



**T.C.  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA VERİLEN  
STRESLE BAŞETME EĞİTİMİNİN STRES BELİRTİLERİ,  
ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME  
TARZLARINA ETKİSİ**

**AYŞE GÜLEZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SİVAS-2019**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA VERİLEN  
STRESLE BAŞETME EĞİTİMİNİN STRES BELİRTİLERİ,  
ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME  
TARZLARINA ETKİSİ**

**AYŞE GÜLEZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. MERAL KELLEÇİ**

**SİVAS-2019**

**“Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Stresle Başetme Eğitiminin Stres Belirtileri, Algılanan Stres Düzeyi Ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Havva TEL

Üye

Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

Üye

Doç. Dr. Figen İNCİ

ONAY

Bu tez çalışması, ..... Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimiyle yolumu aydınlatan, tüm tez çalışmam boyunca sabrını benden esirgeyemeyen, beni her zaman motive eden ve yeniden cesaretlendiren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Meral KELLEÇİ' ye,

Tezimin istatistiksel analizinde danışmanlık aldığım, bilgi ve yardımlarını esirgemeyen öğretim görevlisi Ecem DEMİR'e

Berber yol aldığım ve her adımda yeniden cesaretlendiren Eşim Emre GÜLEZ'e

Hayatımın her aşamasında maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen, varlıklarını hayatımın her anında yanında hissettiğim ANNEM, BABAM ve KARDEŞLERİME ve ARKADAŞLARIMA,

Tez çalışmamın uygulama sürecinde beni her zaman destekleyen ve motivasyonumu artıran CÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesinde birlikte yol aldığım psikiyatri servis hemşireleri ve diğer ekip arkadaşlarıma,

Tezimin çalışmasına katkı sağlayan tüm hastalarımın çok teşekkür ederim.

## ÖZET

### **BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA VERİLEN STRESLE BAŞETME EĞİTİMİNİN STRES BELİRTİLERİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE STRESLE BAŞ ETME TARZLARINA ETKİSİ**

Ayşe GÜLEZ

Yüksek Lisans Tezi

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019, 105 sayfa

Bu araştırma, bipolar bozukluk tanısı ile psikiyatri kliniğinde yatan hastalara verilen stresle baş etme eğitiminin stres belirtileri, başa çıkma tutumları ve algılanan stres düzeyi etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma ön test – son test, kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen 60 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Stres Belirtileri Ölçeği (SBÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ile toplandı. Deney grubuna üç oturumdan oluşan Stresle Baş etme Eğitim programı uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde için student t testi, Varyans analizi ve ki kare testi kullanıldı.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre deney grubundaki bireylerin SBÖ toplam puan ortalaması eğitim öncesi  $57,62 \pm 13,77$  iken uygulama sonrası SBÖ puan ortalaması  $37,14 \pm 5,91$ 'dir ( $p < 0,05$ ). COPE puan ortalaması uygulama öncesi  $144,30 \pm 19,73$ , uygulama sonrasında  $193,17 \pm 15,27$  olup, puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). ASÖ toplam puan ortalaması uygulama öncesi  $43,23 \pm 10,12$  uygulama sonrası  $7,50 \pm 5,19$  olarak belirlenen deney grubunun öntest-sontest puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubundaki bireylerin SBÖ, COPE ve ASÖ öntest ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Deney ve kontrol grubu SBÖ, COPE ve ASÖ puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ). Çalışmanın

sonucunda bipolar hastalara uygulanan stresle başetme programının etkili olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar bozukluk, stresle başetme eğitimi, stres belirtileri, başetme tarzları, algılanan stres



## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF STRESS COPING TRAINING GIVEN TO PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER ON THEIR STRESS SYMPTOMS, PERCEIVED STRESS LEVEL, AND COPING STYLES**

Ayşe GÜLEZ

Master's Thesis

Department of Psychiatry

Advisor: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019, 105 pages

This study was conducted to determine the effect of stress coping training given to patients hospitalized in a psychiatric clinic with the diagnosis of bipolar disorder on their stress symptoms, stress coping styles and perceived stress levels.

This study was an experimental pretest-posttest control group design. The sample of the study consisted of 60 patients with bipolar disorder who were followed at the Psychiatry Clinic of Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital. Data were collected using Personal Information Form, the Stress-Symptom Scale (SSS), COPE Inventory, and Perceived Stress Scale (PSS). Stress Coping Training program consisting of three sessions was applied to the experimental group. Student t test, variance analysis and chi-square test were used for the evaluation of the data.

According to the findings obtained from the study, the mean SSS total score of the individuals in the experimental group was  $57.62 \pm 13.77$  before the application, while the mean SSS score of the experimental group after the application was  $37.14 \pm 5.91$  ( $p < 0.05$ ). The mean COPE score was  $144.30 \pm 19.73$  before the application,  $193.17 \pm 15.27$  after the application and the difference between the scores was statistically significant ( $p < 0.05$ ). The mean PSS total score was  $43.23 \pm 10.12$  before the application,  $7.50 \pm 5.19$  after the application and the difference between the pretest-posttest mean scores of experimental group was significant ( $p < 0.05$ ). It was determined that there was no significant difference between the SSS, COPE and PSS pretest-posttest mean scores of the individuals in the control group ( $p > 0.05$ ). When the experimental and control groups were compared in terms of SSS, COPE and PSS



mean scores, the difference between the groups was found to be significant ( $p < 0.05$ ). At the end of the study, it was observed that the stress coping program applied to bipolar patients was effective.

**Key Words:** Bipolar disorder, stress coping training, stress symptoms, coping styles, perceived stress



# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR/SİMGELER</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>9</b>
2.1. Bipolar Bozukluk .....	9
2.1.1. Tanımı.....	9
2.1.2. Etiyolojik Nedenleri.....	10
2.1.3. Görülme Sıklığı .....	15
2.2. Stres Kavramı .....	16
2.3. Bipolar Bozuklukta Stres Etiyolojisi.....	18
2.4. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Hemşirelik Bakımı .....	23
2.5. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim .....	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın türü .....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	28
3.5. Verilerin Toplanma Araçları .....	28
3.6. Stresle Baş Etme Eğitimi Kapsam ve İçeriği (Ek-5).....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu .....	33
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>34</b>

<b>Tablo 1. Bireylerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı.....</b>	<b>34</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>53</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>58</b>
6.1. Sonuçlar.....	58
6.2. Öneriler.....	59
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>70</b>
Ek.1. Hasta Bilgi Formu.....	70
Ek 2. Stres Belirtileri Ölçeği .....	71
Ek 3. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği: Cope.....	72
Ek 4. Algılanan Stres Ölçeği .....	74
Ek 5. Stres Yönetim Programı.....	75
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	85
Ek 7. İzin Formları .....	89
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>96</b>

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1.</b> Bireylerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı .....	34
<b>Tablo 2.</b> Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 3.</b> Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	36
<b>Tablo 4.</b> Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 5.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Cinsiyet Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
<b>Tablo 6.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	40
<b>Tablo 7.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama dağılımı.....	41
<b>Tablo 8.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri ortalama dağılımı .....	42
<b>Tablo 9.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Aile Tipine Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama Dağılımı.....	43
<b>Tablo 10.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Cinsiyete Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
<b>Tablo 11.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	45
<b>Tablo 12.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	46
<b>Tablo 13.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	47
<b>Tablo14.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Aile Tipine Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
<b>Tablo 15.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Cinsiyet Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Dağılımı.....	49

<b>Tablo 16.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Dağılımı.....	50
<b>Tablo 17.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan ortalamalarının dağılımı .....	50
<b>Tablo 18.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri ortalama Sonucu .....	51
<b>Tablo 19.</b> Deney Grubundaki Bireylerin Aile Tipine Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama Sonucu.....	52



## KISALTMALAR/SİMGELER

<b>ASÖ</b>	Algılanan Stres Ölçeği
<b>COPE</b>	Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
<b>SBÖ</b>	Stres Belirtileri Ölçeği
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>DSM V</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar bozukluk depresif, manik ya da karma veya eşik altı belirti ya da belirtisiz ara dönemlerle tanımlanan, alevlenmeler sırasında hastalarda ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen süreğen bir hastalıktır (Öztürk & Uluşahin, 2008; Sadock & Sadock, 2007). Bipolar bozukluğun iki türü bulunmaktadır. Bipolar I bozuklukta, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun etkisi olmaksızın kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli duygudurumun ve artışın olduğu bir dönemin en az bir hafta süreyle günün büyük bir bölümünde sürmesi, bipolar II bozukluk ise, hiçbir zaman manik bir atak olmaksızın en az bir hipomani dönemi ve en az bir majör depresyon dönemi tanı kriterlerini karşılamış olmak şeklinde tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2014; Karamustafaloğlu, 2018).

En yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan bipolar bozukluk Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ruhsal hastalıklar sıralamasında 3. sırada görülmektedir (WHO, 2017). Bipolar bozuklukta yaşam boyu yaygınlık tüm bipolar bozukluk tipleri göz önüne alındığında %2-4 arasındadır. Bipolar bozuklukta yaşam boyu sıklığı her iki cinste yaklaşık eşittir ve %0,9 - %1,7 arasındadır (Köroğlu, 2014). Bipolar bozukluk, sosyal, bilişsel ve mesleki etki alanlarında belirgin bir bozulmaya neden olur. Her ne kadar bipolar bozukluk gelişmesinde yüksek derecede kalıtsal yatkınlık olsada olumsuz yaşam stresleri gibi çevresel etkiler de duygudurum semptomlarının gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Berghost, et al., 2016).

Bipolar bozukluğun tedavi stratejileri arasında antidepresan, antipsikotik ve duygudurum dengeleyici ilaçların kullanıldığı farmakolojik tedavi ve psikososyal müdahaleler önemli yer tutar (Karamustafaloğlu, 2018; Stahl, 2010; Lex et al., 2017). Bipolar bozuklukta tedavi; bulguların kontrolü, tekrarların azalması, bilişsel işlevlerin devamlılığı, yaşam kalitesinin artmasında birçok hasta için önemli bir yoldur (Gültekin ve ark., 2014; Bahar ve ark., 2015; Lam & Wong, 2005)

Bipolar bozukluk, evlilikle ilgili sorunlar, ekonomik güçlükler ve madde kullanımı ile birlikte intihar riski ve düzensiz çalışma öyküsü gibi geniş psikolojik

sosyal bozulmalara neden olabilmektedir (Bender et al.,2010; Chan & Tse, 2018). Bipolar bozukluk bir kişinin yaşam kalitesi üzerinde büyük bir olumsuz etki yapabilir, bu da sıklıkla ilişkilerin kopması, aile hayatının bozulması, istihdamın devam ettirilememesi ve kişisel umutsuzluğun ortaya çıkmasına neden olur (Murray, et al., 2017; Ünal, 2003; Miklowitz & Johnson, 2009). Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ise özkıyım önemli bir risk faktörüdür (Paans et al., 2018; Zengin Eroğlu ve ark, 2013). Bipolar bozukluğu olan bireylerde psikososyal sorunlar diğer hastalık gruplarına göre daha fazla ön planda olduğundan bu sorunların çözümünde psikoterapötik yaklaşımlar oldukça önemlidir (Koç, 2016; Johnson, 2005; Sayar Hızlı ve ark.,2014; Acar & Buldukoğlu, 2014). Dünya Sağlık Örgütü Bipolar bozukluğu dünyadaki en ciddi yıkıcı nöropsikiyatrik yüklerden biri olarak görmektedir (Mckenzie & Chang, 2015).

Depresyon ve mani döneminde duygu ve düşüncedeki meydana gelen değişimler psikososyal işlev üzerinde oldukça etkilidir (Dodd et al.,2019; Chan & Tse, 2018; Casement et al.,2018). Duygular aşırı neşelilikten kaygı ve huzursuzluğa (irritability) veya sıkıntılı duyguduruma (dysphoria) doğru değişmektedir. Stresin artması duygusal dalgalanmaların daha da şiddetlenmesine neden olur, umutsuzluk, anksiyete ve öfkeye dönüşür (Maçkalı ve ark,2014; Corry et al., 2017).

Duygulanım ile stres ilişkisi uzun yıllardır bilinmektedir. Çevresel olaylar depresif atakların muhtemel tetikleyicisi olarak görülür. Depresyon ataklarından önce birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, ayrıca kronik stresin ve stresli yaşam olaylarının depresyona neden olduğu bilinmektedir (Engel-Yeger, et al., 2016; Knowles et al.,2005). Manik atak oluşumunda stres etkenleri rol oynamaktadır ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yineleme, 4.5 kat daha fazladır (Kılıç & Eşel, 2002; Işık, 2013). Bipolar bozukluğu olan hastalarda olumsuz yaşam olayları ile beraber gelen stres özellikle majör depresif, karma depresif ya da disforik manik dönem için yakın zamanlı stresli yaşam olaylarının da intihar için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Nieto et al.,2019; Bender et al.,2010; Berghost, et al., 2016; Maiera, 2012)

Başa çıkmaları yeterli olmayan insanların stresli şartlardan etkilenmeleri çok fazla olur (Schouws et al.,2015; Warwick et al., 2019). Bazı durumlar da başa çıkma



yöntemleri etkili olmayabilir. Bu başa çıkma becerilerinin en önemli iki örneği problemi çözme yeteneği ile sosyal ilişkiler kurma yetenekleridir (Uğur, 2005). Stres yeterli sorun çözme stratejileri edinimi ve kolaylaşmasını önleyen tarzda ve yoğunlukta ve erken yaşlarda yaşanırsa normal gelişmeyi bozabilir ve sonuç olarak çeşitli zihinsel ve bedensel hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Kılıç & Eşel, 2002). Bireyin kişilik özelliklerinin strese yatkın olması, yetenek düzeyinin azlığı, karşılaştığı yaşam olayları (hastalıklar, eş kaybı, boşanma, emeklilik, taşınma, maddi durum değişiklikleri gibi) ve zor hayat şartları stres nedeni olabilir (Maiera, 2012; Kim et al.,2007; Moon, et al., 2014)

Goodwin ve Jamison (2007) biyolojik yatkınlık ile stres yaratan yaşam olayları, sosyal ritimde bozulmalar ve ilaca uyumsuzluk gibi psikososyal etkenlerin birbirleriyle etkileşerek, bipolar bozuklukta yinelemelere neden olduklarını bildirmektedirler (Goodwin & Jaminson, 2007). Ayrıca hastalığın başlangıcındaki ataklar genellikle psikososyal stresörler tarafından tetiklendiği, psikoterapötik müdahalelerin yaşam stresörlerinin etkisini azaltarak, uyumlu başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesi açısından önemli olduğunu da belirtilmiştir (Maçkalı ve ark., 2014). Stres, bipolar bozukluk ve majör depresyon ile yakından ilgili olabilir ve bipolar bozukluğun seyrinde olumsuz etkilere neden olabilir (Brietzke et al.,2012). Sosyal ritim bozulması ile stresli yaşam olayları, bipolar bozuklukta manik atak ile ilişkilendirilmiştir (Pavlickova, et al., 2013). Negatif yaşam olayları, depresif belirtilerin arttığını öngörmüştür. Olumsuz yaşam olaylarına sahip hastalar, şiddetli yaşam olayı bulunmayan hastalardan daha sonra iyileşmiştir (Kim et al., 2007).

Bipolar bozuklukta stresli yaşam olayları ile relaps riski arasında belirgin bir ilişki vardır (Shapero et al., 2017). Bu nedenle, stres, bipolar bozuklukların başlamasını tetikleyebilir ve duygudurum bozukluklarının nüksetme riskini artırır (Moon, et al., 2014). Kişinin başından geçen bir olaya dair olumlu bir anlam çıkarması, hayata daha olumlu bir çerçeveden bakmasına ve başa çıkma potansiyelinin gelişmesine yardımcı olabilir (Oliveria et al., 2010) Bu da işlevselliğinin olumlu yönde değişmesine yol açabilir (Maçkalı,2014). Bipolar bozuklukta stres yönetimi hastalar üzerinde önemli bir role sahiptir (Faurholt et al.,2019). Bipolar depresyondaki stres, manik ya da depresif bir dönemin gelişim ihtimalini arttıracak ciddi bir risk faktörüdür (Nitzburg, et al., 2016). Bu nedenle,

farmakolojik tedaviye ek psikoterapi uygulanmalıdır (Blixen et al.,2016; Maiera, 2012; Shapero et al., 2017; Wilson et al.,2016).

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan eğitimler hasta ve aileye hastane dışında da yardımcı olmayı hedefleyerek hastanın yaşadıkları sorunlar karşısında başa çıkma becerilerinin öğretilmesi ve uygulayabilmelerini amaçlamıştır (Alataş et al.,2007). Başa çıkma, bireylerin stresli olarak değerlendirilen durumların iç ve dış taleplerini yönetmek için kullandıkları düşünce ve davranışlar olarak tanımlanabilir (Uğur, 2005; Videbeck & Schultz, 2013; Townsend, 2014; Halter, 2014). Stres için baş etme, stresli yaşam olaylarıyla başlatılan psikolojik sıkıntıyı ve fizyolojik reaksiyonları azaltmak için bilişsel ve davranışsal stratejileri kullanma becerisi anlamına gelir (Kılıç & Eşel, 2002; Balcıoğlu, 2005; Baltaş & Baltaş, 2015). Stres ile başa çıkma sistemi ve ruhsal rahatsızlıklar arasında bir bağlantı kurulmakta ve stresle başa çıkma ifadesi araştırma yapanların ilgisini büyük ölçüde çekmektedir (Lazarus, 1993). Aynı anda kişilerin stres yaşantıları ile mücadele ederken kullanmakta oldukları dinamik başa çıkma yaklaşımlarının ruh sağlığı üzerinde pozitif etkiler yarattığının vurgusunu yapan pek çok araştırma vurgulanmıştır (Stuart, 2014; Videbeck & Schultz, 2013).

Stres durumu başa çıkılması gereken ve önem arz eden bir durum olmasının yanı sıra başa çıkma yaklaşımı başarılı olamama durumunda ise ruhsal sağlıkta bozulmalar meydana gelmekte ve psikopatolojik semptomların meydana çıkması önemli olmaktadır (Koivumaa ve ark.,2001). Uygun başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ile stresin yol açtığı olumsuz sonuçları engellemek mümkündür. Başa çıkmayla ilgili yapılan araştırmalar, bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini büyük yaşam olaylarından çok gündelik olayların daha fazla etkilediğini göstermiştir (Bender et al.,2013; Fletcher ve ark., 2013). Başa çıkma stratejilerinin akıllıca uygulanması ve algılanabilir kontrol edilebilirliğin ayarlanması, bireylerin kişisel iyileşme ile ilgili hedeflere ulaşması ve potansiyel manik ruh hali semptomlarını yönetmesi için çok önemlidir (Chan & Tse, 2018). Stres karşısında olumlu başa çıkma mekanizmaları ve güçlü sosyal ya da ailevi destek stresli yaşam değişiminin yoğunluğunu azaltabilir ve daha uyarlanabilir bir yanıt teşvik edebilir (Townsend, 2014)

Kim ve ark.(2007) tarafından yaşam streslerinin erken başlangıçlı bipolar bozukluklardaki etkisi üzerine yapılan çalışmada; ilaç tedavisinin yanı sıra ergenlerde aile odaklı psikoeğitimin aile, akran ve romantik ilişkilerinde kronik stres üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Kim ve ark., 2007). Yapılan bazı çalışmalarda da strese müdahale grubuna verilen eğitimin algılanan stresin azaltılması ve pozitif yeniden yapılandırmanın başa çıkma boyutunun güçlendirilmesinde, tedavi edilmeyen bekleme listesi kontrolü durumundan daha etkili olduğu gösterilmiştir (Willert ve ark., 2009; Bender ve ark. 2010). Maiera (2012) bipolar II bozukluktan etkilenen hastalarda stres faktörlerini ve tedavi sonuçlarını ölçtüğü çalışmada varoluşsal stresin azaltılmasına yardımcı olma amaçlı psikoterapi ve danışmanlık, hastalığın seyrini iyileştirmiştir (Maiera, 2012).

Moon ve ark. (2014)'nın yaptığı bipolar hastalar ile sağlıklı kontroller arasındaki stresle başa çıkma davranışlarının özelliklerini karşılaştırdığı çalışmada; sağlıklı bireylerin stresli durumları çözmek için sosyal aktiviteleri bipolar bozukluklu olan hastalara göre aktif olarak kullandığı, stresli durumun azaltılmasında ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesinde sosyal aktivitenin artırılması ve terapötik müdahalenin artırılmasının önemli olacağını vurgulamıştır (Moon, et al., 2014). Lex ve ark. (2017) stresin bipolar bozukluk üzerindeki rolünü araştıran bir meta analiz çalışmasında; bipolar bozukluklu olan hastaların fiziksel tanı almış bireylere göre artmış sayıda stres yaratan olaylar yaşadıklarını bu da, sosyal ve sirkadiyen ritimleri bozan bir stresörden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Bipolar bozukluğun tedavisinde başa çıkma becerilerinin tanımlanmasını ve stresle baş etme eğitimini önemini vurgulamaktadır (Lex et al.,2017).

Psikiyatri hemşireleri, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunması, hastalık ve acı çekme yaşantısının önlenmesi, hastalıktan ve yaşamdan anlam bulmanın sağlanması, hastalık durumunda başa çıkmaların güçlendirilmesi ve rehabilitasyonundan sorumludur (Videbeck & Schultz, 2013; Çam ve ark., 2006). Psikiyatri kliniğinde yatırılan hastalar genellikle kısa zamanda taburcu edilmekte ancak toplumsal hayata tam olarak hazır olmadan taburcu edilen hastalarda çok geçmeden tekrarlı yatışlar görülmektedir. Bu durum hasta ve bakım verenlerinde bazı psikosozal sorunlara neden olabilmektedir (Özerdem & Tunca, 2010; Özgür ve ark., 2010). Klinikte yatarak tedavi gören hastaların başa çıkma becerilerinin artırılması

ve sosyal uyumlarının geliştirilmesi psikiyatri hemşirelerinin öncelikli görevleri arasında yer almaktadır (Videbeck & Schultz, 2013). Tedavi ve bakım sırasında hemşireler tarafından hastalara verilen bakım; en üst düzeyde sağlığın korunması, hastanın yaşadığı anksiyete, korku, öfke ve diğer hastalık bulgularının ve hastanede kalış süresinin azalması, kendi bakımlarını yürütmek için gerekli bilgi ve becerileri öğrenmeleri, bağımsızlık kazanmalarını sağlar. Bununla birlikte, hasta memnuniyetinin artması ve sağlık bakım harcamalarının azalmasına katkıda bulunur. Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri hastanın bakım ve tedavi sürecinde hasta ile iletişim içinde olmalarından dolayı hastanın gereksinimlerini değerlendirmede, bu gereksinimlere yönelik eğitim programları hazırlamada ve uygulamada uygun bir konuma sahiptirler (Towsend, 2014; Çam & Engin,2014; Gümüş ve ark.,2016).

Stres ve ona verilen yanıtlar ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasının merkezinde yer alır. Hemşirelerin uyguladığı Stres azaltma teknikleri yararları bilinmektedir (Daggenvoorde et al.,2015). Hemşireler kişiyi desteklemeli, etkisiz /olumsuz yöntemleri kullanmalarını engellemeli ve yeni etkili baş etme yöntemlerini öğretmelidir (Kocaman, 2008; Bayık et al.,2006; Bilge et al., 2015)

Hemşirenin rolü, iyileşme ortamını teşvik ederek, etkili başa çıkmayı kolaylaştırarak ve gelecekteki baş etme stratejilerini geliştirerek stres azaltmak için müdahale etmektir (Halter, 2014). Hemşirelik bakımında en önemli terapötik amaçlardan biri, bireyin mevcut sorunların stresini ele almasına her zamanki baş etme yollarını tanımlamalı, etkin baş etme yöntemlerini kullanmalarını ve gelecekte stresle baş etmeye yönelik beceriler ve kaynaklar yaratmasına yardımcı olmaktır. Stresin tanımlanması ve problem çözme süreci de dahil olmak üzere stres yönetimi becerilerinin öğretilmesi, hasta eğitiminin kritik bir parçasıdır (Videbeck & Schultz, 2013).

Hastanın bilişsel, duyuşsal, fizyolojik, davranışsal ve sosyal bileşenleri ile yaşamı stres faktörlerine ilişkin değerlendirmesi, psikiyatri hemşiresinin değerlendirmesinin önemli bir parçası olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri stres uyarılma modelini kullanarak predispozan faktörler, stres yaratan faktörler, stres faktörünün değerlendirilmesi, başa çıkma kaynakları, baş etme mekanizmaları, hemşirelik teşhisi ve ilgili müdahaleleri belirler (Stuart, 2014). Literatürde bipolar spektrum

bozuklukları ile stres arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Zagreb, 2012; Kim et al.,2007; Bender & Alloy, 2011; Berghost, et al., 2016; Fletcher et al.,2014; Moon, et al., 2014). Ancak stresle başa çıkma programlarının etkilerinin incelendiği çalışmaların literatürde yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Oysa psikiyatri hemşireleri tarafından hastalar hastanede yatarken akut dönem geçtikten sonra stresle başa çıkmalarının güçlendirilmesi beklenmektedir (Videbeck & Schultz, 2013; Stuart, 2014). NANDA hemşirelik tanılarında da “etkisiz baş etme” tanısı yer almaktadır (Erdemir, 2005). Ancak bu müdahaleler bir program dahilinde yapılandırılır ve uygulanırsa daha başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Ülkemizde psikiyatri hemşireliği hizmetleri yoğun olarak yataklı kurumlarda yapılmaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonra polikliniklere hekim kontrolüne gelmektedirler. Bunun dışında tercih eden ve uygun olan hastalar Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde izlenmektedirler. Dolayısı ile psikiyatri hemşireleri yoğun olarak bipolar hastaları klinikte yatış sürecinde ele alabilmektedirler. Bu nedenle uygulanacak programların kısa olması ve akut belirtiler yatıştan sonra uygulanması zorunluluğu bulunmaktadır. Bu araştırmada da bipolar bozukluğu olan hastalara verilen 3 oturumlu ‘stres ile baş etme programının’ hastaların algılan stres, stres düzeyleri ve başetme tarzlarına etkileri incelendi.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı geliştirilen stresle başetme eğitim programının bipolar bozukluğu olan hastaların algılanan stres, stres düzeyleri ve başa çıkma tutumlarına etkisini incelemektir.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>1</sub>: Stresle başetme eğitim programı uygulanan bireylerle program uygulanmayan bireylerin stres belirtileri arasında fark vardır.

*H<sub>0</sub>: Stresle başetme eğitim programı uygulanan bireylerle program uygulanmayan bireylerin stres belirtileri arasında fark yoktur.*

H<sub>2</sub>: Stresle baş etme eğitim programı uygulanan bireylerle program uygulanmayan bireylerin stresle başa çıkma tutumları arasında fark vardır.

*H<sub>0</sub>: Stresle baş etme eğitim programı uygulanan bireylerle program uygulanmayan bireylerin stresle başa çıkma tutumları arasında fark yoktur.*

*H<sub>3</sub>: Stresle baş etme eğitim programı uygulanan bireylerle program uygulanmayan bireylerin algılanan stres düzeyi arasında fark vardır.*

*H<sub>0</sub>: Stresle baş etme eğitim programı uygulanan bireylerle program uygulanmayan bireylerin algılanan stres düzeyi arasında fark yoktur.*



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bipolar Bozukluk

#### 2.1.1. Tanımı

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmekte olup Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve mani dönemi geçirenler olarak tanımlanmıştır (Karamustafalıoğlu, 2018; Altınbaş, 2019; Yazıcı, 2007) İnsanların belirli bir süre içinde farklı seviyelerde belirli bir duygulanım içinde olmaları duygudurum şeklinde tanımlanmaktadır (Towsend, 2014; Öztürk & Uluşahin, 2008)

Duygudurum bozuklukları orta yaşlarda ya da daha sonradan ortaya çıkan depresif bozuklukların manik ya da hipomanik nöbetler olmadan seyredebileceğini (tek uçlu duygudurum bozuklukları); bunların daha erken yaşlarda başlayan manik ya da hipomanik belirtilerle nöbetleşe seyreden depresif bozukluklardan (iki uçlu bozukluklardan) farklı olduğunu öne sürmüşlerdir (Sadock & Sadock, 2007). Bipolar bozukluk yaşam boyu süren bir hastalıktır (Goodwin & Jaminson, 2007; Videbeck & Schultz, 2013). Ataklar manik, hipomanik, depresif ve karma ataklar şeklinde kategorilenmektedir (Koroğlu, 2014).

Üzüntü, keder ve hüznün gibi duyguların görüldüğü çökkün duygudurumla birlikte insanların konuşmalarında, düşüncelerinde ve fizyolojik durumlarında yavaşlamalara neden olan durum depresif ataklar olarak bilinmektedir (Goodwin & Jaminson, 2007; Yazıcı, 2007). Bunlarla beraber insanlarda değersizlik hissi, isteksizlik, karamsarlık ve intihar gibi düşünceler görülebilmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2008; Towsend, 2014). Çökkünlük halinin zıttı da manik atak olarak ifade edilmektedir. İnsanların aşırı neşeli veya aşırı öfkeli bir duygudurumda olmaları ve bunlarla beraber hızlı konuşma, hareket etme, aşırı güçlülük, kişinin kendine saygısının artması ve taşkınlık gibi büyük duyguların görülmesi durumudur (Karamustafalıoğlu, 2018).

Bipolar bozukluğa sahip insanlarda manik, depresif veya her ikisinin tekrarlı bir şekilde belirli bir düzen olmaksızın görülebildiği dönemler olabilmektedir ve bu ataklardan sonar bireyler sağlıklı duygudurumlarına dönebilmektedirler (Akishal, 2003). Ayrıca hastalıkla ilgili depresyon gibi emosyonel durum, sağlıklı hale geri

dönebilme ve hayat boyu tekrarlama şeklinde devam edebilmektedir (Işık ve ark., 2008)

Akiskal ve ark. (2009)'a göre bu hastalığın sadece mani ya da depresyon görünümleri bulunmamaktadır. Bunlar dışında farklı duygudurum dönemlerini de içine alan bipolar-I, bipolar-II, siklik bipolarite, bipolar-III, disforik mani, spontan mani, unipolar depresyon gibi karmaşık görünümlerden söz etmektedir (Akishal ve ark., 2009). DSM-IV-TR'den farklı olarak DSM-V sınıflandırmasında “karma atak” olarak ifade edilen bipolar ve ona ilişkin bozukluklar “karma özellikli mani/hipomani ya da depresif atak” şeklinde sınıflandırılmıştır. Ayrıca başka tıbbi durumlar sebebiyle meydana gelen, ilaç kullanımıyla ortaya çıkan, belirlenmemiş bipolar ve onunla ilgili bozukluklar ayrı başlıklar altında sıralanmışlardır (Köroğlu, 2014).

**Bipolar I Bozukluk:** Bu tanı için en az bir manik dönem olması gerekmektedir. Manik dönem öncesi veya sonrasında hipomanik / major depresif dönemler bulunabilir.

**Bipolar II Bozukluk:** Bu tanı için geçmişte ya da şuanda hipomani veya major depresif dönem öyküsü gerekir. Belirgin bir manik dönem görülmemektedir. (Köroğlu, 2014; Karamustafalıoğlu, 2018).

**Manik dönemde;** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma, düşünce uçuşması ya da birbirleriyle yarışıyor gibi ardı sıra gelmesi, kişinin dikkatinin önemsiz ya da ilgisiz dış uyaranlara dağılması, amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon), kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma gibi belirtiler görülmektedir (Stuart, 2014; Stahl, 2010; Köroğlu, 2014; Townsend, 2014; Halter, 2014).

### **2.1.2. Etiyolojik Nedenleri**

Bipolar bozukluğun etiyojisinde çevresel, biyokimyasal ve genetik faktörler rol oynamaktadır (Halter, 2014; Videbeck & Schultz, 2013; Sadock & Sadock, 2007; Townsend, 2014; Öztürk & Uluşahin, 2008). Birbirleriyle etkileşim yapan biyolojik ve psikososyal etkenler, duygulanım bozukluklarına neden olmaktadır (Sadock &



Sadock, 2007). Psikososyal nedenler bipolar bozuklukların ortaya çıkmasına sebep olan faktörler olarak yorumlanmaktadır (Bender & Alloy, 2011). Buna karşın ilerleyen zamanlarda farklı hastalarda psikososyal etkenler olmadan da nöbetler gözlenmiştir (Corry et al., 2017)

**Genetik Faktörler:** Genetik çalışmaların hızlı bir şekilde ve insasnoğlunun genom haritasının çıkarılmasına rağmen ruhsal bozukluklarda genetik varlığı tam olarak kanıtlanamamıştır (Karamustafalıoğlu, 2018; Sadock & Sadock, 2007). Araştırmalar bipolar bozukluğun güçlü bir şekilde altta yatan genetik yatkınlığın olduğunu bildirmektedir (Towsend, 2014). Aileler, ikizler ve evlat edinen ailelerde yapılan çalışmalarda elde edilen kanıtlar bunu destekler niteliktedir

**Kromozal Çalışmalar:** 5, 11, 18 ve X kromozomlarının özellikle bipolar I duygudurum bozukluğuyla ve diğerleriyle ilişkili oldukları ifade edilmektedir, bununla ilgili çok fazla çalışma yapılmış olsa da belirli bir gen ile bir bipolar bozukluk arasında net bir ilişki ortaya çıkmamıştır (Sadock & Sadock, 2007)

Kalıtım önemli bir etken olsa da tek yumurta ikizlerinin uyum oranı %100 değildir. Bu nedenle genetik tek başına bütün duygu durum hastalıklarından sorumlu değildir (Videbeck & Schultz, 2013)

**Aile Çalışmaları:** Aile çalışmaları bir ebeveyn de bipolar bozukluk tanısı varsa çocuklarında görülme olasılığının % 28 olduğunu göstermiştir (Towsend, 2014). Her iki ebeveyn de var ise bu risk 2-3 kat artmaktadır. Ayrıca evlat edinilen çocukların biyolojik ebeveynlerinde varsa çocuklarda olma sıklığının fazla olduğu, bu bulguların genin çevreden ayrı olarak hastalıkta önemli rolü olduğu görülmüştür (Öztürk & Uluşahin, 2008)

Bipolar bozukluğu olan kişilerin ailelerinde duyguduum ve psikotik bozukluklar daha sık görülmektedir (Karamustafalıoğlu, 2018). Kontrol grubuna oranla, bipolar I bozukluğu olan insanların birinci derece akrabalarında bipolar I bozukluk 8-18 kat ve majör depresif bozukluk 2-10 kat daha fazla görülmektedir (Sadock & Sadock, 2007). Bipolar I bozukluğuna sahip hastaların %50'sinde en az bir ebeveyn bir duygudurum bozukluğuna sahip olarak saptanmıştır. Ayrıca en sık olarak da majör depresif bozukluk görülmüştür (Videbeck & Schultz, 2013). İki ebeveynde de hastalık varsa görülme olasılığı %50-75 şeklinde ifade edilmiştir.

Duygudurum bozukluklarından birinin görülme olasılığı akrabalık derecesi azaldıkça azalmaktadır (Towsend, 2014).

**İkiz çalışmaları:** ikiz çalışmalarının hepsi tek yumurta ikizlerinin eşhastalanma oranlarının çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek oranda olduğunu göstermiştir (Öztürk & Uluşahin, 2008). İkizlerde yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun monozigot ikizlerde %60 - 80 oranında; dizigot ikizlerde ise %10-20 oranında görüldüğü bulunmuştur (Towsend, 2014). Monozigotların genlerinin aynı olması dizigotların ise sadece yarısının aynı olması nedeniyle bu durum genlerin etiolojisinde major rol oynadığını göstermektedir (Karamustafaloğlu, 2018; Stuart, 2014).

**Nöroanatomik, Nörotansmitter ve Nöroendokrin Faktörler:** Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde biyojenik aminler ele alınmaktadır (Stahl, 2010). Depresyonda ve bipolar bozukluk durumlarında serotonin aktivitesinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca noradrenalin aktivitesinde azalma bipolar depresyonda saptanmaktadır. Bununla birlikte mani durumlarında dopamin aktivitesinin arttığı görülmektedir (Stuart, 2014).

5-hidroksi-indol asetik asit (5 HIAA) beyinde serotoninin yıkımını sağlamaktadır. Bu maddenin beyin omurilik sıvısında düşük düzeyde bulunması, çökkünlük durumlarında serotoninerjik etkinlikte bir azalma olabileceği varsayımı ve sağaltımda serotonin geri alım inhibitörleri ile başarılı sonuçlar elde edilmesi serotonin hipotezini kuvvetlendirmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2008)

Ayrıca dopaminin depresyon patofizyolojisinde oldukça sık görülen bir biyojenik amin olduğu kabul edilmektedir. Mani durumlarında artmakta olan dopamin, depresyon durumlarında azalmaktadır. Dopamin ve depresyon ile ilgili iki yeni kuram bulunmaktadır. Buna göre depresyon durumunda mezolimbik dopamin yolağının işlevini kaybedebileceği ve dopamin D1 reseptörünün hipoaktif olabileceği söylenmektedir (Sadock & Sadock, 2007). Ayrıca manik hastaların norepinefrin düzeylerinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarla saptanmıştır (Stahl, 2010)

Adrenal hormonlar, tiroid hormonları ve büyüme hormonunun yer aldığı yolların bulunduğu nöroendokrin sistemin de hastalığın etiolojisinde etkili olduğu düşünülmektedir (Sadock & Sadock, 2007). Tiroid bozuklukları, komorbid olarak

sıklıkla duygulanım belirtileri ile görülmektedirler. Majör depresif bozukluğa sahip hastaların yaklaşık üçte birinde sentetik tirotropin releasing hormone (TRH) infüzyonunda azalma görülmektedir (Karamustafalıoğlu, 2018).

Limbik sistem, temporabazal alanlar, bazal gangliyon ve talamustaki sağ lezyonların sekonder maniye neden olduğu gösterilmiştir (Towsend, 2014). MR' la (Manyetik Rezonans) yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan bireylerde genişletilmiş 3.Ventrikül ve subkortikal beyaz madde ve periventrikülür aşırı yoğunluk olduğunu açığa çıkarmıştır. Bu da bilişsel bozukluklara yol açabileceğini göstermektedir (Towsend, 2014).

**Psikososyal Faktörler:** Duygudurum bozukluklarının etiolojisinde duyarlılaşma modeli önerilmektedir. Bu model, ilk epizodların çevresel bir stres sonucu ortaya çıktığını söylemektedir. Buna karşın daha sonraki epizodlarda stresör ihtiyacı olmadan da epizodun meydana gelebildiği klinik olarak ifade edilmektedir. Bu kurama göre stres beyinde bulunan birçok nörokimyasal sistemde bozulmalar meydana getirmektedir. Ayrıca muhtemel nöronal kayıplar yaratmaktadır. Bu durumun da psikososyal stresörlere duyarlılığı arttırdığı düşünülmektedir (Sadock & Sadock, 2007). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse ilk nöbete sebep olarak yaşamsal olaylar çoğunlukla özgül olmamaktadırlar. İnsanların biyolojik ve ruhsal yatkınlıkları rahatsızlığın ortaya çıkmasını etkilemektedirler (Öztürk & Uluşahin, 2008).

**Psikodinamik Faktörler:** Depresyon, psikodinamik teoride oral dönemde anne ile bebek ilişkisinin bozulması, depresyonda gerçek veya varsayımsal nesne kaybı olması, bir şey kaybeden insanların bu stresle baş edebilmek için nesne introjeksiyonu yapması ve nesne kaybı ile sevgi ve nefret birleşimi sonrası kişinin öfkeyi kendine yöneltmesi şeklinde dört temel noktaya sahip olmaktadır (Sadock & Sadock, 2007)

Freud, maniyi ego ile superego arasındaki bir etki olarak açıklamaktadır. Maniden önceki dönemde bu iki yapı arasında bir çatışma olmaktadır. Mani döneminde ise bu çatışmaya harcanan enerji zevk için harcanmaya başlanmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2008). Abraham ise maninin depresyona karşı bir savunma aracı olduğunu söylemektedir. Süperegonun katı ve baskıcı durumunun depresyona

yol açması sebebiyle manik dönem bu duruma baş kaldırmaktadır (Işık, 2013). Ona göre, manik dönemler ortaya çıkan bir trajediyi tolere edebilme yetisinden yoksunluk durumunu yansıtır olabilmektedir. Bertram Lewin, manik hastaların, cinsellik gibi zevkli veya agresyon gibi korkutucu uyaranlar tarafından bir ego baskılandığını söylemiştir (Sadock & Sadock, 2007). Bibring'e göre manik dönem, depresyonu önlemek için ikincil bir tepki olarak yorumlanabilmektedir. Ayrıca hayali yoldan narsisistik beklentilerin karşılanma çabası olarak da ifade edilebilmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2008). Kısaca mani dönemiyle ilgili kuramlar bu dönemin depresyona karşı bir savunma olduğunu söylemektedirler. Psikodinamik teori hastaların mani dönemlerindeki enerji düzeylerinin yüksekliklerinin duygudurumlarını yapay olarak büyümesi ile depresyona bir savaş niteliğinde olduğunu söylemektedir. Mani dönemlerinde depresif duygudurumların da gözlenmesi bu teoriyi haklı çıkarmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2008).

Bebeklik dönemindeki normal ve geçici bir şekilde yaşanan depresif durumlarından kurtulamaya insanlar depresif özellik göstermektedirler. İnsanlar olumlu ve sevilen nesnelere bebeklik döneminde kendi yıkıcılıkları ve hırsları sonucunda kaybettiklerine inanmaktadırlar. Bu sebeple de bunların yasını tutmaktadırlar. Sonucunda da hem kaybettikleri nesnenin özlemine yaşayıp hem de içselleştirdikleri olumsuz nesnelere onları yok edeceklerine inanmaktadırlar. Mani döneminde insanların anne babaya karşı zafer kazanma veya anne-baba-çocuk ilişkisini tersine çevirme amacıyla bazı tepkileri görülmektedir. Bu tepkiler omnipotans, yadsıma, küçümseme ve idealize etme gibi manik savunmalar şeklinde olmaktadır. Bunun sonucunda da suçluluk duyguları ve depresyon oluşmaktadır (Karamustafaloğlu, 2018; Sadock & Sadock, 2007).

Bilişsel görüş Beck tarafından geliştirilmiştir. Bu görüşe göre depresyon bilişsel bir bozukluktur. Depresyon tanımında yer alan duygulanım bozukluğu ise bu duruma ikincil olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple depresyona meyilli insanlarda bu durum yaşamlarının ilk dönemlerinde görülmektedir. Bu insanlar geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz düşünceler içinde olmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2008; Altınbaş, 2019).

### 2.1.3. Görülme Sıklığı

Bipolar bozukluk ABD nüfusunun yaklaşık 5-7 milyonunu, 18 yaş üzeri ABD nüfusunun %2-6'sını etkilemektedir. Cinsiyet açısından bipolar bozukluk insidansı hemen hemen eşittir, kadın oranı 1.2 iken erkek oranı 1'dir (Towsend, 2014). Bipolar bozukluk tip I'in yıllık görülme sıklığı % 1.3 iken bipolar bozukluk tip II'nin yıllık görülme sıklığı %1.6 olarak bildirilmektedir. Bunların yanında siklotiminin ve tüm bipolar bozukluk spektrumunun yıllık görülme sıklıkları %0.5-1.4 arasında değişmektedirler. Nokta görülme sıklığı bipolar bozukluk tip I'de %0.4-0.5, bipolar bozukluk tip II'de %0.8 ve tüm bipolar bozukluk spektrumlarında %0.4-0.5 olarak ifade edilmektedirler (Sadock & Sadock, 2007). Yukarıda bahsedildiği üzere tüm bipolar bozukluk spekturumu düşünülürse bu oran % 2,6 - 7,8 dolaylarındadır (Altınbaş, 2019).

Bipolar bozukluk dünya nüfusunun yaklaşık % 0.5 -% 3.5.5'ini etkilemekte (Bender et al., 2010) ve en yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır (Lex et al.,2017). Bipolar I bozukluğunun uluslar arası insidansı %0,6 olup yaşam boyu yaygınlığı tüm bipolar bozukluk tipleri göz önüne alındığında %2-4 arasında bulunmuştur. bipolar bozukluk da yaşam boyu sıklığı her iki cinsten yaklaşık eşittir ve %0,9 - %1,7 arasındadır. Bipolar II bozukluğun uluslararası insidansı %0,3, Birleşik Devletlerde ise %0,8 dir Bununla beraber iki uçlu bozukluk spekturumunun yaşam boyu yaygınlığı % 6 gibi yüksek bir orandadır (Köroğlu, 2014). Tüm toplumlarda Bipolar bozukluk I kadın ve erkeklerde benzer oranda görülürken, Bipolar Bozukluk II' de kadın lehine değişmektedir (Kesebir ve ark., 2013). Bipolar bozukluk, sosyal, bilişsel ve mesleki etki alanlarında belirgin bir bozulmaya neden olur. Her ne kadar Bipolar bozukluk yüksek derecede kalıtsal yatkınlık olmasına rağmen, olumsuz yaşam stresleri gibi çevresel etkiler duygudurum semptomlarının gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Berghost, et al., 2016).

Sivas il merkezinde yapılan bir çalışmada ise bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.71 olarak bulunmuştur (Özdemir & Doğan, 2015). Gültekin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluk konusundaki yayınların bir çoğunun başvuru esaslı ya da yatan hasta verilerine dayandığını ve verilerin genellenebilirliğinin kısıtlandığını belirtmekle birlikte Ülkemizde yapılan

çalışmalarda bipolar olgularda hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değiştiğini ifade etmiştir (Gültekin ve ark.,2008).

Türkiye de yapılan bir başka çalışma da ise bipolar bozukluğun her iki cinsiyette hemen hemen eşit oranda görüldüğu, başlangıç yaşı tam olarak saptanamamakla birlikte doktora ilk başvuru yaş ortalamasının 26.1 olduğu bulunmuştur (Akkaya ve ark.,2012)

## **2.2. Stres Kavramı**

Latince “estricia”, Fransızca “estree” kökeninden gelen stresin kelime anlamı zorlanma, gerilme ve baskı olarak ifade edilmektedir. 17. yüzyılda ise stresi felaket, bela, keder, dert gibi anlamlarda kullanmışlardır. Ayrıca fizikçi Robert Hooke aynı dönemde elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki bağlantıyı stres kelimesiyle açıklamıştır. 18. yüzyıla gelindiğinde ise Thomas Young bu bağlantıyı formülize etmiştir. Young, stresin maddenin kendi içinde olan bir güç olduğunu söylemektedir. Bu iç güç, dışarıdan bir etkiye maruz kaldığında etki oranında tepki göstermektedir. Elastik maddelerin sahip oldukları bu stres tepkisi onların eğilip bükülerek dış güce uyum sağlayabilmelerine olanak vermektedir. Buna karşın iç güç, dış güce yetmiyorsa, dış güç çok büyükse dengeleme olmamakta, maddede değişim görülmektedir (şahin, 1994)

Stres kelimesi, fiziğin yanında biyoloji, fizyoloji, endokrinoloji, tıp, antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi bilim alanlarında da oldukça fazla kullanılmaktadır (şahin, 1994). 18. ve 19. yüzyıllarda kullanılan stresin anlamı gün geçtikçe değişerek nesnelere, bireye, organa veya ruhsal yapıya uygulanan güç, baskı ve zorluk gibi anlamlar kazanmıştır. Bu anlamlar ele alındığında stresin dışarıdan uygulanan güce gösterilen direnç şeklinde kullanıldığı gözlenmektedir. Ayrıca stres, bütünlüğu koruma, eski hale geri dönebilmek için harcanan çaba şeklinde de tanımlanabilmektedir (Baltaş & Baltaş, 2015). Biyolog Walter Cannon, canlı organizmalar üzerinden stresi açıklamaya çalışmıştır. Cannon, canlıların sahip oldukları doğal içsel dengenin dış uyaranlarca bozulması sonucu stresin olduğunu söylemiştir. Bu süreç Cannon tarafından homeostasis olarak adlandırılan içsel denge ve savaş kaç tepkisi kavramlarıyla ifade edilmektedir. Stresi acil durum tepkisi şeklinde tanımlayan Cannon temelde biyolojik varoluş ve uyum gereksiniminin

olduğunu söylemektedir. Cannon organizmaların yaşamlarını veya çevre uyumlarını tehdit eden uyarılara karşı tepki gösterdiklerini bildirmektedir. Ona göre stres de varoluşsal bir değere sahip savaş ya da kaç tepkisi olarak görülmektedir (Halter, 2014; Stuart, 2014; Şahin, 1994).

Türk Dil Kurumu (1992) stresi “ameliyat şoku, travma, soğuk, heyecan gibi etkenlerin organizmada, iç organlarda ve metabolizmada meydana getirdiği bozuklukların tümü” şeklinde tanımlamaktadır

Psikoloji sözlüğünde (2011) ise stres; “psikolojik, mesleki, ekonomik ya da sosyal bir durumla, olayla ya da deneyimle baş etmenin zor olduğu durumlarda oluşan kaygı verici ya da tehdit edici his” şeklinde ifade edilmektedir. İnsanların başlarına gelen bir olayla uygun şekilde baş etmeye çalıştıklarında, durum eğer kendi kaynaklarından güçlü bir durumsa stres ortaya çıkmaktadır. Engellenme, tükenmişlik ve şiddete tanık olma gibi durumlar stres yaratabilmektedirler.

Hans Selye'nin stres tanımlaması stresin en genel tanımı olarak kabul edilmektedir. Stresi, olaylar karşısında bedenin özgül olmayan tepkisi olarak tanımlamaktadır. Selye bu tanımında stresin sadece fizyolojik yanını ele almıştır. Stresin sadece bedenden gelen fizyolojik bir tepki olarak ele alınması ve kaygı, depresyon veya üzüntü gibi zihinsel tetikleyicilerin bazen etkili olsa da stresin kendisi olmadığından görmezden gelinmesi gerektiği söylenmektedir (Stuart, 2014; Halter, 2014; Sadock & Sadock, 2007).

Lazarus ve Folkman stresin insan ve çevresi etkileşiminde oluştuğunu söylemektedirler. Onlara göre çevre insanın kaynaklarını zorlamakta veya aşmaktadır. Bu durumda da insanın iyilik hali tehlikeye girmekte ve stres oluşmaktadır. Bu süreç içinde sürecin ortaya çıkmasına sebep olan içsel ve dışsal bir etkenin varlığı, var olan bu etkenin insana tehlikeli veya zararlı olup olmadığıyla ilgili bir değerlendirme yaptırması, stresli durumla başa çıkabilmek için zihinsel ve fiziksel kaynakların değerlendirilmesi ve zihin ile bedendeki karmaşık örüntüleri tanımlayan stres tepkisi faktörlerinin ele alınmaları gerektiği söylenmektedir (Lazarus, 1993).

Baltaş (2015), akademik bağlamda stresi meydana getirenleri stres vericiler olarak tanımlamaktadırlar. İnsanların stres vericilere karşı bedensel ve psikolojik

düzyeyde verdikleri tepkilere de stres demektedirler. Onlar, stresin insanların bedensel ve psikolojik sınırlarının tehdit altında hissetmesi durumunda ortaya çıktığını söylemektedirler. Ayrıca tehdit gören canlının kendini korumak adına bir tepki zinciri oluşturabilme yeteneğini olduğunu ifade etmektedirler. Bir canlı bir tehlikeyle karşılaştığında durum değerlendirmesi yapmaktadır. Eğer tehlikeyle başa çıkabileceğini düşünüyorsa tehlikeyle savaşmakta, düşünmüyorsa tehlikeden kaçmaktadır. Böylece meydana gelen yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır (Baltaş,2015)

Kristin Higgins'e (2005) göre stres, insanların duygusal ve psikolojik mutluluğunu rahatsız eden olumsuz psikolojik tepkiler olarak açıklanmaktadır. Bu, vücudun rahatsız edici durum karşısında verdiği cevap anlamına gelmektedir. Ayrıca Higgins, stres üzerinde biliş ve kişilik özelliklerinin de etkili olduklarını söylemektedir.

Sonuç olarak stres genel bağlamda dört farklı şekilde tanımlanmaktadır. İlk olarak Cannon ve Selye stresin canlının verdiği tepki olduğunu söylemişlerdir. Canlılar kendi dışlarında meydana gelen zorlayıcı bir durum karşısında bir cevap oluşturmaktadırlar. İkinci olarak ise öğrenme kuramcılarını stresini sadece bir uyarıcı olarak ele almışlardır. Üçüncü tanımlamada stresin insanların karşılıklarına çıkan zorlayıcı uyarılar ile bu konudaki değerlendirmelerin etkileşimleri ifade edilmiştir. İnsanların uyarılarını algılama şekilleri ve uyarılarla başa çıkma yöntemleri de stres sürecinin evreleri olarak açıklanmıştır (Balçioğlu,2005; Baltaş,2015).

Stresör yani stres kaynaklarının tam olarak ifade edilmemesi stres kavramını anlamayı zorlaştırmaktadır. Bu sebeple önce stresör kavramının açıklanması gerekmektedir. Stresör, organizmaların dengelerini bozan ve onları tehlikeye sokan faktörler olarak tanımlanmaktadır (Baltaş,2015). Tüm bunların sonucunda stresin çevre ve insan etkileşiminin bir ürünü olduğu söylenebilmektedir. Stres organizmanın tüm benliğini etkilemektedir. Kontrol edilebilir bir tepki olmadığı ifade edilmektedir. Ayrıca tehlikeli bir durum olduğundan insanların tehlike algıları önem taşımaktadır.

### **2.3. Bipolar Bozuklukta Stres Etiyolojisi**

Duygudurum bozukluklarının başlamasında akut veya kronik stresin bir etkisi olduğu bilinmektedir (Duman & Monteggia, 2006). Bipolar bozukluğu olan



insanlarda ise diğer insanlarla problem yaşama, yaşantı ve stresle başa çıkabilmek için faydalı bir davranış gösterememe gibi özellikler görülmektedirler. Hastalık, insanların başa çıkmakta zorlandığı stresörlerden oldukça kötü etkilenmektedir (Videbeck,2013; Stuart,2014). Bazı araştırmalar kişilik ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi araştırmaktayken yurtdışında ve Türkiye'de birçok araştırma stres ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır (Deniz,2006; Goodwin & Jamison, 2007; Higgins,2005; Moon et al.,2014)

Bu konuyla ilgili olarak Türkiye'de yapılan bir araştırmada duygudurum bozuklukları ile stres arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygudurum bozuklukları birimine yatırılan hastalar iki yıl boyunca izlenmişlerdir. Araştırma bu hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Hastalardan depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı alanlar bu özellikler bakımından karşılaştırılmışlardır. Araştırma sonucunda depresif bozukluğa sahip hastaların %90'ının ve bipolar bozukluk sahibi hastaların %64'ünün ilk ataklarında stres etkeni bulunmuştur (Gültekin, ve ark., 2008).

Stres yeterli sorun çözme stratejileri edinimi ve kolaylaşmasını önleyen tarzda ve yoğunlukta ve erken yaşlarda yaşanırsa normal gelişmeyi bozabilir ve sonuç olarak çeşitli zihinsel ve bedensel hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Kılıç ve Eşel, 2002). Bipolar bozuklukta strese neden olan durumları başlıca 5 ana grupta değerlendirebiliriz: Bireyin kendisi, ev ve aile yaşamı, eğitim yaşamı, iş ve örgütsel yaşamı ve çevre. Bireyin kişilik özelliklerinin strese yatkın olması, yetenek düzeyinin azlığı, karşılaştığı yaşam olayları (hastalıklar, eş kaybı, boşanma, emeklilik, taşınma, maddi durum değişiklikleri gibi) ve zor hayat şartları bireyin kendisinden kaynaklanan stres nedeni olabilir (Moon et al.,2014; Maiera,2012; Kim et al.,2007).

Duygulanım ile stres ilişkisi uzun yıllardır bilinmektedir. Çevresel olaylar depresif atakların muhtemel tetikleyicisi olarak görülür. Depresyon ataklarından önce birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, ayrıca kronik stresin depresyona neden olduğu bilinmektedir. Manik atak oluşumunda stres etkenleri rol oynamaktadır ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yineleme, 4.5 kat daha fazladır (Kılıç,2002; Işık, 2013). Bipolar bozukluğu olan hastalarda olumsuz yaşam olayları ile beraber gelen

stres özellikle majör depresif, karma depresif ya da disforik manik dönem için yakın zamanlı stresli yaşam olaylarının da intihar için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. (Bender et al.,2010; Berghorst et al.,2016; Maiera,2012; Shapere et al.,2017)

Başta çıkma, bireylerin stresli olarak değerlendirilen durumların iç ve dış taleplerini yönetmek için kullandıkları düşünce ve davranışlar olarak tanımlanabilir. Stres için baş etme, stresli yaşam olaylarıyla başlatılan psikolojik sıkıntıyı ve fizyolojik reaksiyonları azaltmak için bilişsel ve davranışsal stratejileri kullanma becerisi anlamına gelir (Moon et al.,2014). Lazarus ve Folkman'a göre başta çıkma; bireyin stresörler ile karşılaştığında olası sonuçları değerlendirmesi ve bu değerlendirme sürecinin onun duygusal ve davranışsal tepkilerini etkilemesi şeklindedir. Başta çıkmayla ilgili yapılan araştırmalar, bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini büyük yaşam olaylarından çok gündelik olayların daha fazla etkilediğini göstermiştir (Bender et al.,2010, Fietcher et al.,2014, Akçakaya ve Erden, 2014). Kişilerin stres yaşantıları ile mücadele ederken kullanmakta oldukları dinamik başta çıkma politikalarının ruh sağlığı üzerinde pozitif etkiler yarattığının vurgusunu yapan pek çok araştırma vurgulanmıştır (Bender et al.,2010; Lex et al.,2017; Shapere et al.,2017; Kim et al.,2007).

Stres yaşantıları kapsamında kişinin bünyesinde bulunduğu bilişsel eforun özelliği ve kullanacağı başta çıkma şeklinin ne olduğu, onun ruhsal entegrasyonunu önemli bir derecede tespit edebilmektedir (Akçakaya ve Erden,2014; Aysan, 2004). Stres durumu başta çıkılması gereken ve önem arz eden bir durum olmasının yanı sıra başta çıkma politikalarının başarılı olamama durumunda ise ruhsal sağlıkta bozulmalar meydana gelmekte ve psikopatolojik semptomların meydana çıkması önemli olmaktadır (Özer, 2002; Koivumaa et al.,2001). Stres karşısında olumlu başta çıkma mekanizmaları ve güçlü sosyal ya da ailevi destek stresli yaşam değişiminin yoğunluğunu azaltabilir ve daha uyarlanabilir bir yanıt teşvik edebilir (Townsend, 2014).

Goodwin ve Jamison (2007) biyolojik yatkınlık ile stres yaratan yaşam olayları, sosyal ritimde bozulmalar ve ilaca uyumsuzluk gibi psikososyal etkenlerin birbirleriyle etkileşerek, bipolar bozuklukta yinelemelere neden olduklarını

bildirmektedirler. Ayrıca hastalığın başlangıcındaki ataklar genellikle psikososyal stresörler tarafından tetiklendiği, psikoterapötik müdahalelerin yaşam stresörlerinin etkisini azaltarak, uyumlu başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesi açısından önemli olduğunu da belirtilmiştir.

Kim ve ark.(2007) tarafından yaşam streslerinin erken başlangıçlı bipolar bozukluklardaki etkisi üzerine yapılan çalışmada; ilaç tedavisinin yanı sıra ergenlerde aile odaklı psikoeğitimin aile, akran ve romantik ilişkilerinde kronik stres üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Yaş ilerlemesi ile birlikte stresin nesil üzerindeki etkisi duygudurum belirtilerinin bir sonucu olarak stresin azaltılması ve çocuk yaşları boyunca stresin azaltılması için gelişimsel olarak uygun müdahale stratejileri sağlanmasını önemi vurgulanmıştır.

Willert ve ark. (2009) da yaptığı 3 aylık stres yönetimi müdahalesinin randomize kontrollü bir çalışmada işle ilgili streste müdahale grubuna verilen eğitimin algılanan stresin azaltılması ve pozitif yeniden yapılandırmanın başa çıkma boyutunun güçlendirilmesinde, tedavi edilmeyen bekleme listesi kontrolü durumundan daha etkili olduğunu göstermiştir.

Bender ve ark. (2010) da yaptığı stres oluşturma teorisi üzerine bipolar hasta grubu ile normal kontrol grubu üzerine yaptığı incelemede, normal kontrollerle karşılaştırıldığında, takipte davranışa bağlı olaylarda genel artışlar olduğunu gösterdi. Belirti düzeyinde, olay oluşturma süreci daha özel olay alanlarında gerçekleşti. Sonuçlar, unipolar depresyonun stres yaratma teorisinin Bipolar spektrum bozukluklarına kadar uzatılabileceğini ve üretilen olayların türünün kutuplara özgü olabileceğini düşündürmektedir.

Maiera (2012) yaptığı çalışmada İtalya'da 2009 ve 2012 yılları arasında bipolar II bozukluktan etkilenen hastalarda stres faktörlerini ve tedavi sonuçlarını ölçtüğü çalışmada varoluşsal stresin azaltılmasına yardımcı olma amaçlı psikoterapi ve danışmanlık, hastalığın seyrini iyileştirmiştir; Yaşam biçiminde, kişisel, sosyal ve mesleki hayatlarının daha iyi planlanması da dahil olmak üzere stresli durumlardan kaçınarak (dolayısıyla hastalığın sekonder olarak önlenmesine neden olan) bir değişime neden olmuştur. Ayrıca aile bireyleri ile daha iyi iletişim kurma, hastalık

hakkındaki tabuların üstesinden gelme ve anlayışın geliştirmesine katkı sağladığı gözlenmiştir.

Fletcher ve ark. (2013) yaptığı bir çalışmada bir grup bipolar bozukluk-I, Bipolar bozukluk-II, unipolar depresyon ve sağlıklı kontrol grubunda; Hasta grupları sağlıklı kontrollere göre daha uygunsuz başa çıkma stratejileri ve daha az uyarlamalı baş etme stratejileri kullanmaya yöneldiği; negatif etkilenme açısından unipolar ve bipolar hastalar arasında benzer başa çıkma profilleri görülmüştür; ve bipolar I ve II hastaları genel olarak negatif etkilenme ile başa çıkmada benzer baş etme stratejileri kullanırken, pozitif etkileriyle ilgili davranış stratejileri açısından farklılıklar gözlemlenmiştir.

Moon ve ark. (2014) yaptığı bipolar hastalar ile sağlıklı kontroller arasındaki stresle başa çıkma davranışlarının özelliklerini karşılaştırdığı çalışmada; sağlıklı bireylerin sosyal aktiviteleri stresli durumları çözmek için bipolar bozukluğu olan hastalara göre aktif olarak kullandığı, stresli durumun azaltılmasında ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesinde sosyal aktivitenin artırılması ve terapötik müdahalenin artırılmasının önemli olacağını vurgulamıştır.

Lex ve ark. (2017) stresin bipolar bozukluk üzerindeki rolünü araştıran bir meta analiz çalışmasında; bipolar bozukluğu olan hastaların akut ruh hali atağından önce artmış sayıda yaşam olayları bulgusuna sahip olduklarını, bipolar bozukluk ile tanı alan bireylerin fiziksel olarak hasta olanlardan daha fazla yaşam olaylarına maruz kaldıkları, bipolar bozukluğu olan hastaların, doğumla ilişkili stres için özellikle hassas olabileceğini göstermektedir; bu da, sosyal ve sirkadiyen ritimleri bozan bir stresör olabilir ve bipolar bozukluğu olan hastaların, sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla çocukluk sıkıntısı bildirilmiş olup olarak, bipolar bozukluk tedavisinde başa çıkma becerilerinin tanımlanmasını ve eğitimini içermenin önemini vurgulamaktadır.

Baş çıkma, insanların zorlayıcı durumlar karşısında verdikleri bilişsel ve davranışsal tepki olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar meydana gelen sorunla başa çıkabilmek için problem odaklı ya da duygu odaklı girişimlerde bulunmaktadır. Problem odaklı girişimler kişisel-çevresel ilişkide değişikliğe gitme şeklinde olmaktadır. Duygu odaklı girişimlerde ise düşünce ve dikkatte değişiklikler

yapılmaktadır. Bedensel ve psikolojik stres, insanların duygusal gerilimi doğru sorun çözüme stratejisine dönüştürebilmeleri sayesinde azalmaktadır. Ayrıca sorun çözülebildiğinde insanlarda kendi kendine yetebildiği düşüncesi oluşmaktadır. Bu durumda benlik ve dayanma gücünü arttırmaktadır (Videbeck,2013; Çam&Engin 2014).

Bipolar bozukluk olan bireylerin sürekli hastaneye yatmaları daha ciddi bir patoloji olduğunu göstermektedir. Bu durum psikotik semptomlar ya da dışa yönlendirilmiş agresyon sebebiyle oluşabilmektedir. Ayrıca hasta için de oldukça etkili bir stresör olduğu ifade edilmektedir. İnsanların bipolar bozukluk hastalığıyla genç yaşta tanışmaları onların hayatlarını oldukça olumsuz etkilemektedir. Aynı çalışmada bipolar bozukluğun ne kadar genç yaşta ortaya çıkarsa o kadar olumsuz etkili bir stresör olduğu vurgulanmaktadır (Kim et al.,2007; Kroon et al.,2013).

#### **2.4. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Hemşirelik Bakımı**

Psikiyatri hemşireleri, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunması, hastalık ve acı çekme yaşantısının önlenmesi, hastalıktan ve yaşamdan anlam bulmanın sağlanması, hastalık durumunda başa çıkmaların güçlendirilmesi ve rehabilitasyonundan sorumludur. Klinikte yatarak tedavi gören hastaların başa çıkma becerilerinin artırılması ve sosyal uyumlarının geliştirilmesi psikiyatri hemşirelerinin öncelikli görevleri arasında yer almaktadır (Videbeck & Schultz, 2013)

Psikiyatri hemşirelerinin en önemli görevlerinden biri bireylerin stresli durumlarında onlara yardım etmesidir. Hastalar birçoğu strese tepki olarak veya bireyin normal başa çıkma stratejileri belli bir stres karşısında yetersiz olduğunda çeşitli sorunlarla ruh sağlığı merkezine gelir (Videbeck & Schultz, 2013). Hemşireler insanların stresli durumlarında onlara yardım ederek, streslerinin daha sınırlı hale gelmesini veya tamamen ortadan kalkmasını sağladıklarında psikiyatri hemşireliği çalışması da yapmış olmaktadır. Psikiyatri hemşireleri hasta ile ilgilenecek onları işbirliğine teşvik etmeye çalışmaktadırlar Birlikte bir problem çözerek problemin hasta için ne anlama geldiğini ve hastanın hayatı ile ilişkisini anlama durumunu geliştirebilmektedirler (Halter, 2014; Stuart, 2014).

Tedavi ve bakım sırasında hemşireler tarafından hastalara verilen bakım; en üst düzeyde sağlığın korunması, hastanın yaşadığı anksiyete, korku, öfke ve diğer hastalık bulgularının ve hastanede kalış süresinin azalması, kendi bakımlarını yürütmek için gerekli bilgi ve becerileri öğrenmeleri, bağımsızlık kazanmalarını sağlar. Bununla birlikte, hasta memnuniyetinin artması ve sağlık bakım harcamalarının azalmasına katkıda bulunur. Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri hastanın bakım ve tedavi sürecinde hasta ile iletişim içinde olmalarından dolayı hastanın gereksinimlerini değerlendirmede, bu gereksinimlere yönelik eğitim programları hazırlamada ve uygulamada uygun bir konuma sahiptirler (Towsend, 2014; Gümüş et al.,2016; Çam&Yıldırım, 2014).

Stres ve ona verilen yanıtlar ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasının merkezinde yer alır. Stres ve ona verilen tepkiler hemşirelik bakım planını oluşturur (Stuart, 2014). Hemşirelerin uyguladığı Stres azaltma teknikleri yararları bilinmektedir. Hemşirenin rolü, iyileşme ortamını teşvik ederek, etkili başa çıkmayı kolaylaştırarak ve gelecekteki baş etme stratejilerini geliştirerek stres azaltmak için müdahale etmektir (Halter, 2014; Hiçdurmaz & Öz, 2013;). Hemşirelik bakımında en önemli terapötik amaçlardan biri, bireyin mevcut sorunların stresini ele almasına ve gelecekte stresle baş etmeye yönelik beceriler ve kaynaklar yaratmasına yardımcı olmaktır (Öz & Hiçdurmaz, 2010).Stresin tanımlanması ve problem çözme süreci de dahil olmak üzere stres yönetimi becerilerinin öğretilmesi, hasta eğitiminin kritik bir parçasıdır (Videbeck & Schultz, 2013).

Hastanın bilişsel, duyuşsal, fizyolojik, davranışsal ve sosyal bileşenleri ile yaşamı stres faktörlerine ilişkin değerlendirmesi, psikiyatri hemşiresinin değerlendirmesinin önemli bir parçası olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri stres uyarlama modelini kullanarak predispozan faktörler, stres yaratan faktörler, stres faktörünün değerlendirilmesi, başa çıkma kaynakları, baş etme mekanizmaları, hemşirelik teşhisi ve ilgili müdahaleleri belirler (Stuart, 2014). Literatürde bipolar spektrum bozuklukları ile stres arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Kim et al.,2007; Bender et al.,2010; Zagreb, 2012; Maiera, 2012; Fletcher et al.,2013; Moon et al.,2014; Berghorst et al.,2016). Ancak stresle başa çıkma programlarının etkilerinin incelendiği çalışmaların literatürde yeterince ele alınmadığı görülmektedir. Oysa psikiyatri hemşireleri tarafından hastalar hastanede

yatarken akut dönem geçtikten sonra stresle başa çıkmalarının güçlendirilmesi beklenmektedir. NANDA hemşirelik tanılarında da “etkisiz baş etme” tanısı yer almaktadır (Stuart, 2014; Videbeck & Schultz, 2013).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda hemşirelik yaklaşımı üç boyutta olmaktadır:

1. Hasta manik dönemdeyken, temel durum hastanın manik davranışlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarını ele almak olmaktadır.

2. Duygudurumunu normal seviyede tutmak için ilaç kullanan hastanın, vücudundaki terapötik seviyeyi koruyabildiğinde ve ilaçla ilgili bir problem yaşamadığından emin olunması gerekmektedir.

3. Hastanın manik dönemi sona erdiğinde, hastanın manik dönemi neyi tetiklediğini fark etmesini sağlamak ve böylece öz-yönetim stratejilerini geliştirmek gerekmektedir (Videbeck & Schultz, 2013)

## **2.5. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim**

Bipolar bozukluğun tedavi stratejilerin de psikofarmakolojik ilaçların tek başına yeterli olmadığı bunların yanı sıra psikolojik müdahalelerin eklenmesi gerektiği yıllardır pek çok çalışmada dile getirilmiştir (Çakır & Özerdem, 2010; Colom & Vieta, 2012; Alataş et al., 2007).

Bu müdahalelerin içerisinde önemli bir yere sahip olan psikoeğitim Bipolar bozuklukta tedaviye uyum, hastalığa yönelik farkındalık, öncü belirtilerin erken tanınması, stresi kontrol altına almak, intiharı önlemek, madde kullanımı /ilaç kötüye kullanımı önlemek, ataklar arası geçen süreyi ve yaşam kalitesini artırılmasını sağlamaktadır (Gümüş ve ark.,2016; Çam & Engin, 2014; Alataş et al.,2007; Colom & Vieta, 2012; Acar & Buldukoğlu, 2014).

Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine ek yapılan psikososyal sağaltımların yararı bilinmektedir (Dodd et al.,2019; Goossens et al.,2008). Psikoeğitim programları bireysel ve grup psikoeğitim olarak uygulanabilmektedir. Bireysel psikoeğitimler ise hastaya ayrılan zamanın özel olması, eğitim zamanlarının hasta ile planlanması, her hastaya özel olması gibi avantajlara sahiptir (Gümüş ve ark.,2016).

Yapılandırılmış psikoeğitim programlarıyla hastalara hastalık seyri, ilaçların etki ve yan etkileri, öncü belirtiler hakkında temel bilgiler verilerek farkındalığın artırılması hedeflenmektedir (Gümüş & Buzlu, 2018). Psikoeğitim yapan hemşireler aktif ve empatik bakım yapan bir dinleyici olmakla birlikte eğitimle ilgili planlamaları aktif olarak hasta ile birlikte yönetmelidir (Gümüş ve ark.,2016)

Bipolar bozuklukta psikoeğitim programının oturum ve içeriği şu şekildedir;

- I. Hastalığın farkında olmak
- II. İlaç uyumu
- III. Madde kötüye kullanımını önleme
- IV. Yeni atakların erken tespiti
- V. Düzenli alışkanlıklar ve stres yönetimi (Çam & Engin, 2014; Colom & Vieta, 2012)

Bipolar bozuklukta stres kontrol tekniklerinde amaç relapslar için tetikleyici olarak stresin önemini vurgulamaktır. Stres oturumunda yöntem şu şekildedir:

Oturumun konusu ile başlanır

- Stres kavramı ve stress belirtileri açıklanır
  - Hastanın stress yatkınlığı belirlenir
  - Nedenler ve tetikleyiciler arasındaki ayırım gözden geçirilir
  - Birey(ler)den kendileri için belirgin bir psikososyal tetikleyici için örnek vermelesi istenir
  - Hastaların hem pozitif hem de negatif stres verici uyananlarla relaps arasındaki ilişkiyi açık bir şekilde görebilmeleri için yaşam çizelgesi çizilir
  - Hastanın doğal baş etme mekanizmalarının tanımlanması sağlanır.
  - Var olan destek mekanizmalarının harekete geçirilmesi sağlanır.
  - Gevşeme egzersizleri, nefes kontrolü öğretilir
  - Sorunları mantıklaştırma ve sorun çözme stratejileri üzerinde tartışılır
- (Colom & Vieta, 2012; Alataş et al., 2007)



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın türü**

Araştırma Öntest – Sontest, kontrol gruplu deneysel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılmıştır.

Psikiyatri servisi hastanenin 8. katında olup, 28 yatak kapasitesine sahip ve yarı-açık bir servistir. Yatırırlarak tedavisine gerek görülenler iyileşinceye kadar (süreye bakmaksızın) psikiyatri servisinde yatırılır. Yatırılan hastaların genel tıbbi kontrolleri yapılır, gerekirse ilgili bölümden konsültasyon istenir. Hastaya yattığı süre içinde bireysel görüşmeler, grup aktivitesi, egzersiz (spor) aktivitesi, ilaç tedavisi uygulanır.

Birimde beş öğretim üyesi (1 Prof. Dr., 1 Doç. Dr., Dr.Öğr.Üyesi) sekiz araştırma görevlisi, sekiz hemşire, bir psikolog, iki sekreter, beş hizmetli, dört güvenlik görevlisi çalışmaktadır. Serviste hastaların stresle başetmelerini geliştirmeye yönelik bir program uygulanmamaktadır.

1 yıllık veri izlemlerine göre mevcut yatan hasta sayısı 484'tür, bunlardan 107'sini bipolar bozukluğu olan hasta grubu oluşturmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine 1 Ocak 2017-30 Aralık 2017 tarihleri arasında toplam 107 bipolar affektif bozukluğu olan hasta grubu oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemi 1 Şubat 2018- 01 Ekim 2018 tarihleri arasında psikiyatri kliniğine bipolar bozukluk tanısı ile yatışı gerçekleştirilen, çalışmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmuştur. Yapılan power analizi % 5 önem seviyesinde iki bağımsız n1=25 n2=25 örneklem için kararın gücü 0,958752 (%96) bulunmuştur.

### **İçleme kriterleri**

- 18 yaş üzeri olmak
- DSM 5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısını almak
- İletişim kurabilme engeli bulunmamak

### **Dışlama kriterleri**

- İşitme, konuşma gibi fiziksel engeli olmak,
- Mental retardasyonu bulunmak

## **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

### **Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri**

‘Stresle Baş Etme Eğitim’ programı

### **Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri**

Stres Belirtileri Ölçeği (SBÖ),

Baş Etme Tarzları Ölçeği (COPE) ,

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

### **Araştırmanın Kontrol Değişkenleri**

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı araştırmanın kontrol değişkenleridir.

## **3.5. Verilerin Toplanma Araçları**

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Stres Belirtileri Ölçeği (SBÖ), Baş Etme Tarzları Ölçeği (COPE) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ile elde edildi.

**Kişisel Bilgi formu (Ek-1):** Form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, aile yapısı, gibi tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik toplam 10 sorudan (8 kapalı uçlu, 2 açık uçlu ) oluşmaktadır.

**Stres Belirtileri Ölçeği (Ek-2):** Ölçek, DasGupta (1992) tarafından stres durumlarındaki belirtileri saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hovardaoğlu (1997) tarafından yapılmıştır.

Ölçekte, 38 madde bulunmakta ve üç faktörden oluşmaktadır. Bilişsel-duyuşsal faktör (2,8,9,14,15,16,20,23,28,33,34,35,36,37,38); fizyolojik belirti faktörü (3,7,10,11,12,13,17,19,24,26,27) ve ağrı-yakınma faktörü (1,6,18,21,25,29,30,32) adı verilmiştir (Hovardaoğlu, 1999). Stres Belirtileri Ölçeğinin güvenilirliği bütün faktörler için cronbah alfa değeri .62-.73 arasında değişmektedir. Belirtiler listesindeki 38 maddenin her biri dörtlü likert olarak değerlendirilmektedir. Bunlar, 1 =Hiç 2= Ara sıra 3= Sık sık 4= Sürekli anlamındadır. Dolayısıyla, listeden elde edilebilecek en düşük puan 38; en yüksek puan da 152'dir. Puanların artması, belirtilerin sıklığında artış anlamına gelmektedir. Bu çalışmada ölçeğin cronbah alfa kat sayısı 0.92 bulunmuştur.

**Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Ek-3):** Ölçek Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması Ağargün ve ark (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Atmış farklı durum dörtlü likert üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçek, 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1,2,3,4), 2. Zihinsel boş verme (5,6,7,8), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (9,10,11,12), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (13,14,15,16), 5. Aktif başa çıkma (17,18,19,20), 6. İnkâr (21,22,23,24), 7. Dini olarak başa çıkma (25,26,27,28), 8. Şakaya vurma (29,30,31,32), 9. Davranışsal olarak boş verme (33,34,35,36), 10. Geri durma (37,38,39,40), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (41,42,43,44), 12. Madde kullanımı (45,46,47,48), 13. Kabullenme (49,50,51,52), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (53,54,55,56), 15. Plan yapma (57,58,59,60). Cronbach  $\alpha$  değeri 0.79'dir (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Özer, & Kara, 2005). Bu çalışmada ise ölçek cronbah alfa kat sayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

**Algılanan Stres Ölçeği (Ek-4):** Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde Eskin ve ark (2013) tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ilâ “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. ASÖ puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Türkçe ASÖ-14 iç tutarlık katsayıları 0.84, test-tekrar-test güvenirlik katsayıları ise 0.87 olarak yüksek güvenirliğe sahip olarak bulunmuştur. Ölçekte Ters puanlanan maddeler şunlardır: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 (Eskin ve ark., 2013). Ölçeğin Cronbach alfa 0.87’dir Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.72 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Stresle Baş Etme Eğitimi Kapsam ve İçeriği (Ek-5)**

Stresle baş etme eğitimi literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Colom & Vieta, 2012; Köroğlu & Türkçapar, 2013; Şahin, 1994; Öz & Demiralp, 2014; Demiralp & Oflaz, 2007)

#### **Stresle Baş Etme Eğitiminin Kapsam ve Özellikleri**

Stresle baş etme eğitimi ile bipolar bozukluk tanısına sahip olan bireylerin karşılaştıkları yaşam olayları ve stres yaratan durumlara ilişkin çözüm becerilerinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Bu programda temelde;

- Bireyde stres yaratan durumlar, stres hastalık ilişkisi
- Stres ile baş etme de bireyin kullandığı yöntemler ve olumlu baş etme yöntemleri
- Stres yaratan durum karşısında sorun çözme tekniği ve bireyin uygulaması amaçlandı.

#### **Stresle Baş Etme Eğitimine Başlama Zamanı**

Bu eğitim, psikiyatri kliniğinde yatan bipolar hastalara kliniğe yatıştan 1 hafta sonra araştırmanın kriterlerine uyan hastalara 3 oturum şeklinde uygulandı.

## **Stresle Baş Etme Eğitiminin Süre, Sıklık Ve İçeriği**

Bipolar tanısı ile yatan hastalarda programa başlama kriterleri karşılandıktan sonra danışan ve danışmandan oluşan bireysel stresle baş etme eğitimi toplam 3 oturumda gerçekleştirildi. Eğitim 1 hafta da tamamlanacak şekilde 3 oturumun saatleri birey ile birlikte planlandı.

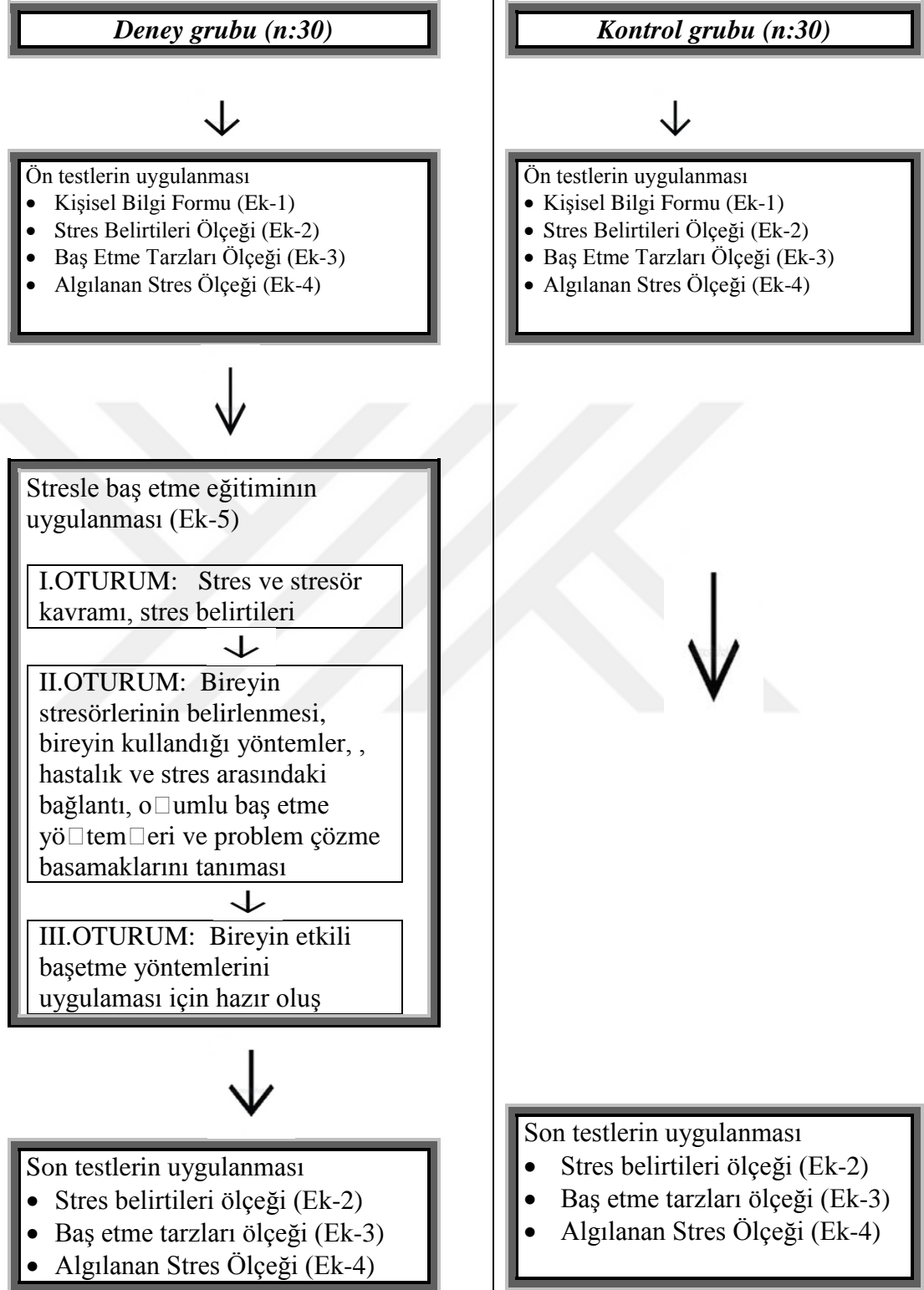
Her bir oturumun süresi 40 ile 50 dakika arası olup , 5 dk oturuma giriş genel başlıkları tanıma, 5 dk bir önceki oturumun kısaca özetlenmesi , 30-40 dk oturumun konusu şeklinde yapıldı. Oturumlarda soru-cevap yöntemi, görsel-işitsel (odiovizüel) yöntem, gerekli durumlarda rol-oyunama ve performans geribildirim aşamaları kullanıldı. Eğitimde bilginin yanı sıra yaşantılar üzerinde de duruldu ve eğitimde öğrenilen konu ile karşılaştırma gerçekleştirilmesine olanak sağlandı. Programın oturum saatleri hastaların uygunluğu göz önüne alınarak planlandı. Programın ayrıntısı Ek-6'da yer almaktadır.

I. OTURUM: Stres ve stresör kavramı, stres belirtileri

II. OTURUM: Bireyin stresörlerinin belirlenmesi, bireyin kullandığı yöntemler, hastalık ve stres arasındaki bağlantı, olumlu baş etme yöntemleri ve problem çözme basamaklarını tanıması

III. OTURUM: Bireye uygun baş etme yöntemi belirlenmesi, uygulanması için hazır oluş

### 3.7. Araştırma Uygulama Şeması



### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında, Cumhuriyet Üniversitesi kullanım izni olan SPSS İstatistik Programı v.22 (Concurrent User License) kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde (Kolmogorov Smirnov), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tekrarlı ölçümlerde Varyans analizi ve Ki-kare testi kullanıldı.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma uygulamasına başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu (2018 tarihli, 01-32 No lu) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan (23.03.2018 tarihli, 296433 no lu ) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onayları alınmıştır.

## 4. BULGULAR

**Tablo 1.** Bireylerin Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

	Grup				Test/p
	Deney		Kontrol		
	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	15	50.0	10	33.3	$\chi^2=1.714$ p=0.190
Erkek	15	50.0	20	66.6	
<b>Medeni durum</b>					
Evli	12	40.0	14	46.6	$\chi^2=3,881$ ; p=0.144
Bekar	9	30.0	13	43.3	
Dul/boşanmış	9	30.0	3	10.0	
<b>Yaş ortalaması</b>	38,96±9,62		36,70±11,45		t= 0.649 P=0.519
<b>Eğitim durumu</b>					
İlköğretim	12	40.0	12	40.0	$\chi^2=0,111$ p=0.945
Lise	9	30.0	10	33.3	
Üniversite ve üzeri	9	30.0	8	26.6	
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	8	26.6	12	40,0	$\chi^2=1,200$ p=0.273
Çalışmıyor	22	73.3	18	60,0	
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Sağlık güvencesi var	27	90.0	29	96.6	$\chi^2=1,017$ p=0.301
Sağlık güvencesi yok	3	10.0	1	3.33	
<b>Aile Yapısı</b>					
Geniş Aile	2	6.6	4	13.3	$\chi^2=0,753$ ; p=,686
Çekirdek aile	19	63.3	18	60.0	
Parçalanmış aile	9	30.0	8	26.6	

Tablo 1’ de deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların kişisel özelliklerine ait bulgular görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi deney grubunda yer alan bireylerin %50’si kadın, yaş ortalaması 38,96±9,62 olup, %40’ı ilköğretim mezunu, %40’ı evli, %63,3’ü çekirdek aileye sahip ve %73,3’ü çalışmamaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların ise %66,6’sı erkek, yaş ortalaması 36,70±11,45, %40’ı ilköğretim mezunu, %60’ı çekirdek aileye sahip ve %40’ı çalışmamaktadır. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin, cinsiyet, yaş ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve aile yapısı açısından aradaki farkın istatistiksel



olarak anlamsız olduğu ve her iki grubun benzer özellikler gösterdiği görülmektedir (p>0.05)

**Tablo 2.** Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBÖ Alt boyutları		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Gruplar arası fark
Bilişsel-Duyuşsal	Ön test	31,40±8,46	35,58±9,20	t=1.831 p= 0.072
	Son test	16,96±3,68	26,45±6,03	t=-7.354 <b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=9,023</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,450</i> <i>p=0,656</i>	
Fizyolojik Belirti	Ön test	14,23±2,59	17,19±4,19	t=-3.392 <b>p= 0.002*</b>
	Son test	11,50±0,97	14,78±3,50	t=-4.953 <b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=5,635</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,258</i> <i>p=0,798</i>	
Ağrı Yakınma	Ön test	11,99±3,70	14,09±5,23	t=-1.796 p =0.078
	Son test	8,68±1,48	11,17±2,89	t=-4.193 <b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=4,818</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,079</i> <i>p=0,938</i>	
SBÖ	Ön test	57,62±13,77	66,87±16,47	t=-2.358 p =0.022
	Son test	37,14±5,91	52,41±10,26	t=-7.061 <b>p= 0.000*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=7,886</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-,386</i> <i>p=0,702</i>	

\*p<0.05

Tablo 2’de deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin Stres Belirtileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırmıştır. Kontrol grubunun stres belirtileri ölçeği alt boyutların ön test-son test grup içi farklılığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p > 0.05). Deney grubuna alınan bireylerin verilen eğitim sonrası bilişsel-duyuşsal, fizyolojik belirtiler, ağrı yakınma ve genel toplam SBÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülüp H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir (p<0.05).

Deney ve kontrol gruplarının ön test uygulamaları arasında gruplar arası farklılık incelendiğinde fizyolojik belirtilerin anlamlı olduğu görülürken, eğitim verilen grubun son test uygulamasında bilişsel duyuşsal belirtiler, fizyolojik

belirtiler, ağrı yakınma alt boyutları ile genel toplam SBÖ puanları açısından anlamlı derece farklılık olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 3.** Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

COPE Alt boyutları		Deney (n=30) X ± SD	Kontrol (n=30) X ± SD	Gruplar arası fark	
				t	p
Pozitif yeniden yorumlama	Ön test	9,48±2,49	11,74±2,68	<b>t=-3.371</b>	<b>p=0,001*</b>
	Son test	14,32±1,81	11,55±2,97	<b>t=4.349</b>	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-7,461</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,450</i> <i>p=0,656</i>		
Zihinsel boş verme	Ön test	9,01±1,61	9,63±2,76	t=1.074	p=0,287
	Son test	13,48±2,02	9,81±2,43	<b>t=6.334</b>	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-12.278</i> <i>p=0.001*</i>	<i>t=-0,509</i> <i>p=0,615</i>		
Soruna odaklanma	Ön test	9,72±2,75	9,61±2,59	t= 0.156	p =0.877
	Son test	8±70±3,55	8,99±2,57	t=0.366	p= 0.716
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=1,145</i> <i>p=0,262</i>	<i>t=1,125</i> <i>p=0,231</i>		
Yararlı sosyal destek	Ön test	9,66±2,03	10,63±2,55	t= -0,705	p= 0.484
	Son test	14,04±2,07	10,67±2,29	<b>t=5.664</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-7,479</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-1,147</i> <i>p=0,261</i>		
Aktif baş etme	Ön test	9,60±1,73	10,67±2,29	t=-2.038	p= 0.460
	Son test	12,92±2,25	10,80±2,29	<b>t=3.606</b>	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-6,977</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,304</i> <i>p=0,763</i>		
İnkâr	Ön test	10,72±2,14	10,05±3,11	t= 0.969	p= 0.336
	Son test	10,95±2,59	10,72±2,39	t=0.362	p= 0.718
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-0,363</i> <i>p=0,719</i>	<i>t=-1,155</i> <i>p=0,257</i>		
Dini olarak boş verme	Ön test	8,72±2,18	9,88±2,23	t=2.041	p=0.046
	Son test	11,98±2,79	9,43±2,26	<b>t=3.893</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-5,976</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=1,118</i> <i>p=0,273</i>		
Şakaya vurma	Ön test	10,17±2,42	10,16±2,47	t= 0.013	p= 0.990
	Son test	13,26±1,90	11,10±2,94	<b>t=3.365</b>	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-6,304</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-1,915</i> <i>p=0,065</i>		
Davranışsal olarak boş verme	Ön test	9,26±2,76	9,38±2,59	t=0.176	p =0.861
	Son test	11,50±2,17	9,2±2,51	<b>t=3.792</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-5,082</i> <i>p=0,007*</i>	<i>t=0,352</i> <i>p=0,727</i>		
Geri durma	Ön test	10,10±2,39	10,2±2,63	t= - 0.160	p= 0.874
	Son test	12,65±2,06	10,87±2,08	<b>t=3.314</b>	<b>p= 0.002</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-4,379</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-1,719</i> <i>p=0,096*</i>		

Tablo 3' ün devamı					
<b>Duygusal sosyal destek</b>	Ön test	9,73±2,72	11,05±3,03	t= - 1.777	p= 0.081
	Son test	14,56±1,35	11,49±2,82	<b>t=5.359</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-7,979</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0711</i> <i>p=0,447*</i>		
<b>Madde kullanımı</b>	Ön test	9,84±2,89	12,72±2,03	t=-4.356	<b>p= 0.001*</b>
	Son test	14,60±1,42	12,00±2,36	<b>t=5.158</b>	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-7,356</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=2,006</i> <i>p=0,054*</i>		
<b>Kabullenme</b>	Ön test	9,24±2,01	9,37±1,67	t=-273	p=0.786
	Son test	12,49±1,89	8,94±2,13	<b>t=6.800</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-7,408</i> <i>p=0,000*</i>	<i>t=1,075</i> <i>p=0,291*</i>		
<b>Diğer meşguliyetleri bastırma</b>	Ön test	9,31±2,47	10,32±2,45	t=-1.576	p=0.121
	Son test	12,99±2,12	10,43±2,13	<b>t=4.657</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-6,196</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,258</i> <i>p=0,798*</i>		
<b>Plan yapma</b>	Ön test	9,67±2,84	11,12±2,17	t=-2.209	p= 0.031
	Son test	14,65±1,77	11,15±3,30	<b>t=5.106</b>	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-7,465</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-0,079</i> <i>p=0,938*</i>		
<b>Başa Çıkma Tutumları (COPE)</b>	Ön test	144,30±19,73	156,10±10	t=-2.286	p=0.026
	Son test	193,17±15,27	157,20±20	<b>t=7.886</b>	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=-10,638</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=-,386</i> <i>p=0,702</i>		

\*p<0.05

Tablo 3' de deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu COPE ölçeği toplam puan, zihinsel boş verme, soruna odaklanma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başetme, inkar, dini olarak boş verme, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek, kabullenme, diğer meşguliyetlerle bastırma, plan yapma alt boyutları puan ortalamaları açısından aradaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Bu özellikler açısından her iki grup birbirine benzerdir. Pozitif yeniden yapılanma ve madde kullanımı alt boyutları puan ortalamaları açısından ise gruplar arasında fark bulunmaktadır (p<0.05).

Deney grubunda yer alan bireylerin COPE ölçeği toplam ve alt boyut öntest ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek, aktif baş etme, dini olarak boş verme, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek, madde

kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma başa çıkma tutumları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Kontrol grubunda bulunan bireylerde ise öntest ve son test COPE alt boyutlarından madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı görülürken diğer boyutlar ve toplam COPE puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Tabloda da görüldüğü gibi gruplar arası COPE toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başetme, dini olarak boş verme, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetler ile bastırma, plan yapma ve toplam COPE puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bu bulgulara göre  $H_2$  hipotezinin geçerli olduğu kabul edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.** Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ASÖ ölçeği		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Gruplar arası fark	
Yeterlilik/Öz yeterlilik Algısı	Ön test	22,53±5,21	22,06±10,86	t=0.212	p=0.833
	Son test	3,86±2,52	18,36±60,14	t=-11.952	<b>p= 0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=17,117</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=1, 933</i> <i>p=0,063</i>		
Stres/rahatsızlık algısı	Ön test	20,70±5,31	18,44±4,50	t=1.782	p= 0.080
	Son test	43,23±10,12	17,63±5,02	t=-12.135	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=12,754</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=0,855</i> <i>p=0,399</i>		
Algılanan Stres (ASÖ)	Ön test	43,23±10,12	40,50±13,86	t=0.872	p=0.387
	Son test	7,50±5,19	36,00±10,85	t=-12.972	<b>p=0.001*</b>
	<i>Gruplar içi fark</i>	<i>t=15,937</i> <i>p=0,001*</i>	<i>t=1,793</i> <i>p=0,083</i>		

\* $p < 0.05$

Tablo 4'de deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Kontrol grubunun ön test-son test uygulamasında grup içi anlamlı farklılık olmadığı, eğitim verilen grubun ise son test yeterlilik/öz yeterlilik algısı, stres/rahatsızlık algısı ve genel ASÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları gruplar arası incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ( $p>0.05$ ), eğitim verilen grubun yeterlilik/öz yeterlilik algısı, stres/rahatsızlık algısı ve genel ASÖ puanları arasında anlamlı derece farklılık gösterdiği bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu bulgulara göre  $H_3$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 5.** Deney Grubundaki Bireylerin Cinsiyet Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Cinsiyet	Sayı	$\bar{X}$	SS	t	p
<b>Bilişsel/ Duyuşsal</b>	Kadın	15	16,20	,77	-1,147	,261
	Erkek	15	17,73	5,11		
<b>Fizyolojik Belirti</b>	Kadın	15	11,40	,50	-,556	,583
	Erkek	15	11,60	1,29		
<b>Ağrı Yakınma</b>	Kadın	15	8,53	,63	-,536	,597
	Erkek	15	8,82	2,03		
<b>SBÖ</b>	Kadın	15	36,13	,91	-,937	,357
	Erkek	15	38,16	8,32		

Tablo 5’de deney grubundaki bireylerin cinsiyete göre Stres Belirtileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin SBÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyet grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.** Deney Grubundaki Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

	<b>Çalışma durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Bilişsel/ Duyuşsal</b>	Çalışıyor	8	19,12	6,83	1,215	,263
	Çalışmıyor	22	16,18	,85		
<b>Fizyolojik Belirti</b>	Çalışıyor	8	11,75	1,75	,542	,604
	Çalışmıyor	22	11,40	,50		
<b>Ağrı Yakınma</b>	Çalışıyor	8	9,25	2,76	,788	,456
	Çalışmıyor	22	8,47	,58		
<b>SBÖ</b>	Çalışıyor	8	40,12	11,29	1,015	,344
	Çalışmıyor	22	36,06	1,07		

Tablo 6’ da deney grubundaki bireylerin çalışma durumlarına göre Stres Belirtileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin SBÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7.** Deney Grubundaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama dağılımı

	<b>Medeni durumu</b>	<b>Sayı</b>	$\bar{X}$	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Bilişsel/ Duyuşsal</b>	Evli	12	17,83	5,76	,539	,590
	Bekar	9	16,33	,50		
	Dul veya boşanmış	9	16,44	1,13		
<b>Fizyolojik Belirti</b>	Evli	12	11,75	1,42	,643	,534
	Bekar	9	11,33	,50		
	Dul veya boşanmış	9	11,33	,50		
<b>Ağrı Yakınma</b>	Evli	12	9,16	2,24	1,249	,303
	Bekar	9	8,15	,32		
	Dul veya boşanmış	9	8,55	,52		
<b>SBÖ</b>	Evli	12	38,75	9,25	,738	,488
	Bekar	9	35,82	,78		
	Dul veya boşanmış	9	36,33	1,32		

Tablo 7’ de deney grubundaki bireylerin medeni durumuna göre Stres Belirtileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin SBÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni durumuna göre grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8.** Deney Grubundaki Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Stres Belirtileri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri ortalama dağılımı

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Bilişsel/ Duyuşsal</b>	İlköğretim	12	17,83	5,74	,539	,590
	Lise	9	16,33	1,22		
	Üniversite ve üzeri	9	6,44	,52		
<b>Fizyolojik Belirti</b>	İlköğretim	12	11,58	1,44	,069	,934
	Lise	9	11,44	,52		
	Üniversite ve üzeri	9	11,44	,52		
<b>Ağrı Yakınma</b>	İlköğretim	12	9,08	2,23	,731	,491
	Lise	9	8,46	,50		
	Üniversite ve üzeri	9	8,35	,69		
<b>SBÖ</b>	İlköğretim	12	38,50	9,33	,506	,609
	Lise	9	36,24	1,37		
	Üniversite ve üzeri	9	36,24	,62		

Tablo 8’ de deney grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre Stres Belirtileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin SBÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumlarına göre grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 9.** Deney Grubundaki Bireylerin Aile Tipine Göre Stres Belirtileri Ölçeği  
Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama Dağılımı

	<b>Aile Tipi</b>	<b>Sayı</b>	$\bar{X}$	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Bilişsel/ Duyuşsal</b>	Geniş Aile	2	26,50	13,43	13,271	,000*
	Çekirdek aile	19	16,31	,58		
	Parçalanmış Aile	9	16,22	1,20		
<b>Fizyolojik Belirti</b>	Geniş Aile	2	13,50	3,53	6,121	,006*
	Çekirdek aile	19	11,36	,49		
	Parçalanmış Aile	9	11,33	,50		
<b>Ağrı Yakınma</b>	Geniş Aile	2	12,50	4,94	13,048	,000*
	Çekirdek aile	19	8,33	,57		
	Parçalanmış Aile	9	8,55	,52		
<b>SBÖ</b>	Geniş Aile	2	52,50	21,92	13,407	,000*
	Çekirdek aile	19	36,02	,85		
	Parçalanmış Aile	9	36,11	1,36		

\*p<0.05

Tablo 9’ da deney grubundaki bireylerin aile tipine göre Stres Belirtileri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin SBÖ ölçek düzeylerinin aile tipi grupları arasında bilişsel/duyuşsal, Fizyolojik belirti, Ağrı yakınma alt boyut düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Geniş aileye sahip olan hastaların bilişsel/duyuşsal düzeyleri ( $\bar{x}$ =26,50), ağrı yakınma düzeyleri ( $\bar{x}$ =12,50), fizyolojik belirti düzeyleri ( $\bar{x}$ =13,50) alt boyutları ile Genel SBÖ düzeyleri ( $\bar{x}$ =52,50) çekirdek ve parçalanmış aileye sahip bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek görülmüştür (p<0.05).

**Tablo 10.** Deney Grubundaki Bireylerin Cinsiyete Göre Başa Çıkma Tarzları  
Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

COPE Alt boyutları	Kadın ( n=15)		Erkek (n=15)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14,80	1,08	13,85	2,26	1,458	,156
Zihinsel Boş Verme	13,60	1,63	13,36	2,41	,315	,755
Soruna Odaklanma	8,46	3,15	8,93	4,00	-,355	,725
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	14,40	1,72	13,69	2,39	,929	,361
Aktif Baş Etme	12,92	1,91	12,93	2,62	-,009	,993
İnkar	10,73	2,78	11,18	2,45	-,468	,643
Dini Olarak Boş Verme	<b>13,13</b>	3,06	10,84	1,99	2,423	<b>,022*</b>
Şakaya Vurma	13,26	1,57	13,26	2,24	-,004	,997
Davranışsal Olarak Boş Verme	11,00	2,29	12,01	1,98	-1,296	,206
Geri Durma	12,13	1,64	13,17	2,35	-1,400	,172
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	<b>15,13</b>	,91	13,99	1,51	2,490	<b>,019*</b>
Madde Kullanımı	14,93	1,27	14,28	1,52	1,270	,215
Kabullenme	12,60	2,13	12,38	1,69	,305	,763
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	<b>14,20</b>	1,74	11,78	1,77	3,757	<b>,001*</b>
Plan Yapma	15,06	1,27	14,25	2,13	1,270	,217
<b>Son test-Cope Toplam</b>	196,38	12,18	189,95	17,68	1,161	,256

\*p<0.05

Tablo 10'da deney grubundaki bireylerin cinsiyete göre Başa Çıkma Tarzları toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir. Kadınların uygulama sonrasında dini olarak boş verme ( $\bar{x}$ =13,13), duygusal sosyal destek kullanımı ( $\bar{x}$ =15,13), diğer meşguliyetleri bastırma düzeyleri ( $\bar{x}$ =14,20) erkeklere göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11.** Deney Grubundaki Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

COPE Alt boyutları	Çalışıyor ( n=8)		Çalışmıyor (n=22)		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14,37	1,40	14,30	1,96	,087	,931
Zihinsel Boş Verme	13,87	1,64	13,33	2,17	,634	,531
Soruna Odaklanma	8,02	3,81	8,94	3,51	-,620	,540
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	14,52	1,72	13,87	2,20	,759	,454
Aktif Baş Etme	13,53	2,47	12,70	2,19	,879	,387
İnkâr	11,87	2,10	10,62	2,71	1,176	,250
Dini Olarak Boş Verme	12,37	2,92	11,84	2,80	,450	,656
Şakaya Vurma	13,62	2,06	13,13	1,88	,611	,546
Davranışsal Olarak Boş Verme	10,75	1,83	11,78	2,25	-1,159	,256
Geri Durma	12,50	2,67	12,70	1,86	-,240	,812
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	14,50	1,85	14,58	1,18	-,153	,879
Madde Kullanımı	15,12	1,64	14,41	1,32	1,213	,235
Kabullenme	12,51	2,25	12,48	1,80	,042	,967
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	12,00	2,07	13,35	2,06	-1,586	,124
Plan Yapma	14,37	1,99	14,76	1,72	-,522	,606
<b>Son test-Cope Toplam</b>	193,97	17,90	192,88	14,65	,171	,866

Tablo 11’de deney grubundaki bireylerin çalışma durumlarına göre Başa Çıkma Tarzları puan toplam ve alt boyut ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin COPE ölçeği ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre gruplar arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12.** Deney Grubundaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Başa Çıkma Tazları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

COPE Alt boyutları	Evli (n=12)		Bekar (n=9)		Dul /boşanmış (n=9)		F	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14,41	1,50	13,75	2,73	14,77	,83	,727	,492
Zihinsel Boş Verme	13,33	1,82	13,93	3,05	13,22	,83	,318	,731
Soruna Odaklanma	7,51	2,91	7,20	3,44	11,77	2,63	6,775	<b>,004*</b>
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	13,93	1,95	13,68	2,94	14,55	1,13	,405	,671
Aktif Baş Etme	12,34	2,13	13,07	3,11	13,55	1,23	,761	,477
İnkâr	9,66	2,38	11,08	2,15	12,55	2,55	3,832	<b>,034*</b>
Dini Olarak Boş Verme	12,08	3,17	11,51	3,09	12,33	2,12	,192	,827
Şakaya Vurma	12,33	1,23	13,33	2,59	14,44	1,23	3,748	<b>,037*</b>
Davranışsal Olarak Boş Verme	11,00	2,29	11,47	1,92	12,22	2,27	,805	,458
Geri Durma	11,41	1,97	13,06	2,00	13,88	1,36	5,051	<b>,014*</b>
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	14,83	1,64	14,32	1,12	14,44	1,23	,392	,679
Madde Kullanımı	14,91	1,56	14,13	1,67	14,66	,86	,776	,470
Kabullenme	12,09	2,01	12,51	2,22	13,00	1,41	,569	,572
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	13,83	2,20	11,86	2,08	13,00	1,65	2,434	,107
Plan Yapma	14,41	1,92	15,30	1,17	14,33	2,06	,857	,436
<b>Son test-Cope Toplam</b>	188,13	15,99	190,28	17,97	202,77	4,40	2,940	,070

Tablo 12' de deney grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre Başa Çıkma Tazları toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin soruna odaklanma düzeyleri medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup (F=6,775; p<0.05); dul veya boşanmış hastaların ( $\bar{x}$ =11,77) soruna odaklanma düzeyleri evli ( $\bar{x}$ =7,51) ve bekar ( $\bar{x}$ =7,20) hastalara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

İnkâr düzeyleri medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup (F=3,832; p<0.05); dul veya boşanmış hastaların ( $\bar{x}$ =12,55) inkâr düzeyleri evli ( $\bar{x}$ =9,66) hastalara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir

Şakaya vurma düzeyleri medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $F=3,748$ ;  $p<0.05$ ); dul veya boşanmış hastaların ( $\bar{x}=14,44$ ) şakaya vurma düzeyleri evli ( $\bar{x}=12,33$ ) hastalara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Geri durma düzeyleri medeni durum grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $F=5,051$ ;  $p<0.05$ ); dul veya boşanmış hastaların ( $\bar{x}=13,88$ ) geri durma düzeyleri evli ( $\bar{x}=11,41$ ) hastalara göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 13.** Deney Grubundaki Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

COPE Alt boyutları	İlköğretim (n=12)		Lise (n=9)		Üniversite ve üzeri (n=9)		F	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14,48	1,40	15,00	,86	13,44	2,65	1,832	,180
Zihinsel Boş Verme	13,70	1,71	13,66	1,32	13,00	2,95	,346	,710
Soruna Odaklanma	7,91	3,44	10,33	3,31	8,11	3,75	1,404	,263
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	14,19	1,59	14,66	1,32	13,22	3,03	1,152	,331
Aktif Baş Etme	12,90	1,88	13,55	1,66	12,33	3,16	,644	,533
İnkâr	10,97	2,45	11,55	2,69	10,33	2,82	,483	,622
Dini Olarak Boş Verme	12,22	2,87	11,11	2,52	12,55	3,04	,653	,528
Şakaya Vurma	12,92	1,72	14,00	1,32	13,00	2,54	,945	,401
Davranışsal Olarak Boş Verme	11,77	2,16	11,11	1,76	11,55	2,69	,227	,798
Geri Durma	12,96	2,06	13,22	1,92	11,66	2,06	1,567	,227
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	14,41	1,57	14,77	1,39	14,55	1,13	,177	,839
Madde Kullanımı	14,68	1,34	14,88	,92	14,22	1,92	,508	,608
Kabullenme	12,48	2,25	12,44	1,87	12,55	1,58	,008	,993
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	12,89	2,40	12,77	1,85	13,33	2,17	,164	,850
Plan Yapma	14,23	2,39	15,33	,86	14,55	1,42	1,013	,377
<b>Son test-Cope Toplam</b>	192,76	15,58	198,44	8,20	188,44	19,68	,970	,392

Tablo 13' de deney grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre Başa Çıkma Tarzları toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin COPE ölçeği ve alt boyut düzeyleri eğitim durumu grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo14.** Deney Grubundaki Bireylerin Aile Tipine Göre Başa Çıkma Tarzları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

COPE Alt boyutları	Geniş Aile (n=2)		Çekirdek Aile (n=19)		Parçalanmış Aile (n=9)		F	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	13,00	1,41	14,14	2,09	15,00	,86	1,274	,296
Zihinsel Boş Verme	12,00	,00	13,70	2,42	13,33	1,00	,659	,526
Soruna Odaklanma	6,10	2,97	7,56	3,19	11,66	2,64	6,346	<b>,006*</b>
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	12,61	,54	14,00	2,44	14,44	1,23	,626	,542
Aktif Baş Etme	10,12	1,58	12,87	2,52	13,66	1,11	2,200	,130
İnkâr	7,50	,70	10,93	2,22	11,77	3,07	2,452	,105
Dini Olarak Boş Verme	10,50	2,12	11,98	3,16	12,33	2,12	,336	,718
Şakaya Vurma	11,00	1,41	13,10	2,05	14,11	1,16	2,617	,091
Davranışsal Olarak Boş Verme	8,50	,70	11,64	1,99	11,88	2,36	2,278	,122
Geri Durma	9,00	1,41	12,60	1,81	13,55	1,87	5,145	<b>,013*</b>
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	13,50	3,53	14,73	1,20	14,44	1,23	,782	,468
Madde Kullanımı	14,00	2,82	14,69	1,58	14,55	,72	,213	,809
Kabullenme	12,06	1,31	12,61	2,23	12,33	1,22	,113	,894
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	12,50	3,53	13,04	2,30	13,00	1,65	,055	,946
Plan Yapma	12,00	2,82	15,04	1,33	14,44	2,06	3,155	,059
<b>Son test-Cope Toplam</b>	164,40	12,15	192,70	15,13	200,55	6,540	6,289	<b>,006*</b>

Tablo 14' de deney grubundaki bireylerin aile tipine göre Başa Çıkma Tarzları toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin soruna odaklanma düzeyleri aile tipi grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $F=6,346$ ;  $p<0.05$ ); geniş aileye sahip olan hastaların ( $\bar{x}=6,10$ ) soruna odaklanma düzeyleri parçalanmış aile sahip hastalara ( $\bar{x}=11,66$ )

göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Geri durma düzeyleri aile tipi grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $F=5,145$ ;  $p<0.05$ ); geniş aileye sahip olan hastaların ( $\bar{x}=9,00$ ) geri durma düzeyleri çekirdek aile ( $\bar{x}=12,60$ ) ve parçalanmış aile sahip hastalara ( $\bar{x}=13,55$ ) göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

COPE ölçeği düzeyleri aile tipi grupları arasındaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ( $F=6,289$ ;  $p<0.05$ ); geniş aileye sahip olan hastaların ( $\bar{x}=164,40$ ) COPE düzeyleri çekirdek aile ( $\bar{x}=192,70$ ) ve parçalanmış aile sahip hastalara ( $\bar{x}=200,55$ ) göre daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 15.** Deney Grubundaki Bireylerin Cinsiyet Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Dağılımı

	Cinsiyet	Sayı	$\bar{X}$	SS	t	p
Yeterlilik Özyeterlilik	Kadın	15	3,06	1,43	-1,798	,088
	Erkek	15	4,66	3,13		
Stres/rahatsızlık algısı	Kadın	15	3,40	3,37	-,328	,745
	Erkek	15	3,86	4,35		
Son test- Algılanan Stres	Kadın	15	6,46	3,29	-1,093	,287
	Erkek	15	8,53	6,54		

Tablo 15’ de deney grubundaki bireylerin cinsiyet durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut düzeyleri dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin ASÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyet grupları arasında farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 16.** Deney Grubundaki Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Dağılımı

	Çalışma durumu	Sayı	$\bar{X}$	SS	t	p
Yeterlilik Özyeterlilik	Çalışıyor	8	2,75	1,28	-1,489	,148
	Çalışmıyor	22	4,27	2,76		
Stres/rahatsızlık algısı	Çalışıyor	8	3,87	4,25	,205	,839
	Çalışmıyor	22	3,54	3,77		
Son test- Algılanan Stres	Çalışıyor	8	6,62	4,30	-,549	,587
	Çalışmıyor	22	7,81	5,54		

Tablo 16 da deney grubundaki bireylerin çalışma durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut düzeyleri dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin ASÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre gruplar arasında farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17.** Deney Grubundaki Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan ortalamalarının dağılımı

	Medeni Durum	Sayı	$\bar{X}$	SS	F	P
Yeterlilik Özyeterlilik	Evli	12	4,16	3,24	,132	,877
	Bekar	9	3,66	2,06		
	Dul veya boşanmış	9	3,66	2,06		
Stres / rahatsızlık algısı	Evli	12	3,16	1,69	2,757	,081
	Bekar	9	5,88	6,23		
	Dul veya boşanmış	9	2,00	1,22		
Son test- Algılanan Stres	Evli	12	7,33	4,22	1,296	,290
	Bekar	9	9,55	7,74		
	Dul veya boşanmış	9	5,66	2,17		

Tablo 17 de deney grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin ASÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre gruplar arasında farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 18.** Deney Grubundaki Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama Sonucu

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Sayı</b>	$\bar{X}$	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Yeterlilik Özyeterlilik	İlköğretim	12	3,08	1,08	1,073	,356
	Lise	9	4,11	2,14		
	Üniversite ve üzeri	9	4,66	3,90		
Stres / rahatsızlık algısı	İlköğretim	12	2,41	1,56	1,212	,313
	Lise	9	3,88	3,95		
	Üniversite ve üzeri	9	5,00	5,47		
Son test- Algılanan Stres	İlköğretim	12	5,50	1,67	1,807	,183
	Lise	9	8,00	5,24		
	Üniversite ve üzeri	9	9,66	7,41		

Tablo 18’ de deney grubundaki bireylerin eğitim durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin ASÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim durumlarına göre gruplar arasında farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 19.** Deney Grubundaki Bireylerin Aile Tipine Göre Algılanan Stres Ölçeği  
Toplam ve Alt Boyut Düzeyleri Ortalama Sonucu

	<b>Aile Tipi</b>	<b>Sayı</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Yeterlilik Özyeterlilik	Geniş Aile	2	4,00	1,41	,038	,963
	Çekirdek aile	19	3,94	2,87		
	Parçalanmış Aile	9	3,66	2,06		
Stres / rahatsızlık algısı	Geniş Aile	2	1,00	1,41	1,741	,194
	Çekirdek aile	19	4,57	4,47		
	Parçalanmış Aile	9	2,22	1,39		
Son test- Algılanan Stres	Geniş Aile	2	5,00	2,82	1,037	,368
	Çekirdek aile	19	8,52	6,14		
	Parçalanmış Aile	9	5,88	2,20		

Tablo 19’da deney grubundaki bireylerin aile tipine göre Algılanan Stres Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir. Bireylerin ASÖ ölçeği ve alt boyut puanlarının aile tipine göre gruplar arasında farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'n de takip edilen 60 Bipolar Bozukluk tanısı ile klinikte yatan hastanın (30 deney, 30 kontrol) stres belirtileri, algılanan stres ve stresle baş etme düzeylerine, stresle baş etme eğitim programının etkisine yönelik elde edilen bulgular tartışılmıştır. Çalışmada 40'ar dakikadan oluşan üç oturumda uygulanan stres eğitim programı uygulanmıştır. Çalışmada eğitim programı uygulanan bipolar hastaların uygulama yapılmayan hastalara ve uygulam öncesi puanlarına göre anlamlı düzeyde bir gelişmenin olduğu bulunmuştur.

Bilindiği gibi bipolar bozuklukta stres yaratan olaylar ile relaps riski arasında belirgin bir ilişki vardır. Bu nedenle stres bipolar bozuklukların başlamasını tetikleyebilir ve duygudurum bozukluklarının nüksetme riskini artırır (Moon, et al., 2014; Miklowitz & Johnson, 2009). Bipolar bozukluğu olan hastalar da depresif atak öncesi birçok kez şiddetli bir stresörün olduğu, manik atak oluşumunda da önemli bir rol oynadığı ve stres düzeyi yüksek olan hastalarda yinleme oranının 4,5 kat fazla olduğu görülmüştür (Molz et al.,2013; Işık, 2013; Kılıç & Eşel, 2002). Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda stres intihar için de önemli bir risk faktörüdür (Johnson , 2005). Deney grubuna alınan kadınların ( $\bar{x}=13,13$ ) dini olarak boş verme düzeyleri ( $\bar{x}=10,84$ ), duygusal sosyal destek kullanımı düzeyleri ( $\bar{x}=15,13$ ), diğer meşguliyetleri bastırma düzeylerinin ( $\bar{x}=14,20$ ) erkeklere göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Goossens ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ayaktan takip edilen bipolar hasta grubu sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında hem erkeklerde hem de kadınlarda başa çıkma stillerinin daha kötü olduğu ancak bipolar hasta grubunda kadın ve erkek grupları arasında anlamlı düzeyde farklılıklar olmadığı görülmüştür (Goossens et al., 2008).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık ve diğer nedenlerden dolayı stres düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmekte ve dünyadaki yıkıcı hastalıkların başında gelmektedir. Bu nedenle hastalık ile baş etme yaşantısında hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Goossens et al.,2008; Kim et al., 2007; Moon, et al., 2014; Fletcher et al., 2014). Bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen hastaların nüksten önce ötimik dönemleri ile kıyaslandığında stresli

yaşam olaylarının yüksek bulunduğu ayrıca sağlıklı bireyler ve ruhsal hastalığı olmaksızın fiziksel hastalığı olan bireylerle karşılaştırıldığında da stresli yaşam olaylarının yüksek olduğu görülmüştür (Lex et al.,2017).

Eğitim verilen grupta ki medeni durumlarına göre COPE ölçeğinin inkar, şakaya vurma ve geri durma alt boyutları dul/ boşanmış bireylerin evli ve bekar bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 13). Aile yapısı incelendiğinde ise soruna odaklanma ve geri durma alt boyutlarının geniş aileye sahip olan bireylerde çekirdek ve parçalanmış aile tipine göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 14). Stres belirtileri ölçeğinde geniş aileye sahip olan hastaların bilişsel/duyuşsal düzeyleri ( $\bar{x}=26,50$ ), ağrı yakınma düzeyleri ( $\bar{x}=12,50$ ), fizyolojik belirti düzeyleri ( $\bar{x}=13,50$ ) alt boyutları ile Genel SBÖ düzeyleri ( $\bar{x}=52,50$ ) çekirdek ve parçalanmış aileye sahip bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 9). Maiera 'nın yaptığı bir çalışmada evli olan erkekler ve kadınlar boşanmış ve yalnız yaşayan bireylere göre stres belirtileri semptomlarında genel bir düzelme olduğu görülmüştür (Maiera, 2012). Çalışmamız bu anlamda literature ile farklılık göstermektedir.

Yapılan bu çalışma da sosyodemografik veriler incelendiğinde deney grubuna alınan bireylerin çalışma durumu, eğitim durumu ve sağlık güvencesi stres belirtileri, algılanan stres düzeyi ve başa çıkma tarzları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır (Tablo 6,8,11,13,16,18). Moon ve ark.'nın bipolar bozukluğu olan bireylerle sağlıklı kontrolleri karşılaştırdığı çalışmada; bipolar hastalar ile sağlıklı kontroller arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı fark varken grup arasında çalışma düzeyinde belirgin bir farklılık görülmüştür (Moon, et al., 2014).

Stresle baş etme düzeyi bipolar hasta grubu arasında heterojenlik gösterse de etkin başa çıkma yollarını kullanamadıkları bildirilmiştir (Moon, et al., 2014; Maçkalı et al.,2014; Kılıç & Eşel, 2002; Işık, 2013). Bipolar bozuklukluk tanısı ile hastaneye yatan bireylerde atak öncesi şiddetli bir stresörün bu atakları tetiklediği belirtilmiştir (Moon, et al., 2014; Aksoy & Kelleci, 2016). Bu çalışmada deney grubuna alınan bireylerin verilen eğitim sonrası bilişsel-duyuşsal, fizyolojik belirtiler, ağrı yakınma ve genel toplam SBÖ puanları açısından istatistiksel olarak

anlamli farklilik olduğu gorulup; gruplar arasi farklilik incelendiğinde fizyolojik belirtilerin anlamli olduğu gorulurken, eğitim verilen grubun son test uygulamasında bilişsel duyuşsal belirtiler, fizyolojik belirtiler, ağrı yakınma alt boyutları ile genel toplam SBÖ puanları açısından anlamli derece iyileştiği gorulmuştür (Tablo 2).

Bipolar bozukluğu olan ergenlerde yapılan bir çalışmada stresin otonomik ve endokrin yanıtındaki bozulmalarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Casement et al.,2018). Yapılan çalışmalar bipolar bozuklukta stres belirtilerinin yüksek olduğunu göstermiştir ve bipolar bozuklukta strese yönelik yapılan müdahalelerin bireylerin stres belirtileri üzerinde önemli rol oynadığı bildirilmiştir. (Maiera, 2012; Berghost, et al., 2016; Bender & Alloy, 2011; Lex et al.,2017). Bu araştırmada stres eğitim programı uygulanan bireylerin kontrol grubuna göre son test puanı anlamli düzeyde düşük bulunmuştür. Araştırmamızın bu sonucu verilen eğitimin stres belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Deney ve kontrol gruplarının ön test uygulamaları arasında gruplar arasi farklilik incelendiğinde fizyolojik belirtilerin anlamli olmadığı gorulurken, eğitim verilen grubun son test uygulamasında bilişsel duyuşsal belirtiler, fizyolojik belirtiler, ağrı yakınma alt boyutları ile genel toplam SBÖ puanları açısından anlamli derece farklilik olduğu gorulmuştür (Tablo 2). Bipolar bozukluğu olan bireyler ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada stres karşısında otonomik ve endokrin yanıtların bozulduğu gorulmektedir (Casement et al., 2018).

Literatürde bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin stresle başa çıkmalarının yetersiz olduğu, başa çıkma becerilerini geliştirmek için psikososyal müdahalelerin önemli olduğu vurgulanmıştır (Chan & Tse, 2018; Fletcher et al.,2013; Willert et al., 2009; Goossens et al, 2008; Dodd et al., 2019). Bu araştırmada eğitim verilen grubun pozitif yeniden yorumlama, zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek, aktif baş etme, dini olarak boş verme, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamli farklilik göstermektedir (Tablo 3).

Bipolar hastalarda stresle başa çıkma davranış özelliklerini araştıran bir çalışmada bipolar hastalarda 'sigara içme', 'mastürbasyon' ve 'çalma' gibi keyif arayan

davranışlar sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha sık görülmüştür (Moon, et al., 2014). Dikyar Altun'un bipolar hastalar üzerine yaptığı bir çalışmada hastalarda psikoeğitim aldıktan sonraki COPE'da "duygusal odaklı başa çıkma puanlarında anlamlı düzeyde düşme olduğu belirlenmiştir. Alt ölçeklerden de "dini olarak başa çıkma da anlamlı derecede düşme saptandı (Dikyar Altun, 2014). Bu çalışmada kullanılan Stres yönetim programına dahil edilen bireylerin olumlu başa çıkma yöntemlerini daha aktif kullandıkları görülmekte olup literatürle paralellik göstermektedir (Willert et al., 2009, Maiera, 2012). Öte yandan kontrol grubunda bulunan bireylerde ise son test uygulanmasında COPE alt boyutlarından madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı görülürken kontrol grubu başa çıkma tutumları ölçeği ön test ve son test grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamızın bu sonucu verilen eğitimin başa çıkma tarzları üzerindeki etkinliği göstermektedir.

Depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada COPE gruplar arası başa çıkma tutumları alt maddelerinden pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, şakaya vurma, geri durma, plan yapma kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek iken depresyon grubunda kabullenme, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı alt maddeleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Her iki grup için duygusal odaklı başa çıkma toplam puanları birbirine yakın iken fonksiyonel olmayan başa çıkma toplam puanı depresyon grubunda daha yüksek, problem odaklı başa çıkma toplam puanı kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur (Özarıslan et al.,2013)

Yapılan çalışmada ASÖ düzeyleri değerlendirildiğinde deney grubunun eğitim verilen grubun yeterlilik/öz yeterlilik algısı, stres/rahatsızlık algısı ve genel ASÖ puanları arasında anlamlı derece farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4). Willert ve ark.'nın yaptığı 3 aylık stres eğitim programı sonucunda kontrol grubuna kıyasla algılanan stres ve başatme tarzları alt boyutlarından olan pozitif yeniden yorumlama anlamlı farklılığı olduğu görülmüştür (Willert et al.,2009). Bipolar bozuklukta alevlenme döneminin azalmasıyla birlikte hastalık belirtilerinde azalmakta ancak bireylerin algılanan stres düzeyleri yüksek görülmesi sadece farmakolojik tedavinin yetersiz kaldığı , psikososyal müdahalelerle desteklenmesi

gerektiğini göstermektedir ve literatür ile paralellik göstermektedir. (Moon, et al., 2014; Chan & Tse, 2018; Willert et al., 2009; Kim et al.,2007).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastaların stresle başetme durumlarının yetersiz olduğu görülmektedir (Corry et al., 2017; Bender et al.,2010). Ülkemizde Aksoy ve Kelleci'nin yaptığı bir çalışmada stresin hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı hastaneye yatış nedeninin % 41.7 si buna bağlı olduğu belirtilmiştir (Aksoy & Kelleci, 2016). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında stres düzeylerini ölçen çalışmalarda ayaktan takip edilen hastaların alındığı, klinikte yatmakta olan hastalara yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmadığı görülmektedir.

Bipolar bozukluğu olan kişilerin kontrollere kıyasla baş etmelerinin yetersiz olduğu (Dodd et al.,2019), bunun hastalık semptomlarıyla yakından ilişkili olduğu (Johnson, et al., 2008) ve psikososyal müdahalelerin stresle başetme de önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır (Moon, et al., 2014). Bipolar bozukluğu olan bireylerin olumsuz başa çıkma yöntemlerini kullandığı bildirilmiştir (Varo, et al., 2019). Literatürde yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan ötimik dönemdeki ve ayaktan takip edilen bireylerin stres ile başetmeleri araştırılmıştır. Ancak klinikte yatmakta olan hastalara yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde ise yapılan psikososyal müdahalelerin olumlu baş etme üzerinde anlamlı fark oluşturduğu, bireylerin olumlu başetme yöntemlerini kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Goossens et al.,2008; Willert et al.,2009; Blixen et al.,2016). Çalışmamız yapılan diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında ise uzun oturumların süre ve maliyet açısından önemli bir yer tuttuğunu 3 oturumda verilen eğitimin de etkili olduğunu göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Kontrol grubunun SBÖ puanları incelendiğinde ön test  $66,87 \pm 16,47$  , son test  $52,41 \pm 10,26$  olarak bulunmuş aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $t=-,386$ ;  $p=0,702$ ).

- Deney grubunun SBÖ incelendiğinde eğitim öncesi puan ortalamasının ( $\bar{x}=57,62$ ) eğitim sonrası puan ortalamasına göre ( $\bar{x}=52,41$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney grubuna alınan bireylerin verilen eğitim sonrası bilişsel-duyuşsal, fizyolojik belirtiler, ağrı yakınma ve genel toplam SBÖ puan ortalamaları açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $t=7,886$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ).

- SBÖ deney ve kontrol gruplarının ön test puan ortalamaları açısından gruplar arası farklılık incelendiğinde fizyolojik belirtilerin anlamlı olduğu görülürken, eğitim verilen grubun son test uygulamasında bilişsel duyuşsal belirtiler, fizyolojik belirtiler, ağrı yakınma alt boyutları ile genel toplam SBÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür

- Kontrol grubu toplam COPE ön test  $156,10 \pm 10$ , son test  $157,20 \pm 20$  olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t=-,386$ ;  $p=0,702$ ). COPE alt boyutlarından madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,291$ ).

- Deney grubunun COPE ön test  $144,30 \pm 19,73$ , son test  $193,17 \pm 15,27$  olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=-10,638$ ;  $p=0,000^*$ ).

- Deney ve kontrol grupları arasında toplam COPE puanları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- Kontrol grubu toplam ASÖ ön test  $40,50 \pm 13,86$ , son test  $36,00 \pm 10,85$  olarak belirlenmiş ve alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $t=1,793$ ;  $p=0,083$ ).



- Deney grubunun toplam ASÖ ön test  $43,23 \pm 10,12$  , son test  $7,50 \pm 5,19$  olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=15,937$ ;  $p=0,000^*$ )

- Deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları gruplar arası incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ), eğitim verilen grubun yeterlilik/öz yeterlilik algısı, stres/rahatsızlık algısı ve genel ASÖ puanları arasında anlamlı derece farklılık gösterdiği bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmamız tek bir klinikte yapılmıştır. Bu nedenle daha büyük örneklem grubu ile farklı psikiyatri kliniklerinde programın kullanılarak araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi,

- Çalışmamızda bireylerin kliniğe yattığı sürede eğitim verilip klinik ortamında son test uygulanmıştır. Taburculuk sonrası izlem çalışmalarının yapılarak eğitim programının etkinliğinin uzun vadede değerlendirilmesi ve poliklinik kontrollerinde tekrarlanması,

- Çalışmada pasif baş etme tarzını kullanan hastaların stresle baş etme eğitimi sonrası daha aktif baş etme yöntemlerini kullandığı görülmüştür. Bu nedenle hastaların stresle baş etme düzeyleri belirlenmeli ve stresle baş etmede aktif yöntemleri kullanmalarını sağlamak amacıyla klinikte yatan bipolar hastalara yönelik sistemli stresle baş etme eğitimlerinin yapılması için hizmet içi eğitimlerin planlanması,

- Bu program üç oturumdan oluşmaktadır. Geliştirilen ve kullanılan bu programda bipolar hastaların sorun çözme becerilerini istendik düzeyde geliştirmedeği görülmüştür. Bu nedenle sorun çözme eğitiminin daha kapsamlı olarak ele alınabilmesi için programa bir oturumun daha eklenmesi ve etkisinin değerlendirilmesi önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

- Acar, G., & Buldukoğlu, K. (2014). Bipolar bozuklukta psikoeğitimin relaplara etkisi: Sistematik bir derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4):310-329.
- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, . K., zer, . A., & Kara, H. (2005). COPE (Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme leği):Psikometrik özelliklere ilişkin bir n alışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:221-226.
- Akçakaya, R. ., & elik Erden, S. (2014). Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım. *turkishfamilyphysician*, 5(2).
- Akishal, H. S. (2003). İki Uçlu Bozuklukların Sınıflandırılması Tanısı ve Sınırları: Gözden Geçirme. M. Maj, H. S. Akishal, İ. J. Lopez, & N. Sartorius içinde, *İki Uçlu Bozukluk* (s. 5-40). İstanbul: İyiiişler Basımevi.
- Akishal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Mller, H. J., & Hirschfeld, R. (2009). Re-Evaluating the Prevalence of and Diagnostic Composition within the Broad Clinical Spectrum of Bipolar Disorders. *Journal of Affective Disorder*, 59,5-30.
- Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., et al. (2012). Türkiye’de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik zellikleri-HOME alışması. *Türkiye Psikofarmakoloji Bülteni*, 22(1):31-42.
- Aksoy, A., & Kelleci, M. (2016). Bipolar Hastalarda İlaç Uyumu: Stresle Başetme ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29:210-218.
- Alataş, G., Kurt, E., Alataş Tzn, E., Bilgi, V., & Karatepe, T. H. (2007). Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. *Düşünen Adam Dergisi*, 5(2):18-25.
- Altınbaş, K. (2019). Bipolar ve İlişkili Bozukluklar. K. Altınbaş, & M. Aydın içinde, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 51-71). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Bahar, G., Savaş, H. A., & Ünal, A. (2015). İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu'nda Tedavi Uyumsuzluğu ve Uyumu İyileştirme Girişimleri. *Literatür Sempozyum*, 8.
- Balcıoğlu, İ. (2005, Aralık). Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, s. 47:09-12.
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2015). *Stres ve Başaçaıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bayık, A., Altuğ Özsoy, S., Ardahan, M., Özkahraman, Ş., & Başalan İz, F. (2006). Kadınların Stres Verici Yaşam Olayları İle Karşılaşma Durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:2.
- Bender, R. E., Alloy, L. B., Syliva, L. G., Urosevic, S., & Abramson, L. Y. (2010). Generation of life events in bipolar spectrum disorders: A re-examination and extension of the stress generation theory. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 907-926.
- Bender, R. E., & Alloy, L. B. (2011). Life Stress and Kindling in Bipolar Disorder: Review of the Evidence and Integration with Emerging Biopsychosocial Theories. *NIH-PA Author Manuscript*, 31(3): 383–398.
- Berghost, L. H., Kumar, P., Greve, D. N., Deckersbach, T., Ongur, D., Dutra, S. J., et al. (2016). Stress and Reward Processing in Bipolar Disorder: A functional Magnetic Resonance İmaging Study. *Bipolar Disorders*, 18(7),602-611.
- Bilge, A., Bulutlu, H., Kamile, G., & Siviloğlu, T. (2015). Topluma Verilen Stresle Baş Etme Eğitiminin Toplum Ruh Sağlığına Yönelik Etkililiğinin Belirlenmesi . *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18:2.
- Blixen, C., Levin, J. B., Cassidy, K. A., Perzynski, A. T., & Sajatovic, M. (2016:). Coping Strategies Used By Poorly Adherent Patients For Self-Managing Bipolar Disorder. *Patient Preference and Adherence*, 10 1327–1335.
- Brietzke, E., Mansur, R. B., Soczynska, J., M. Powell, A., & S. McIntyre, R. (2012). A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, (39)1-8.

- Casement, M. D., Goldstein, T. R., Gratzmiller, S. M., & Franzenb, P. L. (2018). Social stress response in adolescents with bipolar disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 158-169.
- Chan, S. H., & Tse, S. (2018). Coping with amplified emotionality among people with bipolar disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 303-312.
- Colom, F., & Vieta, E. (2012). *Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Corry, J., Green, M., Roberts, G., Fullerton, J. M., Schofield, P. R., & Mitchell, P. B. (2017). Does perfectionism in bipolar disorder pedigrees mediate associations between anxiety/stress and mood symptoms? *International Journal of Bipolar Disorder*, 5:34.
- Çakır, S., & Özerdem, A. (2010). İki Uçlu Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Sağaltımlar: Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 144-154.
- Çam Yıldırım, S. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarının Temel Bir Kavramı: Stres. O. Çam, & E. Engin içinde, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (s. 147-154). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Çam, O., Dülgerler, Ş., & Engin, E. (2006). *Psikiyatri Hemşireliğinde Standart Bakım İçin Hemşirelik Süreci*. İzmir: İzmir Güven Kitabevi.
- Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. (2015). A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 186–191.
- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:132-139.
- Deniz, M. E. (2006). The Relationship Among Coping with Stres, Life Satisfaction, Decision-Making Styles and Decision Self-Esteem: An Investigation with

Turkish University Students. *Social Behavior and Personality*, 34(9), 1161-1170.

Dikyar Altun, F. (2014). uzmanlık tezi. Ö. Metin içinde, *Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Mevcut Tedaviye Ek Olarak verilen Psikoeğitimin Tedaviye Uyuma,İşlevselliğe, Yaşam Kalitesine, Hastanın Sosyal Destek Algısına ve Yaşam Olayları ile Başaçıkma Becerilerine Etkisi* (s. 33-40). Antalya: Yök Tez.

Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., & Claus, J. P. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical. *Journal of Affective Disorders*, 262-284.

Duman, R. S., & Monteggia, L. M. (2006). A Neurotrophic Model for Stress Related Mood Disorders. *Biological Psychiatry*, 59(2), 1116-1127.

Engel-Yeger, B., Gonda, X., Muzio, C., Risi, G., Pompili, M., Amore, M., et al. (2016). *Braziliann Journal of Psychiatry. Sensory processing patterns, coping strategies, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders*, 38(3);207-15.

Erdemir, F. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboyu, Ç. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması:Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, Cilt 51 | Say› 3.

Faurholt, M., Frest, J. M., Chistansem, E. M., Bardrem, J. E., Vinberg, M., & Kessing, L. v. (2019). The validity of daily anxiety reported using smart reports in patients with bipolar disorder and its relationship with stress, quality of life and functioning. *Journeal of disorder*, 100-107.

Fletcher, K., Parker, G. B., & Manicavasagar, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54 :1177–1184.

Fletcher, K., Parker, G., & Manicavasagar, V. (2014). The role of psychological factors in bipolar disorder: prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression. *Acta Neuropsychiatrica*, 26(2):81-95.

- Goodwin, F. K., & Jaminson, K. R. (2007). Bipolar Disorders and Recurrent Depression (Vol 1). *Manic-Depressive Illness*. içinde Oxford University Press.
- Goossens, P. J., Knoppert, E. M., Klein, -v., & Achterberg, T. (2008). Coping Styles of Outpatients With a Bipolar Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5);245-253.
- Gültekin, B. K., Günderci, A., Balcı, M. V., Kökçü, F., Gedikbaş, C., & Özcan, M. (2008). Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(3);183-188.
- Gültekin, B. K., Kesebir, S., & Tamam, L. (2014). Türkiye'de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2):199-209.
- Gümüş, F., Buzlu, S., & Çakır, S. (2016). Bipolar Bozukluk İçin Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3):142-147.
- Gümüş, F., & Buzlu, S. (2018). Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2): 131-139.
- Halter, M. J. (2014). *Varcarolis's Canadian Psychiatric Mental Health Nursing*. Canadian Edition-E-Book: Elsevier Health Sciences.
- Hiçdurmaz, D., & Öz, F. (2013;). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spirütüalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16:1.
- Higgins, K. K. (2005). The Stres Management Self-Efficacy Inventory (SMSEI) Development And Initial Psychometrics. University Of Arkansas
- Hovardaoğlu, S. (1999). Stres Belirtileri ve Sürekli Kaygının Yordanması. *Kriz Dergisi*, 5 (2): 127-134.
- Işık, E. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Gerekçeleri, Genel Tedavi İlkeleri ve Uygulama Biçimleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1): 23-25.

- Işık, E., Taner, E., & Işık, U. (2008). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara: Golden Print Matbaası.
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *NIH Public Access*, 25(8): 1008–1027.
- Johnson, S. L., Cueller, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., et al. (2008). Life Events as Predictors of Mania and Depression in Bipolar I Disorder. *J Abnorm Psychol.*, 117(2): 268–277.
- Karamustafalıoğlu, O. K. (2018). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2):220-231.
- Kılıç, C., & Eşel, E. (2002). Stres Tepkisi Süreci. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12,41-48.
- Kim, Y. E., Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Mullen, K. (2007). Life Stress and the Course Of Early-Onset Bipolar Disorder. *Journal Affective Disorder*, 99(1-3): 37–44.
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania:A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema(1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 99–112.
- Kroon, J. S., Wohlfarth, T. D., Dieleman, J., Sutterland, A. L., Storosum, J. G., Denys, D., Sturkenboom, M. C. (2013). Incidence Rates and Risk Factors of Bipolar Disorder in the General Population: A Population-Based Cohort Study. *Bipolar Disorders*, 15(3), 306-313.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:1.
- Koç, M. (2016). bipolar ve ilişkili bozukluklar. G. N içinde, *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği* (s. 433-474). Ankara: Nobel tıp

- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H. vd. (2001). Life Satisfaction And Suicide: A 20-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*, 158, 433– 439.
- Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM 5*. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E., & Türkçapar, H. (2013). *Psikoterapi Yöntemleri Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lam, D., & Wong, G. (2005). Prodroms in bipolar disorders, coping strategies and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 1028-1042.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44;1-21.
- Lex, C., Bazner, E., & Meyer, T. D. (2017). Does Stress Play A Significant Role in Bipolar Disorder? A meta-analysis. *Journal Of Affective Disorder*, 208.298-308.
- Losyk, B. (2005). *Stresle Başa Çıkma Yolları*, (Çev. G. Engin), MESS Yayınları, İstanbul.
- Maçkalı, P. Z., Gülöksüz, S., & Oral, T. (2014). Yaratıcılık ve İki Uçlu Bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1):1-11.
- Maçkalı, Z. (2014). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Yatkınlık-Stres Kuramları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33):15-28.
- Maiera, E. (2012). Bipolar Disorder And Stress. *Psychiatria Danubina*, 24(1):59-60.
- Mckenzie, K., & Chang, Y. P. (2015). ). The Effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric care*, 5(1):36-44.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. J. (2009). Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *NIH Public Access Author Manuscript*, 16(2): 281–296.
- Molz, A. R., Black, C. L., Shapero, B. G., Bender, R. E., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2013). Aggression and Impulsivity as Predictors of Stress Generation in Bipolar Spectrum Disorders. *J Affect Disord.*, 5; 146(2): 272–280.



- Moon, E., Chang, J. S., Choi, S., Ha, T. H., Cha, B., Cho, H. S., et al. (2014). Characteristics of stress-coping behaviors in patients. *Psychiatry Research*, 69-74.
- Murray, G. D., Letian, N. D., Thomas, N., Michalak, E. E., Johnson, S. L., Jones, S., et al. (2017). Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: Quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. *Clinical Psychology-Elsevier*, 148-163.
- Nieto, E., Bonebarro, A., & Vieta, E. (2019). Completed suicide in bipolar disorder patients: cohort study after first admission. *Journal Of Disorder*, 340-344.
- Nitzburg, G. C., Russo, M., Cuesta-Diaz, A., Ospina, L., Shanahan, M., Perez-Rodriguez, M., et al. (2016). Coping strategies and real-world functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 185-188.
- N.T.M.Schouws, S., P.G.Paans, N., C.Comijs, H., Dols, A., & L.Stek, M. (2015). Coping and personality in older patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 67-71.
- Oliveria, R. C., Filho, L. D., & Brietzko, E. (2010). New perspectives on coping in bipolar disorder. *Psychology & Neuroscience*.
- Öz, F., & Demiralp, M. (2014). *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Öz, F., & Hiçdurmaz, D. (2010). Stresle Başetmede Önemli Bir Yol: Mizahın Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:1.
- Özarlan, Z., Fıstıkcı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z. I., & Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal*, 26:130-5.
- Özdemir, Ö., & Doğan, O. (2015). Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(2):85-94.
- Özer, N. (2002). Stres ve Anksiyete İçin Alternatif ve Tamamlayıcı Modeller. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(5).

- Özerdem, A., & Tunca, Z. (2010). Hipomanik Manik Karma Dönem Sağaltımı. Ö. Aydemir, A. Uluşahin, & F. Akdeniz içinde, *İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Klavuzu* (s. 21-46). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Özgür, G., Gümüş, A. B., & Durdu, B. (2010). Evde ve yurttan kalan üniversite öğrencilerinde yaşam doyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1):25-32.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*. Ankara.
- Paans, N. P., Dols, A., Comijs, H. C., Stek, M. L., & Schouws, S. (2018). Associations between cognitive functioning, mood symptoms and coping styles in older age bipolar disorder. *Journal Of Disorder*, 238-261.
- Pavlickova, H., Varese, F., Smith, A., Myin-Germeys, I., Turnbull, O. H., Emsley, R., et al. (2013). The Dynamics of Mood and Coping in Bipolar Disorder: Longitudinal Investigations of the Inter-Relationship between Affect, Self-Esteem and Response Styles. *Dynamics of Response Styles in Bipolar Disorder*.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Sayar Hızlı, G., Özten, E., & Ünsalver, B. Ö. (2014). Bipolar Bozuklukta Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisinin Temel İlkeleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4):438-446.
- Shapero, B. G., Weiss, R. B., Burke, T. A., Boland, E. M., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2017). Kindling of Life Stress in Bipolar Disorder: Effects of. *Behavior Therapy*, 48:322–334.
- Stahl, S. M. (2010). *Depresyon ve Bipolar Bozukluk Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. New York: Cambridge University Press.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Şahin, N. (1994). *Stres ve Başa Çıkma*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Towsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. USA: F.A. Davis Company.
- Uğur, M. (2005). Stres Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Medikal açıdan stres ve sempozyumu dizisi*, 13-33.
- Ünal, G. (2003). Bipolar Affektif Bozuklu ğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 16(1): 39-45.
- Varo, C., Murru, A., Salagre, E., Jiménez, E., Solé, B., Montejo, L., et al. (2019). Behavioral addictions in bipolar disorders:A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 29;76-97.
- Videbeck, L. C., & Schultz, J. M. (2013). *Lippincott's Manuel of Psychiatric Nursing Care Plans*. New York: Wolters Kluwer Health.
- Warwick, H., Mansell, W., Porter, C., & Tai, S. (2019). What people diagnosed with bipolar disorder experience as distressing’: Ameta-synthesis of qualitative research. *Journal of Affective Disorders*, 108–130.
- WHO. (2017). *Mental Healt Atlas, Geneve*. World report on disability.
- Willert, M. V., Thulstrup, A., Hertz, J., & Bonde, J. P. (2009). Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health*, 35(2):145-152.
- Wilson, L., Crowe, M., Scott, A., & Lacey, C. (2016). Psychoeducation for bipolar disorder: A discourse analysis. *Mental Healt Nursing*, 123-126.
- Yazıcı, O. (2007). Duygudurum Bozuklukları: Kavram ve Tarihçe. *Türkiye Klinikleri J İnt Med*, 3-29.
- Zagreb, C. (2012). Bipolar Disorder and Stress. *Psychiatria Danubina*, 24(1):59-60.
- Zengin Eroğlu, M., Karakuş, G., & Tamam, L. (2013). Bipolar Bozukluk ve Özkıyım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26:139-147.
- <https://sozluk.gov.tr/?q=stres&aranan>

## 8. EKLER

### Ek.1. Hasta Bilgi Formu

**KATILIMCI NO:**

**HASTANIN ADI-SOYADI:**

**YAŞ:**

**TELEFON NO:**

**CİNSİYETİ:**

Kadın  Erkek

**MEDENİ DURUMU:**

Evli  Bekar  Dul veya boşanmış

**EĞİTİM DURUMU:**

Okur yazar değil  
 Ortaöğretim  
 Üniversite ve üzeri

**MESLEKİ DURUMU:**

Çalışıyor  Çalışmıyor

**SAĞLIK GÜVENCESİ:**

Var  Yok

**AİLE YAPISI:**

Geniş aile  Çekirdek aile  Parçalanmış Aile

**BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER:**

Eş, çocuklar  
 Yalnız  
 Diğer.....

**Stresörlerinin tanımlanması:**

**Primer stresörü ve hastalık öyküsü:**

## Ek 2. Stres Belirtileri Ölçeği

	HİÇ	ARASIRA	SIKSIK	SÜREKLİ
1. Şiddetli baş ağrısı				
2.Uyku Bozuklukları				
3.Yorgunluk				
4.Aşırı yeme				
5.Kabızlık				
6.Bel ağrıları				
7.Allerjik reaksiyon				
8.Sinirliklik/korku				
9.Kabuslar				
10.Yüksek tansiyon				
11.Deride dökülmeyele şiddetli kaşıntı				
12.Alkol/ ilaç tüketimi				
13. Fazla önemli olmayan enfeksiyonlar				
14.Hazımsızlık				
15.Hızlı soluma				
16.Sıkıntı verici düşünceler				
17.Deride kızarıklıklar				
18.Adet kanamalarında düzensizlik				
19.Bulantı veya kusma				
20. İletişim kurma güçlüğü				
21.Migren ağrısı				
22.Sabahları erken uyanma				
23.İştah kaybı				
24.İshal				
25.Boyun ve sırt ağrıları				
26.Astım krizi				
27.Şiddetli karın ağrısıyla birlikte ishal				
28.Depresyon/kendini kötü hissetme				
29.Eklem ağrıları				
30.Üşüme veya titreme				
31.Önemsiz/zararsız birkaç kaza				
32.Mide ağrısı				
33.El ve ayaklarda üşüme hissi				
34.Kalp çarpıntısı				
35.Cinsel problemler				
36.Kızgınlık duyguları				
37.Dikkati toplamada güçlük				
38.Ağlama				

### Ek 3. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği: Cope

	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle	Çoğunlukla böyle yaparım
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstünden gelmeye çalışırım	1	2	3	4
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim	1	2	3	4
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
4.başkalarından bu tür konularda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	1	2	3	4
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1	2	3	4
6.Kendi kendime 'Böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını' söylerim.	1	2	3	4
7. Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.	1	2	3	4
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1	2	3	4
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1	2	3	4
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.	1	2	3	4
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	1	2	3	4
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	1	2	3	4
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya çalışmam.	1	2	3	4
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım	1	2	3	4
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1	2	3	4
18.Allah'ın yardımını umarım.	1	2	3	4
19.Bir eylem planı yaparım.	1	2	3	4
20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım	1	2	3	4
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1	2	3	4
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	1	2	3	4
23.Arkadaş veya akrabalarından moral ve manevi destek almaya çalışırım	1	2	3	4
24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim	1	2	3	4
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1	2	3	4
26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1	2	3	4
28. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım	1	2	3	4
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum	1	2	3	4
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1	2	3	4
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım	1	2	3	4
33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1	2	3	4
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	1	2	3	4
36. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
37. İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım	1	2	3	4

38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	1	2	3	4
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmaya çalışırım.	1	2	3	4
42. Sorununun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	1	2	3	4
43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha düşünürüm	1	2	3	4
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	1	2	3	4
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek sorun için dobra dobra bir tavır takınırım.	1	2	3	4
48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
49. Bir şeyler yapma konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım	1	2	3	4
50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1	2	3	4
51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1	2	3	4
52. Neler hissettiğim konusunda biriyle konuşurum.	1	2	3	4
53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici alırım.	1	2	3	4
54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1	2	3	4
55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm	1	2	3	4
57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olamamış gibi davranırım	1	2	3	4
58. Yapmam gereken şey ne ise atmam gereken adımı zamanında atarım.	1	2	3	4
59. Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1	2	3	4
60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1	2	3	4

#### Ek 4. Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?	0	1	2	3	4
1. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
1. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?	0	1	2	3	4



## **Ek 5. Stres Yönetim Programı**

### **Stres Yönetim Programının Kapsam ve Özellikleri**

Stres yönetim programı ile bipolar bozukluk tanısına sahip olan bireylerin karşılaştıkları yaşam olayları ve stres yaratan durumlara ilişkin çözüm becerilerinin geliştirmesi planlanmaktadır. Bu program temelde;

- Birayde stres yaratan durumlar, stres hastalık ilişkisi
- Stres ile baş etme de bireyin kullandığı yöntemler ve olumlu baş etme yöntemleri
- Stres yaratan durum karşısında sorun çözme tekniği ve bireyin uygulaması amaçlanmaktadır.

‘Stres Yönetim Program’ı oluşturulurken önce stresin kuramsal çerçevesi incelenmiş ve stres hastalık arasında ki ilişki araştırılmıştır. Daha sonra stres ve sorun çözme terapisi incelenmiştir. Bu bağlamda stres ile ilgili yapılan çalışmalar ve kitaplar incelenmiştir.

### **Stres Yönetim Programının Süre, Sıklık ve İçeriği**

Bipolar tanısı ile yatan hastalarda programa başlama kriterleri karşılandıktan sonra danışan ve danışmandan oluşan bireysel stres yönetim programı toplam 3 oturumda gerçekleşecek olup, programın tamamı 1 hafta da tamamlanacak şekilde uygulanması planlanmaktadır.

Her bir oturumun süresi 40 ile 50 dakika arası olup , 5 dk oturuma giriş genel başlıkları tanıma, 5 dk bir önceki oturumun kısaca özetlenmesi , 30-40 dk oturumun konusu şeklinde belirlenmiştir. Bütün oturumlarda daha önceden power point programı ile hazırlanmış yansılar kullanılmıştır. Oturumlarda soru-cevap yöntemi, görsel-işitsel (odiovizüel) yöntem, gerekli durumlarda rol-oynama ve performans geribildirim aşamaları kullanılmıştır. Ayrıca eğitimde bilginin yanı sıra yaşantılar üzerinde de durulmuş ve eğitimde öğrenilen konu ile karşılaştırma gerçekleştirilmesine olanak sağlanmıştır. Programın oturum saatleri hastaların uygunluğu göz önüne alınarak planlanmıştır.

IV. OTURUM: Stres ve stresör kavramı, stres belirtileri

V. OTURUM: Bireyin stresörlerinin belirlenmesi, bireyin kullandığı yöntemler, , hastalık ve stres arasındaki bağlantı, olumlu baş etme yöntemleri ve problem çözme basamaklarını tanıması

VI. OTURUM: Bireye uygun baş etme yöntemi belirlenmesi, uygulanması için hazır oluş

### **Fiziksel Ortam**

Bireysel toplantılar gizliliğin bozulmasını ve dikkatin dağılmasını engelleyecek bir ortam da yapılmalıdır. Klinikte yatan hastalara verilecek bu eğitimde danışan ve danışmanın karşılıklı olacak şekilde oturabileceği bir masa ve 2 sandalyeden oluşan görüşme odalarında yapılması planlanmaktadır. Ayrıca danışanın program içeriğini görsel olarak desteklemek amacıyla power point sunumunu yapabilmek amaçlı elektronik tablet/bilgisayar, şematize etmek için not defteri/ A4 ve kalem bulunacaktır.

### **Stres Yönetimi Programının Genel Amacı ve Hedefleri**

Stres Yönetim Programının genel amacı bireyin karşılaştıkları stresli yaşam olayları karşısında nasıl bir yaklaşım sergilemesi gerektiğini öğrenmesi ve stresle baş etme becerisinin geliştirilmesidir.

Bu amaç doğrultusunda genel hedefler ise aşağıda belirtilmiştir;

- Stres ve stresör kavramının ne olduğunu tanımlayabilme
- Stres yaşantısı altında iken verdiği fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal tepkileri belirleyebilme
- Strese neden olan durumları tanıyabilme
- Stresle etkisiz baş etme sonucunda meydana gelen değişiklikleri fark edebilme
- Stresle olumlu başa çıkma yöntemlerini kavrayabilme
- Sorunlara olumlu bakış açısı geliştirme
- Stresle baş edebilmek için birey ile seçilen baş etme yönteminin uygulanması

### **Programın kuralları**

- Oturumun günü ve saati hasta ile birlikte planlanacaktır.
- Her bir oturum süresi genel şartlarda yaklaşık 45-50 dk dır.
- Eğitim programı dahilinde oturum süresince yiyecek ve içecek tüketilemez. Genel ihtiyaçlar için 5 dk lık mola verilebilir

## **Stres Yönetim Programının Oturumlarının Yapılandırılması**

Programın içeriği yapılandırılırken oturum akışı standart psikoeğitim, sorun çözme ve bilişsel davranışçı terapi yöntemleri sentezlenerek standartlaştırılmıştır ve her bir oturum aynı şemayı izlemektedir.

- Oturum gündeminin belirlenmesi
- Danışan ile o gün grupta konuşulmak istenilenlerin kısa özeti (ilk oturumdan sonra bir önceki oturumların kısa özeti)
- Oturumda yer alan konuların konuşulması
- Özetleme ve geribildirim alma

## **Stres Yönetim Programının Oturumları**

### **I. OTURUM:**

**Amaç:** bu oturumun amacı stres kavramına genel bir bakış açısı sağlamak ve bireyin kendi stresörlerini tanımlaması

#### **Hedefler:**

- Programdan beklentilerin anlaşılması
- Stresin genel özelliklerinin kavraması
- Strese neden olan genel faktörlerle ilgili bilgi edinmesi, stresörlerin tanımlanması
- Kendi yaşamlarındaki stresörleri fark ederek, bunları listelemesi (bir sonraki oturum için ödev verilmesi)
- Stres hastalık arasında ki tetikleyici faktörleri fark edebilmesi

#### **Oturumun işleyişi**

I. Danışman tarafından programın içeriği, süresi, sıklığı, programın genel kuralları hakkında bilgi verilmesi ve danışan tarafından gelen soruların cevaplandırılması

Programın genel işleyişi hakkında bilgi vermek danışanın program sırasında yapılacak çalışmalara etkin ve gönüllü katılımının ön koşuludur.

II. Oturumda yapılacak eğitim için materyallerin bulundurulması

III. Kavramları açıklarken hasta için anlaşılamayacak kadar yoğun tıbbi terimlerin ve aşırı biçimde psikolojik ya da basit yorumların önleyecek şekilde eğitimin sürdürülmesi

IV. Oturum gündeminin görüşülmesi

#### **Oturumun içeriği**

I. Hasta ile her zaman olduğu gibi ‘Nasılsınız?’ sorusu sorularak başlanır

II. Kısaca gününün nasıl geçtiği sorulur

III. Danışana planlanan konu başlığını hatırlayıp hatırlamadığı sorulur

IV. ‘Evet Ayşe hanım bugün sizinle stres kavramını konuşacağız, konuya başlamadan önce sizce stres ne demektir ‘ gibi bireyin konu hakkında bilgileri gözden geçirilir

V. Eğitim materyali kullanılarak stres kavramı açıklanır

VI. Var olan kronik hastalığımız ve hayat koşullarımızın değişmesi ile birlikte pek çok kişi için yaşam oldukça yorucu ve stresli bir hale geldi. Artık hepimiz günlük yaşam stresinden yakınıyor, stressiz bir yaşam isteğimizi sık sık yineliyoruz. Bazen günlük yaşamın getirdiği sorumluluklar, ihtiyaçlar ve kronik hastalıklarımız arasında sıkışıp kaldığımız, kendimizi makine gibi hissettiğimiz olabilir. Hatta bazen yaşam da karşılaştığımız stresörlerin artması ile kontrolü kaybettiğimizi hissettiğiniz, çaresiz kaldığımız zamanlar olabilir. Zaman içinde yaşanan stresin artması sizi bu sorumlulukla baş edemez hale getirebilir.

VII. Ardından danışman şu tür soruları danışana yönlendirir

a. Sizin bu konu ile ilgili paylaşmak istedikleriniz var mı?

b. Birçok stresörle karşılaştığımız bir gün evinizde ve yalnız kaldığımızda neler hissediyorsunuz

c. Ne tür bedensel reaksiyonlar hissediyorsunuz?( bedeninizde ne tür değişimler)

d. Yaşadığımız stres sizi sürekli yorgun, bitkin hissettiriyorsa bu durum sizin günlük işleriniz yapmakta, sorumluluklarınızı yerine getirmekte sizi nasıl etkiliyor

VIII. Danışan eğitim materyaline devam ederek ‘stresör kavramı, stresin belirtileri’ açıklar

IX. Hastanın yaşadığı belirtileri gözden geçirmesini ve not etmesi istenir

X. Danışan relapslar için tetikleyici olarak stresin önemini vurgular.

XI. Hastanın hem pozitif hem de negatif stres verici uyarılarla relaps arasındaki ilişkiyi açık bir şekilde görebilmesi için yaşam çizelgesi çizilir.

XII. Stres karşısında vücudun verdiği fizyolojik yanıt açıklanır.( alarm, direnç, tükenme)

XIII. Bir sonraki oturumda kullanmak üzere kişinin kullandığı baş etme yöntemlerini yazması ödevi verilir.

XIV. Oturumda konusu özetlenir ve geri bildirim alınır

XV. Bir sonraki oturumun gün ve saati belirlenerek görüşme sonlandırılır.

## **II. OTURUM:**

**Amaç:** bireyin olumlu baş etme yöntemlerini tartışarak kendi baş etme yöntemlerini gözden geçirilmesi ve sorun çözme basamaklarını tanıyıp uygulaması için hazır oluşu amaçlanmaktadır.

### **Hedefler:**

- Stresli durumlar karşısında kullandığı olumsuz baş etme yöntemlerini tanımlaması
- Olumlu baş etme yöntemlerini kavrayabilmesi
- Gevşeme egzersizlerini uygulayabilmesi
- Problem çözme basamaklarını öğrenmesi ve uygulamaya hazır oluş için cesaretlendirilmesi

### **Oturumun işleyişi:**

- Oturumun genel kuralları kısaca gözden geçirilmesi
- Bireyin ilk oturum sonrası neler yaptığı, düşündüğü gözden geçirilmesi
- Verilen ödevin teslim alınması
- Bir önceki oturumda neler konuşuldu gözden geçirilmesi
- Bu oturumun konu başlıkları hakkında danışana kısa bilgi verilmesi
- Oturum gündeminin görüşülmesi

### **Oturumun içeriği:**

- I. Hasta ile her zaman olduğu gibi ‘Nasılsınız?’ sorusu sorularak başlanır
- II. Kısaca gününün nasıl geçtiği sorulur
- III. Danışana planlanan konu başlığını hatırlayıp hatırlamadığı sorulur
- IV. İlk oturumda hangi konuların konuşulduğu kısaca gözden geçirilir

V. Verilen ödev teslim alınır

VI. Nedenler ve tetikleyiciler arasındaki ilişki gözden geçirilir. Verilen ödev konusu da gözden geçirilerek oturum başlatılır. Örneğin 'karım beni terk etti ve depresyona girdim' gibi

VII. Suçlamanın ne denli işe yaramaz ve sonuca götürmeyen, sorumluluk duygusunun ise ne denli yararlı olduğunu aradaki farkı karşılaştırmaya dayalı bir müzakere önerilir.

VIII. Ancak hastalık ve tetikleyici arasındaki ilişki kurulurken bireyin öncelikle yanlışa neden olan geleneksel bilgileri veya karışıklığa yol açan nedenlere ve örneklere karşı danışan uyarılmalıdır. Örneğin işinde ciddi hatalar yaptığı için depresyona girdiğini söyleyen bir hasta, gerçekte bu ciddi hatayı depresif atağın başlangıcında belirgin olarak bulunan dikkat ve genel işlevsel sorunlara bağlı olarak yapmış olabilir

IX. Daha sonra stresin üzerinden nasıl gelinir sorusu hastaya yöneltilebilir

X. Danışman şu ifadelerle sorun çözme yöntemlerine giriş yapar

a. Çoğu zaman bizi endişelendiren düşüncelere aşırı değer verme eğilimindeyizdir. Yaşamda nispeten daha sıradan olan durumları gerçekten önemli olan durumlarla yeterince ayırt edemezsek, bizi aşır bunaltabilir. Örneğin bir sınavı geçemezsek ya da işimizden terfi edemezsek bu dünyanın sonu olmayacaktır. Bunun yerine bu alandaki uzman kişilerin vereceği uygun araçlarla endişelerimizi başka yerlere uygun biçimde yönlendirebiliriz (sorunları mantıkşallaştırma)

b. Birçok birey için gevşeme tekniğini düzenli olarak nasıl uygulayacağımız öğrenmek stresimizi durdurmaya ve hafifletmeye yardımcı olacaktır (gevşeme)

c. Birçok stresli durumda iken bazen bulunduğumuz ortam nedeniyle kendimizi gevşetmek olanaksızdır. Ancak diyaframdan kontrollü nefes alıp vermeyi öğrenmek bizi rahatlatmayı sağlayacak en iyi yollardan biri olabilir

Şimdi bu olumlu başa çıkma yöntemleri nelerdir inceleyelim

XI. Eğitim materyali kullanılarak stres ile olumlu baş etme yöntemleri anlatılır.

XII. Kişiye uygulamalı nefes egzersizleri yaptırılır.

XIII. Bir önceki oturumda bireye verilen ödev birlikte incelenir ve bu durumda kullandığı yöntemlerin etkili olup olmadığı gözden geçirilerek bireyin kendi farkındalığının artırılması sağlanır.

XIV. Sorun çözme yöntemleri anlatılır. Danışman konuya şu şekilde başlayabilir;

a. Hepimiz hayatı göz önüne alındığında sorun çıkmaması mümkün değildir. Aslında, yaşam genelde bir dizi küçük ya da büyük sorunun çözümü ve doyum anlarının art arda sıralanmasından meydana gelir (ki bunlar genelde bir sorunun çözümüyle ilişkilidir). Herkes tanı konulsun ya da konulmasın her gün en basit sorunlardan ( bugün ne giymeliyim? Hangi yoldan bu adrese varabilirim? Akşam yemeği için misafirlere ne sunmalıyım?) çok karmaşık kararlara kadar ( bu çalışanı işten kovmalı mıyım? Evi taşınmalı mıyım? Boşanmalı mıyım? Okulda kalacak mıyım?) pek çok sorun ya da karar anıyla yüz yüze gelir. Karmaşık kararlar çok stres verici olabilir, karar vericinin yaşam kalitesini bozabilir ve bipolar bozukluğu olan bir kişi söz konusu ise bir anksiyete ya da uykusuzluk dönemini tetikleyebilir ki bu da yeni bir atağa yol açabilir.

b. Şunu unutmamalıyız ki hangi türde olursa olsun dekompanasyona gittiğimize dair bir şüphemiz (buna dair uyarı işaretlerini tespit ettiyse) veya kanaatimiz varsa ( hemşire, doktor ve psikoloğumuz bu şekilde ilettilse) hiçbir durumla ilgili önemli kararlar verilmemelidir ve bu kararlar her zaman ötimik ruh halinde yani belirtiler ortaya çıkmadan verilmelidir. Pek çok bipolar hasta sorun çözme ya da karar verme konusunda zorluk yaşar , bu yüzden problem çözme basamaklarının öğretilmesi önemlidir.

XV. Oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

XVI. Birey in primer stresörüne çözüm yöntemleri ve sosyal destekleri listeleme konusunda ödev verilmesi

Sorun nedir? Sorun ne zaman oluyor? Sorun ne sıklıkla oluyor? Sorun nerede oluyor? Sorun kimlerle ilgilidir? Sorun ne kadar ciddidir? Sorunun çözülme olasılığı nedir?	Güçlü yönleri ve kaynakları nelerdir? Eğitim, boş zaman ve sosyal kaynaklarının belirlenmesi Sosyal destek alabileceği kişiler Olası çözüm yöntemleri
--	--

XVII. Bir sonraki oturum gününün ve saatinin belirlenmesi

### III. OTURUM

**Amaç:** Danışanın öğrendiği stresle baş etme yöntemini kullanmasını sağlamak

#### **Hedefler:**

- Çözüm seçeneklerinin oluşturulması
- Uygun çözüm seçeneklerinin belirlenmesi
- Seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması
- Uygulamanın değerlendirilmesi

#### **Oturumun işleyişi:**

- Oturumun genel kuralları kısaca gözden geçirilmesi
- Bireyin ikinci oturum sonrası neler yaptığı, düşündüğü gözden geçirilmesi
- Verilen ödevin teslim alınması
- Bir önceki oturumda neler konuşuldu gözden geçirilmesi
- Bu oturumun konu başlıkları hakkında danışana kısa bilgi verilmesi
- Oturum gündeminin görüşülmesi

#### **Oturumun işleyişi:**

- I. Hasta ile her zaman olduğu gibi ‘Nasılsınız?’ sorusu sorularak başlanır
- II. Kısaca gününün nasıl geçtiği sorulur
- III. Danışana planlanan konu başlığını hatırlayıp hatırlamadığı sorulur
- IV. Verilen ödev değerlendirilerek konuya giriş yapılır
- V. Yaşadığı stresli durumu hatırlaması istenilir ve öğrenilen baş etme teknikleri nasıl kullanabileceklerini sorar
- VI. Hastanın baş etme teknikleri ile olumlu baş etme teknikleri ayrı ayrı şematize edilerek çözüm için boş bir şema çizilir
- VII. Hasta ile mevcut sorunda kullanılacak baş etme yolları bu şemaya yazılır
- VIII. Danışan sorunlara olumlu bakış açısı geliştirilmesi için bireyi teşvik eder. Kişinin karşılaştığı ya da karşılaştacağı sorunları tehdit olarak algılamaktansa onları gelişim için birer fırsat olarak görmesi ve işlevsel olmayan sorun çözme yöntemlerin kullanılmasının azaltılmasını amaçlar.
- IX. Sorunların hayatın vazgeçilmez bir parçasının olduğunun görülmesi



Sorunların hayatın kaçınılmazları olduğunu fark eden bir kişi, karşılaşılabileceği sorun durumlarını algılayabilme ve fark edebilme konusunda önemli bir yol kat etmiş sayılır.

Bir ruh sağlığı çalışanına yardım için başvuran kimse birçok sorunla uğraşmak zorunda kaldığı için doğal olarak sorunlardan bıkmış bir tavırda olacaktır. Danışan ruh sağlığı çalışanının kendisini anladığını hissettiğinde bir sonraki aşamaya hazır olacaktır.

X. Danışman Sorunların çözülebileceğini danışana empoze eder

a. Sorunlarla karşılaştığında bireyde ben bu sorunu çözebilirim ya da ben bu sorunu asla çözemem şeklinde iki düşünce gelişir. İlkinde öz yeterlilik duyguları hakimken ikincisinde kendine ait yetersizlik, olumsuz negatif düşünceler mevcuttur. Bu durumda özellikle kendisini çaresiz hisseden depresyon hastaları için sorunu çözmüş gibi hayal etmesini istenilerek sorunu çözdükten sonra neler hissettiği, nelerin ne yönde değişeceği, nelerin aynı kalacağı gibi konuların üzerinde durularak birey cesaretlendirilir

b. Sorunlardan kaçmanın sorun için bir çözüm yolu olmadığı , sorunun bizde yaratan kaygılı durumu kısa bir süre azaltsa da devam eden problem nedeniyle zaman içinde azalan kaygının yeniden yerine gelebileceği ve bazı durumlarda artış gösterebileceği bunun için doğru davranışın ‘durmak’ ve ‘sorunun üstesine gitmek’ olduğu öğretilir

XI. Stresle baş etmedeki olumlu yaşam alışkanlıkları hakkında bilgi verilir

a. İlaçlar-zihin ve duygulanım: ilaçları düzenli kullanmak stabil bir duygudurum içerisinde olmamızı ve hastalık ile beraber gelen düşünce sürecimizdeki bozulmasını ve olumsuz yapılanmayı önlemek açısından önemlidir

b. Kendimizle olumlu diyalog kurmak: stres dolu bir işe gitmeden önce kendinizi buna hazırlayın. Geçmişte böyle bir deneyim yaşadınız mı bunu hatırlamaya çalışın daha sonra kendinize cesaret verin. Mantıklı olarak düşünmeye çalışın. Problem tanımlayın ve elinizdekileri gözden geçirmeye çalışın. Olumsuz olan düşünce tarzlarından uzak durun. Bunlar ; ya hep ya hiç türü düşünme, aşırı genelleme, zihinsel süzgeç, olumluyu geçersiz kılma, hemen bir sonuca varma, aşırı büyütme ya da aşırı küçültme, duygusal mantık yürütme, ‘me’li ‘ma’lı cümleler kurma, yanlış etiketleme, kişiselleştirme

c. Zamanı iyi kullanmak: bazen yetersiz rastgele hazırlanmış bir program, kontrol edilemeyen bölünmeler yüzünden zamanın su gibi akıp gittiğini ve herşeyin kontrolden çıktığı duygusu yaşarız. Bu durum bizde kaygı yaratır ve sürekli tetikte olma durumu enerjimizi bitirir. Bunun için düzenlilik, planma, zaman cetveli yapmak önemlidir.

d. Düzenli egzersiz; yaş, yaşam koşulları, maliyet ve fiziksel durum a göre belirlenmedir. Düzenli egzersiz ile vücudumuzda ki oksijenlenmenin artacağı ve kas geriliminin azalacağı, zihinsel olarak da bizi zinde tutacağı bilinmektedir.

e. Stresi artıran beslenme alışkanlıklarından kaçınma: bazı besinler ya sempatik sinir sistemine bağlı stres tepkilerini doğrudan uyararak ya da yorgunluğu ve sinirsel duyarlılığı artırarak stres oluşumuna katkıda bulunur. Bu besinler günde 3 fincanı aşan kahve, çay, kolalı içecekler, çikolata ve kakao, rafine şeker kullanımı, vitamin eksiklikleri, aşırı tuz kullanımı. Düzensiz beslenme şekline bağlı hipoglisemi atakları.

XII. Bulduğu her çözüm yöntemi uygulandığında fayda-zarar analizi yapılır. Avantajları ve dezavantajları yazılır.

XIII. Danışan ile belirlenen uygun çözüm yönteminin uygulanması konusunda karar netleştirilir

XIV. Ödev olarak danışanın bunu uygulaması istenir ve danışanın belirlediği yeterli süre sonunda neler gerçekleştirdiğini görüşmek üzere kısa bir görüşme planı yapılarak görüşme sonlandırılır

## **SON GÖRÜŞME**

Bu görüşmede hastaya son testler uygulanır, eğitimin etkinliği değerlendirilir.

## Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

### 6.1. Deney Grubu Onam Formu



#### C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULUBİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Deney grubu)

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Stresle Başetme Eğitiminin Stres Belirtileri, Algılanan Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi” dir

Bu araştırmanın amacı, Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisinde bipolar tanısı ile yatan hastalara verilecek 3 oturumlu stresle baş etme eğitiminin stres belirtileri, algılanan stres düzeyine ve baş etme tarzlarına etkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada bipolar bozukluk tanısı ile yatan hastaların stres belirtileri, algılanan stres düzeyi ve baş etme tarzlarına bakılacak sonrasında stresle baş etme eğitimi verilecek ve uygulamanın başında yapılan bu 3 test yeniden size uygulanıp değerlendirilecektir, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 30'dur. Çalışma 6 ay sürecektir.

**Stresle baş etme eğitimi hastanede yattığınız süre içerisinde uygulanacak olup toplamda 3 oturumlu hemşireniz tarafından size yüz yüze verilen bireysel bir eğitimidir. Bu eğitim hemşirenizle belirlediğiniz saatler doğrultusunda 1 hafta içerisinde tamamlanması planlanmaktadır. Her bir eğitimin süresi yaklaşık 45 dk'dır. Bu eğitimin içeriğinde; bireyde stres yaratan durumlar, stres hastalık ilişkisi, stres ile baş etme de bireyin kullandığı yöntemler ve olumlu baş etme yöntemleri, stres yaratan durum karşısında sorun çözme tekniği öğretilmesi yer almaktadır.**

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen; istenen anket formlarını doldurmak, klinikte yattığınız süre içerisinde ‘stresle baş etme’ isimli eğitim programına katılmak araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırmacıya ulaştırmaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir araştırma süresinde size tıbbi bir girişimde bulunmak söz konusu olmayacaktır (kan almak, enjeksiyon yapmak, USG,MR vs). Çalışmada kullanılan anketler şu şekildedir;

- **Kişisel Bilgi Formu :** Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, aile yapısı, hastalığa ilişkin bilgiler(başlangıç yaşı, yatış süresi, son yatış günü, hangi dönem de olduğu, kullandığı ilaçlar, diğer tedavi yöntemleri, TRSM ye kayıt ve kısa hastalık öyküsü) gibi tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik toplam 19 sorudan (9 kapalı uçlu, 10 açık uçlu ) oluşmaktadır.

- **Stres Belirtileri Ölçeği (Ek-2):** Belirtiler listesindeki 38 maddenin her biri dört basamaklı olarak değerlendirilmektedir. Bunlar, 1=Hiç, 2=Ara sıra, 3=Sık sık, 4=Sürekli anlamındadır.

- **Baş Etme Tarzları Ölçeği (Ek-3):** Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 60 farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım.

- **Algılanan Stres Ölçeği (Ek-4):** Ölçek toplam 14 sorudan oluşmakta her biri beş basamaklı olarak değerlendirilmektedir. Bunlar; 1= Hiçbir Zaman; 2=Neredeyse Hiçbir Zaman; 3=bazen;

4=Oldukça Sık; 5=Çok sık şeklindedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için **(0346) 2580852/05442581969** numaralı telefonda araştırmacı hemşirenize ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, benim uygulamam istenilen anketlere ve eğitim programına ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün, temsilcisinin;**

Adı-Soyadı:  
Adresi:

Tel.-Faks:  
Tarih ve İmza:

#### **Gönüllünün yasal**

Adı-Soyadı:  
Adresi:

Tel.-Faks:  
Tarih ve İmza:

#### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:  
Görevi:  
Adresi:  
Tel.-Faks:  
Tarih ve İmza:

#### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:  
Görevi:  
Adresi:  
Tel.-Faks:

## 6.2. Kontrol Grubu Onam Formu



### C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Kontrol grubu)

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Stresle Başetme Eğitiminin Stres Belirtileri, Algılanan Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi” dir

Bu araştırmanın amacı, Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisinde bipolar bozukluk tanısı ile yatan hastalara stres belirtileri, algılanan stres düzeyine ve baş etme tarzlarına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Psikiyatri kliniğine yattığınız ilk hafta ve çıkmadan son hafta içerisinde uygulanacak olan 3 anket formunun doldurulması sizden beklenendir. Bu çalışma toplam 6 ay sürecek olup çalışmaya katılan sizin gibi gönüllülerin sayısı 30'dur.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir araştırma süresinde size tıbbi bir girişimde bulunmak söz konusu olmayacaktır (kan almak, enjeksiyon yapmak, USG,MR vs). Çalışmada kullanılan anketler şu şekildedir;

- **Kişisel Bilgi Formu** : Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, aile yapısı, hastalığa ilişkin bilgiler(başlangıç yaşı, yatış süresi, son yatış günü, hangi dönem de olduğu, kullandığı ilaçlar, diğer tedavi yöntemleri, TRSM ye kayıt ve kısa hastalık öyküsü) gibi tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik toplam 19 sorudan (9 kapalı uçlu, 10 açık uçlu ) oluşmaktadır.

- **Stres Belirtileri Ölçeği (Ek-2):** Belirtiler listesindeki 38 maddenin her biri dört basamaklı olarak değerlendirilmektedir. Bunlar, 1=Hiç, 2=Ara sıra, 3=Sık sık, 4=Sürekli anlamındadır.

- **Baş Etme Tarzları Ölçeği (Ek-3):** Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 60 farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım.

- **Algılanan Stres Ölçeği(ek-4):** Ölçek toplam 14 sorudan oluşmakta her biri beş basamaklı olarak değerlendirilmektedir. Bunlar; 1= Hiçbir Zaman; 2=Neredeyse Hiçbir Zaman; 3=bazen;

4=Oldukça Sık; 5=Çok sık şeklindedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için (0346) 2580852/05442581969 numaralı telefonda araştırmacı hemşirenize ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum

herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, benim uygulamam istenilen anketlere ve eğitim programına ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün, temsilcisinin;**

Adı-Soyadı:  
Adresi:

Tel.-Faks:  
Tarih ve İmza:

#### **Gönüllünün yasal**

Adı-Soyadı:  
Adresi:

Tel.-Faks:  
Tarih ve İmza:

#### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:  
Görevi:  
Adresi:  
Tel.-Faks:  
Tarih ve İmza:

#### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:  
Görevi:  
Adresi:  
Tel.-Faks:

## Ek 7. İzin Formları



T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-730.08.03-E.297806  
Konu : Ayşe GÜLEZ Tez Çalışması  
Uygunluğu Hk.

30/03/2018

### REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 23.03.2018 tarih ve 296433 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ayşe GÜLEZ' in "**Bipolar Bozukluğu olan hastalara Yönelik Baş Etme Eğitiminin Stres Belirtileri, Algılanan Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi**" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı bünyesinde tedavi gören kişilerinde onayının alınması koşuluyla uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Ahmet YILMAZ  
Başhekim

30/03/2018 İdari Yönetici

Dr.Öğr.Üys. Ümit NALDÖKEN

Adres:Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon:0 346 2581326 Belgegeçer:0 346 258 0024  
e-Posta:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ:www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: EHF KILIÇ  
Unvanı: Firma Personeli

**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır**



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Stresle Baş Etme Eğitiminin Stres Belirtileri, Algılanan Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/32	Tarih: 17.01.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Engin Altunkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:





**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Stresle Baş Etme Eğitiminin Stres Belirtileri, Algılanan Stres Düzeyi ve Stresle Baş Etme Tarzlarına Etkisi
-----------------------	--

<b>ETİK KURULU BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meral Kelleci		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



Ayşe Mert &lt;ayshemert23@gmail.com&gt;

**stres belirtileri ölçeği izin formu**

2 ileti

**Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>**  
Alıcı: shovardaoglu@yahoo.com

25 Ekim 2017 12:37

Sayın Prof.Dr. Selim HOVARDAOĞLU  
Ben Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. 'Bipolar Bozukluk Tanısı İle Yatan Hastalara Uygulanan Stresle Başetme Programının Stres Düzeyine ve Başetme Tarzlarına Etkisi' isimli tez çalışmamda kullanmak üzere geçerlilik çalışmasını yaptığınız Stres Belirtileri Ölçeğinizi kullanmak için izninizi talep ediyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim  
Saygılarımla..

Ayşe GÜLEZ  
Cumhuriyet Üniversitesi SBE  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Programı

üniv mail adresi: 201395221003@cumhuriyet.edu.tr  
tel: 05442581969

**selim hovardaoglu <shovardaoglu@yahoo.com>**  
Yanıtlama Adresi: selim hovardaoglu <shovardaoglu@yahoo.com>  
Alıcı: Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>

25 Ekim 2017 22:04

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

On Wed, 10/25/17, Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com> wrote:

Subject: stres belirtileri ölçeği izin formu  
To: shovardaoglu@yahoo.com  
Date: Wednesday, October 25, 2017, 12:37 PM

Sayın Prof.Dr. Selim  
HOVARDAOĞLUBen  
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh  
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek  
lisans yapmaktayım. 'Bipolar Bozukluk Tanısı İle  
Yatan Hastalara Uygulanan Stresle Başetme Programının  
Stres Düzeyine ve Başetme Tarzlarına Etkisi' isimli  
tez çalışmamda kullanmak üzere geçerlilik  
çalışmasını yaptığınız Stres Belirtileri  
Ölçeğinizi kullanmak için izninizi talep  
ediyorum.

Gereğini bilgilerinize  
arz ederimSaygılarımla..

Ayşe GÜLEZCumhuriyet Üniversitesi  
[Ayrıntılan metin gizlendi]

05.01.2018

Gmail - COPE -Başa Çıkma Tutumları Ölçeği



Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>

## COPE -Başa Çıkma Tutumları Ölçeği

2 ileti

Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>  
Alıcı: myagargun@kure.com.tr

25 Ekim 2017 11:36

Sayın Prof.Dr. Mehmet Yücel AĞARGÜN  
Ben Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. 'Bipolar Bozukluk Tanısı İle Yatan Hastalara Uygulanan Stresle Başetme Programının Stres Düzeyine ve Başetme Tarzlarına Etkisi' isimli tez çalışmamda kullanmak üzere geçerlilik çalışmasını yaptığınız COPE-Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinizi kullanmak için izninizi talep ediyorum. çalışmaya başlamak için mailinizi bekliyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim  
Saygılarımla..

Ayşe GÜLEZ  
Cumhuriyet Üniversitesi SBE  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Yüksek Lisans Programı

üniv mail adresi: 201395221003@cumhuriyet.edu.tr  
tel: 05442581900

Myagargun - <myagargun@kure.com.tr>  
Alıcı: Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>

13 Kasım 2017 12:50

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Selamlarımla,

25 Ekim 2017 11:36 tarihinde Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com> yazdı:  
[Ayrıntılan metin gizlendi]

05.01.2018

Gmail - algılanan stres ölçeği izin formu



Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>

## algılanan stres ölçeği izin formu

2 ileti

Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>  
Alıcı: eskin\_mehmet@yahoo.com.tr

24 Ekim 2017 18:16

Sayın Prof.Dr Mehmet ESKİN  
Ben Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. 'Bipolar Bozukluk Tanısı İle Yatan Hastalara Uygulanan Stresle Başetme Programının Stres Düzeyine ve Başetme Tarzlarına Etkisi' isimli tez çalışmam da kullanmak üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız 'Algılanan Stres Ölçeği' ni anket ve değerlendirme kriterlerine ihtiyacım var. Çalışmaya başlamak için izninizi talep ediyorum

Gereğini bilgilerinize arz ederim.  
Saygılarımla..

Ayşe GÜLEZ

CÜ SBE Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Yüksek Lisans Programı  
tel:05442581969  
üniv. e posta adresi: 201395221003@cumhuriyet.edu.tr

Mehmet Eskin <eskin\_mehmet@yahoo.com.tr>  
Alıcı: Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com>

24 Ekim 2017 20:50

Kullanabilirsiniz, ölçek makalede var internette mevcut. Tüm gerekli bilgiler makalede mevcut ve kesme noktası yok.  
Başarılar

iPhone'umdan gönderildi

Ayşe Mert <ayshemert23@gmail.com> şunları yazdı (24 Eki 2017 18:16):

[Alınan metin gizlendi]



Ayşe Mert &lt;ayshemert23@gmail.com&gt;

**örnekleme analizi--psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisi**

4 ileti

Ayşe Mert &lt;ayshemert23@gmail.com&gt;

20 Ekim 2017 19:21

Alıcı: ykaragoz01@hotmail.com

Hocam merhaba bugün yanınıza gelmişim. psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. CÜTF psikiyatri kliniğinde yatan bipolar hastalara yapılandırılmış stres yönetimi programı uygulayacağız ve eğitim sonrası stres belirtilerine algılanan stres düzeyine ve baş etmesi üzerine etkisi

danışman hocam power analiz ve örnekleme boyutunun hesaplanmasını istiyor benden

1. tek bir gruba bu eğitim verilerek sonucu için örnekleme ve power analizi
2. iki ayrı grup alırsak (kontrol ve deney) örnekleme büyüklüğü ve power analizi

1 yıl içinde yatan bipolar hasta sayısı:107

ölçekler ektedir.

şimdiden teşekkür ederim  
saygılarımla

**3 eklenti**

- 1--STRES BELİRTİLERİ.pdf  
339K
- 2--ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ.PDF  
147K
- 3--basa-cikma-tutumlarini-degerlendirme-olcegi-toad.pdf  
359K

yalçın karagöz &lt;ykaragoz01@hotmail.com&gt;

20 Ekim 2017 21:57

Alıcı: Ayşe Mert &lt;ayshemert23@gmail.com&gt;

**MİNİTAP PROGRAMI**

Daha önce yapılmış çalışmalardan faydalı olarak, standart sapma 1,5 ve etki büyüklüğü de 0,80 olarak tahmin edilmiştir. Yapılacak analiz için %5 önem seviyesinde, 50 örnekleme alınrsa kararın gücü 0,958752 (%96) olur.

**Power and Sample Size****1-Sample t Test**

Testing mean = null (versus  $\neq$  null)

Calculating power for mean = null + difference

$\alpha = 0,05$  Assumed standard deviation = 1,5

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı –Soyadı Ayşe GÜLEZ  
Doğum Yeri SİVAS  
Doğum Tarihi 23.03.1989  
Medeni Durumu Evli  
E-Posta ayshemert23@gmail.com

### EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Lise Halil Rıfat Paşa Lisesi / Sivas  
Lisans Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik bölümü

Yüksek Lisans

### MESLEKİ DENEYİM

2011- Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi