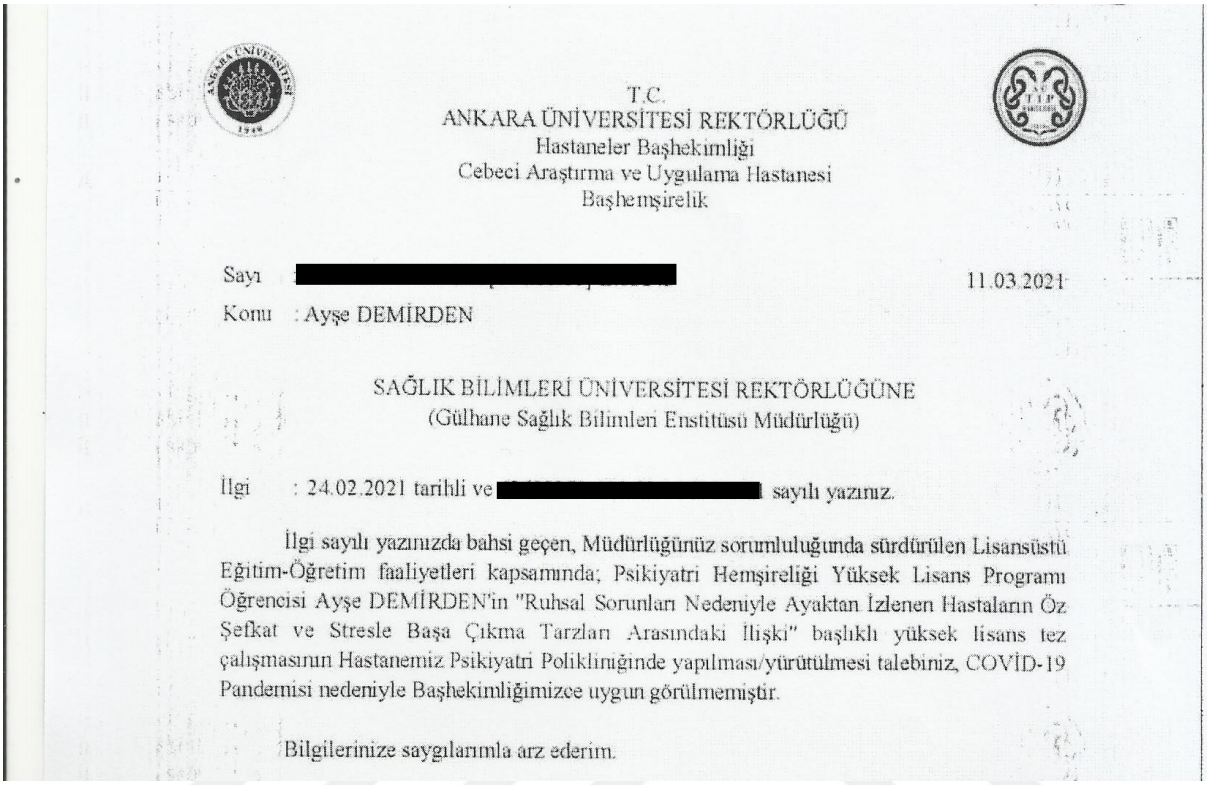
Sayı : [redacted]
Konu : Ayşe Demirden

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 02/12/2020 tarihli [redacted] sayılı yazınız.

İlgi yazınız tarafımızca incelenmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü sorumluluğunda sürdürülen Lisansüstü Eğitim-Öğretim faaliyetleri kapsamında; Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe DEMİRDEN'in "Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Öz Şefkat ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tezinin Anabilim Dalımızda yürütülmesi uygun bulunmuştur.

EK 2: ANKARA ÜNİVERSİTESİ CEBECİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhemşirelik

Sayı [redacted] 11.03.2021

Konu : Ayşe DEMİRDEN

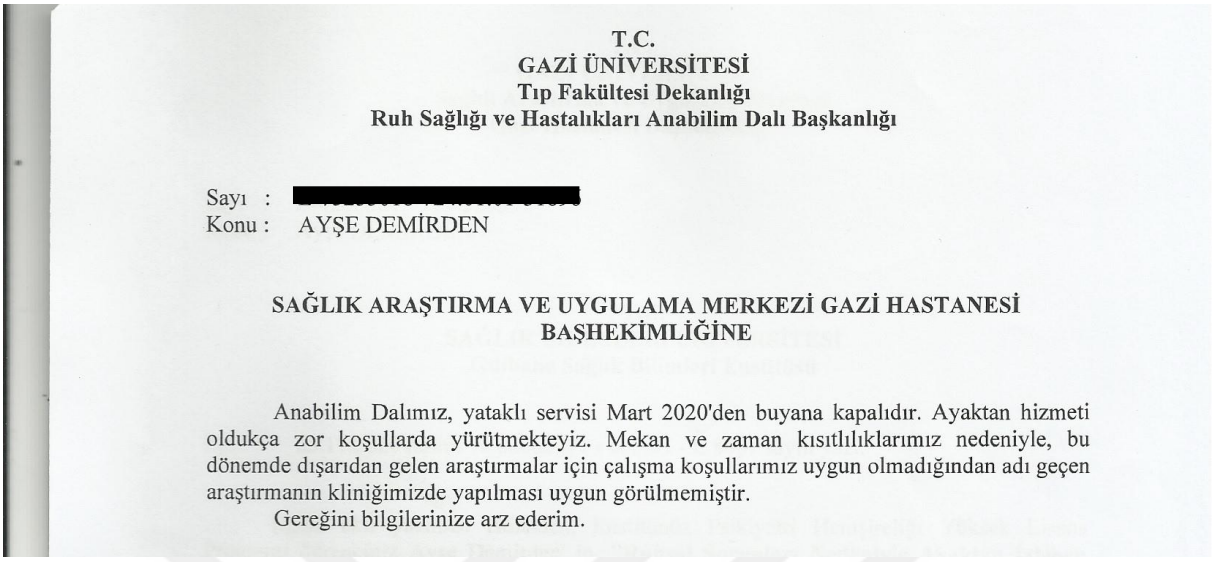
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 24.02.2021 tarihli ve [redacted] sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen, Müdürlüğünüz sorumluluğunda sürdürülen Lisansüstü Eğitim-Öğretim faaliyetleri kapsamında; Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ayşe DEMİRDEN'in "Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Öz Şefkat ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının Hastanemiz Psikiyatri Polikliniğinde yapılması/yürütülmesi talebiniz, COVİD-19 Pandemisi nedeniyle Başhekimliğimizce uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

EK 3: GAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

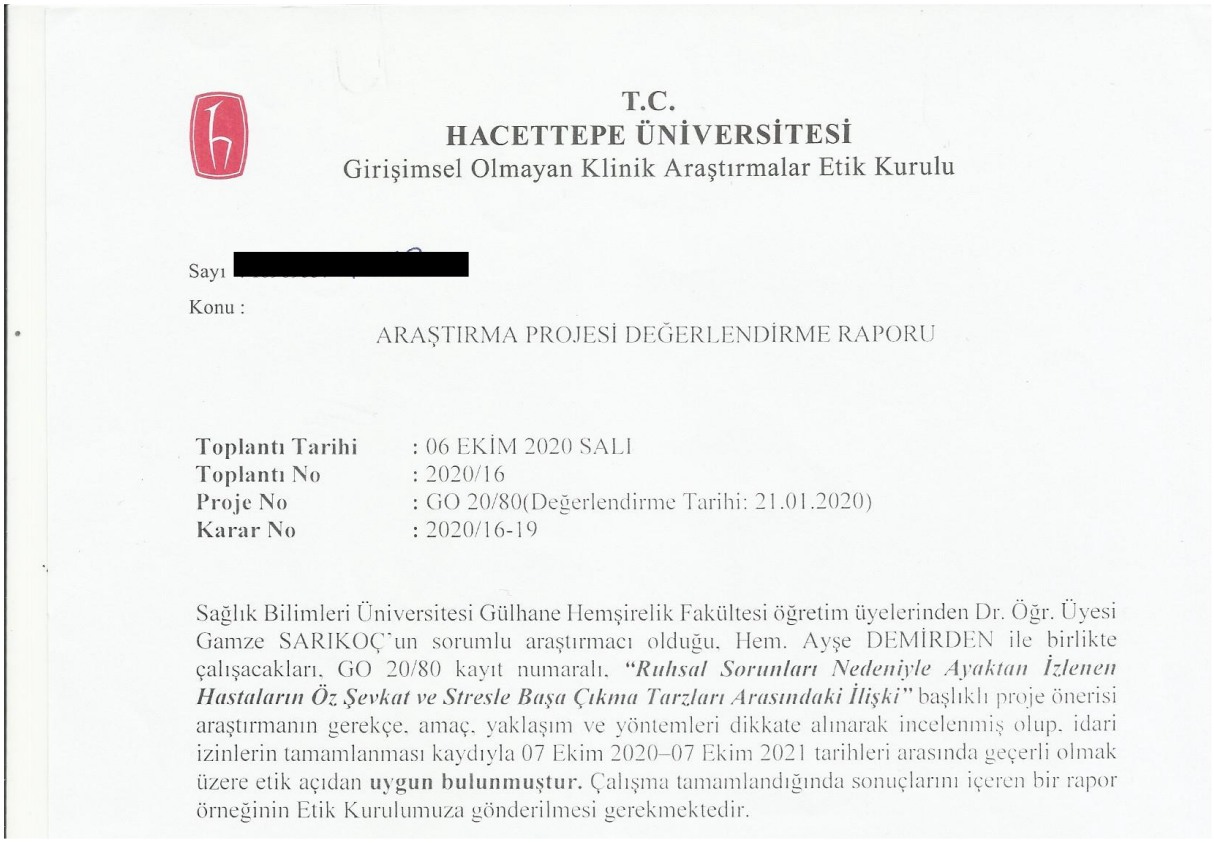
Sayı : [redacted]
Konu : AYŞE DEMİRDEN

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Anabilim Dalımız, yataklı servisi Mart 2020'den buyana kapalıdır. Ayaktan hizmeti oldukça zor koşullarda yürütmekteyiz. Mekan ve zaman kısıtlılıklarımız nedeniyle, bu dönemde dışarıdan gelen araştırmalar için çalışma koşullarımız uygun olmadığından adı geçen araştırmanın kliniğimizde yapılması uygun görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

EK 4: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı [redacted]

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 06 EKİM 2020 SALI
Toplantı No : 2020/16
Proje No : GO 20/80(Değerlendirme Tarihi: 21.01.2020)
Karar No : 2020/16-19

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ'un sorumlu araştırmacı olduğu, Hem. Ayşe DEMİRDEN ile birlikte çalışacakları, GO 20/80 kayıt numaralı, ***"Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Öz Şevkat ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki"*** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 07 Ekim 2020–07 Ekim 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur.** Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

EK 5: RUHSAL SORUNLARI NEDENİYLE AYAKTAN İZLENEN HASTALARIN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ADLI ÇALIŞMANIN YAZILI ONAM FORMU

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili katılımcı,

'**Ruhsal Hastalığı Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Öz Şefkat Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki**' başlıklı bu araştırma ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeylerini ve stresle baş etme tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla stresle baş etme konusunda öz şefkati içeren etkili baş etme yaklaşımları geliştirilerek planlamalar yapılabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 73 soruluk, 5 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Lütfen hiçbir soruyu ve sayfayı boş bırakmayınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Araştırma Ekibi:

Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ
Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
E-posta: [redacted]

Hem. Ayşe DEMİRDEN
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi
Psikiyatri Kliniği
E-posta: [redacted]

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum.

SONRAKİ SAYFAYA GEÇİNİZ

EK 6: HASTA VERİ FORMU

HASTA VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: **a)** Kadın **b)** Erkek

2. Doğum Tarihiniz:

3. Evlilik Durumunuz: **a)** Evli **b)** Bekar

4. Mesleğiniz: **a)** İşçi **b)** Memur **c)** Ev Hanımı **d)** Serbest Meslek **e)** Öğrenci **f)** İşsiz **e)** Malulen Emekli

5. Eğitim düzeyiniz: **a)** Okuryazar **b)** İlköğretim **c)** Ortaöğrenim **d)** Yükseköğrenim

6. Gelir Durumunuz:

a) Gelir giderlerimi karşılamıyor

b) Gelir giderlerimi karşılıyor

c) Gelir giderlerinden fazla

7. Sigara ve alkol kullanıyor musunuz?

a) Sigara Evet: Hayır: Sıklığı (Evetse):

b) Alkol Evet: Hayır: Sıklığı (Evetse):

8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

9. Hayatınızda stres yaratan durumlar nelerdir?

10. Genel olarak stres yaratan durumlar ve olaylarla nasıl baş edersiniz?

11. Hayatınızda hiç travmatik bir olay yaşadınız mı? (sevilen birinin kaybı, doğal afetler, kazalar, hastalık, tecavüz vb.) **a)** Evet **b)** Hayır

12. Aldığınız psikiyatrik tanı:

13. İyileşmeye olan inancınızı değerlendiriniz. (0 ile 10 puan arasında değerlendiriniz.)

0 _____ 10

14. Tedavinizden memnuniyetinizi değerlendiriniz. (0 ile 10 puan arasında değerlendiriniz.)

0 _____ 10

EK 7: ÖZ ŞEFKAT ÖLÇEĞİ

ÖZ-DUYARLIK (ÖZ ŞEFKAT) ÖLÇEĞİ

Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı **(X)** işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Hiç bir zaman (2) Nadiren (3) Sık sık (4) Genellikle ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.	1	2	3	4	5
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.	1	2	3	4	5
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.	1	2	3	4	5
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.	1	2	3	4	5
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.	1	2	3	4	5
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.	1	2	3	4	5
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.	1	2	3	4	5
12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.	1	2	3	4	5
14	Kendimi kötü hissettiğimde duygularıma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.	1	2	3	4	5
16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.	1	2	3	4	5
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.	1	2	3	4	5

18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.	1	2	3	4	5
21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.	1	2	3	4	5
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.	1	2	3	4	5
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.	1	2	3	4	5

EK 8: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
Bir sıkıntım olduğunda…..	**%0**	**%30**	**%70**	**%100**
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )

SONRAKİ SAYFYA GEÇİNİZ

Bir sıkıntım olduğunda…	%0	%30	%70	%100
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	( )	( )	( )	( )
25- "keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	( )	( )	( )	( )
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28-"Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

ÖZGEÇMİŞ

AYŞE DEMİRDEN

EĞİTİM

Diploma | VERİLİŞ TARİHİ | Okul

100. Yıl İÖO, 2002-2010, Sincan\ANKARA,

Şehit Aytekin Kuru Anadolu Lisesi, 2010-2014

Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi (GATA), Hemşirelik, 2014-2018

Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans 2018- devam ediyor

KATILDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER

SEMİNERLER

‘Ruh Sağlığı, Değişim ve Psikanaliz’, Semineri, ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2019

‘Sosyal Fobilere Yönelik Sanal Gerçeklikle Maruz Bırakma Terapisi Sistemi’ Semineri, ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2019

‘Bireysel Gelişim Günleri’, ODTÜ Verimlilik Topluluğu, 2018

‘İletişim ve Şifreleme’, Semineri, ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2018

‘Bir Araştırmayı Yazma ve Soru Sorma Sanatı’, Semineri, ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2018

‘Bir Ben Vardır Benden İçeri’, Semineri, ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2018

‘En Son Kim Size Değişmeniz Gerektiğini Söyledi?’, Semineri, ODTÜ Sürekli Eğitim Merkezi, 2018

KURSLAR

‘Hemşireler İçin Enteral ve Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar Kursu’, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, 2018

‘İletişim: Benden Ötekine Yolculuk’, Kursu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, 2018

‘Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik Uygulamaları Eğitimi’, T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, 2018

‘Ebru Kursu’, Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü, 2016,2018

‘Bilgisayar Kullanımı’, Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü, 2011

ÇALIŞTAYLAR

‘Göç ve Ruh Sağlığı Araştırmaları Eğitim Çalıştayı’, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Stres Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2020

‘Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hizmetlerinde Hemşirelik Uygulamalarının Güçlendirilmesi Çalıştayı’, Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 2020

KONGRELER

‘Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi’, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2017

SEMPOZYUMLAR

III. Hacettepe Ruh Sağlığı Sempozyumu’, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Topluluğu, 2019

‘Carcinos Nöroloji Sempozyumu’, Gazi Üniversitesi Tıp Öğrencileri Birliği, 2018

‘Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu’, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2019

‘Bakırköy Psikiyatri Hemşireliği Sempozyumu’, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2019

‘Madde Bağımlılığını Önleme, Yeni Tedavi Yaklaşımları ve Rehabilitasyon: Genel Bakış 1. Ulusal Online Sempozyum’ Lokman Hekim Üniversitesi, 2021

ÜYE OLDUĞU BİLİMSEL KURULUŞLAR

Psikiyatri Hemşireleri Derneği üyesi

İŞ DENEYİMLERİ

Hemşire| Ankara Memorial Hastanesi | 23.07.2018-09.10.2018

Hematoloji Kat Servis Hemşiresi

Hemşire | Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi | 26.12.2018- devam ediyor

Psikiyatri Servisi Kat Servisi Hemşiresi