

# Ruhsal hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki\*

## The relationship between self-compassion levels and stress coping styles of outpatients for mental disorders

Ayşe Demirden<sup>1</sup>, Gamze Sarıkoç<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, aysedmrden@gmail.com, aysedemirden01@gmail.com. 0000-0001-5547-1000

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, gamze.sarikoc@sbu.edu.tr, gamze.sarikoc@sbu.edu.tr. 0000-0003-1651-4308

\* Bu çalışma Ayşe Demirden'in yüksek lisans tez çalışmasından elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:**  
Öz şefkat, Başa Çıkma, Ruhsal Bozukluk.

**Key Words:**  
Self Compassion, Coping, Mental Disorders.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,  
Hemşirelik Bölümü, Ankara,  
aysedmrden@gmail.com,  
aysedemirden01@gmail.com,  
0000-0001-5547-1000.

**DOI:**  
10.52880/sagakaderg1188314.

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
16.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
25.01.2023

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
01.03.2023

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, ruhsal bozukluğu nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Ankara'da bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğinde Aralık 2020- Nisan 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya ruhsal bozukluğu nedeniyle ayaktan izlenen toplam 113 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Hasta Veri Formu, Öz Duyarlılık (Öz şefkat) Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmada hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Hastaların öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, sigara ve alkol kullanım durumları, bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler, tanı grupları, iyileşme inançları ve tedavi memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p \leq 0,05$ ). Hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $p \leq 0,05$ ). **Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre, hastaların öz şefkat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonuçlarının ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi planını düzenlemede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

### ABSTRACT

**Objective:** This research was conducted to determine the relationship between the self-compassion and ways to cope with stress of the outpatients with mental disorders. **Methods:** This cross-sectional research was conducted between December 2020 and April 2021 in the psychiatry outpatient clinic of a university hospital in Ankara. A total of 113 outpatients were included in the study. Data were collected by using Patient Information Form, Self-Compassion Scale and Coping Strategies for Stress Scale. **Results:** In the study, it was found that patients' self-compassion levels were medium. There was a statistically significant correlation between patients' mean subscale scores of self-compassion and coping strategies for stress and their gender, age, level of education, smoking and alcohol use, people they live with, diagnosis related groups for mental disorders, hope for healing and treatment satisfaction ( $p \leq 0,05$ ). It was found that patients mostly used effective ways of coping with stress. Moreover, there was a statistically significant correlation between patients' self-compassion levels and coping strategies for stress ( $p \leq 0,05$ ). **Conclusion:** According to the results of the research, there is a relationship between patients' self-compassion levels and coping strategies for stress. The results of this study are thought to be guiding in arranging treatment plans of individuals with mental disorders.

### GİRİŞ

Ruhsal bozukluğu olan bireyler yaşamları boyunca; kişisel ve çevresel faktörlere bağlı olarak birçok alanında sorunlar yaşamakta ve bu sorunlar karşısında sık sık stresle karşı karşıya kalmaktadır. Bireylerin yaşadıkları stres, iyileşmeyi etkileyen olumsuz faktörlerden biridir. Literatürde yapılan çalışmalar ruh sağlığı ve stres arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (1,4).

Bireyler, yaşam boyu karşılaştıkları stresli olayların ve durumların olumsuz etkilerini azaltmak için başa çıkma tarzları geliştirirler. Folkman ve Lazarus'a göre başa çıkma tarzları etkili ve etkisiz başa çıkma tarzları olarak

ikiye ayrılır. Etkili başa çıkma, daha az psikopatolojiyle ilgili olup; stresörü hedef olarak stres yaratan kaynağı ortadan kaldırmaya odaklıdır. Etkisiz başa çıkma ise, stresin bireylerdeki etkisini azaltmaya odaklanıp, bireyin yaşadığı sıkıntıları azaltmaya yönelik girişimleri kapsar (4,5).

Öz şefkatin etkili başa çıkmayı arttırmada etkili olduğu bilinmektedir (6,7). Öz şefkat, başkalarına gösterdiğimiz insani duyguları kendimize de göstermemizdir (8). Öz şefkatin ruhsal iyilik hali ve etkili başa çıkma ile pozitif; anksiyete, depresyon, travma gibi ruhsal belirtilerle de negatif yönde ilişkili olduğu bilinmektedir (9).

Öz şefkat kavramı; bireyler nasıl ki fiziksel olarak yaralandığında iyileşmesi için yaralarını temizleyip yara bandı sararak kendine fiziksel bir yardımda bulunuyorsa, olumsuz durumlar karşısında ve duygusal anlamda tehlikeyle karşı karşıya kaldığında da kendine karşı şefkatle yaklaşması gerektiğini vurgular (8). Bireyler, genellikle talihsiz bir durumla karşılaştığında ve işler yolunda gitmediğinde dünyada böyle bir acıyı çeken tek kişi olduğunu hisseder, olanlar karşısında kendine şefkatle yaklaşmak yerine kendini acımasızca eleştirir ve suçlar. Bu stresli durumlar karşısında kullanılan etkisiz bir başa çıkma yöntemidir. Buna karşılık olarak, öz şefkat bireye daha etkili bir başa çıkma seçeneği sunar. Neff'e göre öz şefkat üç bileşenden oluşur. Bunlar; öz sevecenliğe karşı öz yargılama, farkındalığa karşı özdeşleşme ve ortak paylaşımların bilincinde olmaya karşı izolasyondur. Her bileşen kendi içinde olumlu ve olumsuz bir boyut barındırır. Öz sevecenlik, kişinin olumsuz durumlar ve olaylar karşısında kendine karşı daha nazik ve anlayışlı bir tutum içinde olmasıdır. Ortak paylaşımların bilincinde olma, bireyin yaşadığı sıkıntıların ve acıların tüm insanlığın ortak bir deneyimi ve insan olmanın doğal bir parçası olarak ve görmesini içerir. Farkındalık, bireyin karşılaştığı zor durumlar karşısında yaşadığı olumsuz duygu ve düşüncelerin farkında olarak dengeli bir şekilde değerlendirmesidir. Neff'e göre bu bileşenler birbirinden bağımsız olmayıp sürekli etkileşim halindedir (10).

Araştırmalar incelendiğinde ruhsal hastalık belirtileriyle öz şefkat düzeyinin negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (11-16). Öz şefkatle stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara göre; öz şefkat, stresli durumlara yönelik başa çıkmayı geliştirecek şekilde düşünmeyi sağlamaktadır (17-19). Yapılan çalışmalarda; öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin stresle daha etkili şekilde başa çıkabildikleri, öz şefkat temelli müdahalelerin stresi azalttığı görülmüştür (17-20). Ewert ve arkadaşlarının öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları meta analiz çalışmasında (2021) öz şefkat düzeyiyle problem odaklı başa çıkma tarzlarının pozitif yönde ilişkili olduğu vurgulanmıştır (21).

Ülkemizde farklı örneklem gruplarında bireylerin stresle başa çıkma tarzları ve öz şefkat düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar vardır ancak ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle bireylerin kullandıkları stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilerek olumlu başa çıkma tarzları desteklenmelidir. Ruhsal bozuklukların belirtilerine ve olumsuz duygulara karşı koruyucu etkisi olduğu bilinen öz şefkat kavramının bireylerin bakım ve tedavi süreçlerinde katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeyi nedir?

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin stresle başa çıkma tarzları nasıldır?

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

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

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 12.2020-04.2021 tarihleri arasında Ankara'da bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğinde ayaktan izlenen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerini karşılayan 113 hasta oluşturdu. Hastalığının akut döneminde olup yatışı gereken hastalar, 18 yaş altı olan hastalar, polikliniğe ilk kez başvuran hastalar ise çalışmaya dahil edilmedi.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; ruhsal bozukluğu nedeniyle ayaktan takip edilen, hastaları tanıtan bilgilerini içeren Hasta Veri Formu, Öz Duyarlılık (Öz Şefkat) Ölçeği (ÖDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılarak toplandı.

Hasta Veri Formu; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, mesleği, sigara ve alkol kullanma durumu, eğitim durumu ve gelir durumu, hastanın birlikte yaşadığı kişiler, hasta için stres yaratan durumlar ve bu durumlarla nasıl başa çıktığı, travmatik bir olay yaşama durumu, sosyal destek düzeyi, ruhsal bozukluk tanısı ile iyileşme inançlarını ve tedavi memnuniyetlerini 0-10 puan arasında değerlendirdikleri soruları içerdi.

Öz Duyarlılık Ölçeği (ÖDÖ); 2003 yılında Neff tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akın ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. 5'li likert yapıda olan ve 26 maddeden oluşan ölçek öz şefkatin alt boyutlarını da değerlendirmekte ve öz bildirim tarzında bir ölçüm aracıdır. Alt boyutlar; öz yargılama, paylaşımların bilincinde olma, izolasyon, bilinçli farkındalık, öz sevecenlik ve aşırı özdeşleşmedir. Her bir alt boyuttan elde edilen puanların yüksek olması,

bireyin ilgili alt ölçeğin değerlendirdiği özelliklere sahip olduğunu gösterir (22).

Ölçek puanlaması alt boyutların her biri için ayrı olarak yapılmakta aynı zamanda ölçek toplam bir öz şefkat puanı da vermektedir. Alt ölçeklerden ve toplam ölçek puan hesaplanmasından alınabilecek puanlar 1-5 puan arasında olup; 1-2,5 arası puanlar düşük; 2,5- 3,5 arası puanlar orta; 3,5-5 arası puanlar yüksek düzeyde öz şefkati gösterir (22). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt gruplarda; öz sevecenlik 0,78, öz yargılama 0,77, paylaşımların bilincinde olma 0,80, izolasyon 0,79, bilinçli farkındalık 0,75 ve aşırı özdeşleşme için 0,81'dir (22). Araştırmamızda ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı öz sevecenlik 0,80, öz yargılama 0,76, paylaşımların bilincinde olma 0,68, izolasyon 0,77, bilinçli farkındalık 0,76 ve aşırı özdeşleşme için 0,67 olarak bulundu.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ); Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım olmak üzere beş alt ölçekten oluşan ölçeğin 30 maddesi vardır. Ölçek toplam puanı hesaplanmamaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise şöyledir: kendine güvenli yaklaşım 0-21, çaresiz yaklaşım 0-24, boyun eğici yaklaşım 0-18, iyimser yaklaşım 0-15 ve sosyal destek arama 0-12'dir. Bireyin alt ölçeklerden aldığı puanın yüksek olması o başa çıkma tarzının daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Ölçek değerlendirilirken kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeklerinden alınan puanların artması stresle başa çıkmanın etkili olduğunu; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (23). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt ölçeklerde; kendine güvenli yaklaşım 0,80, iyimser yaklaşım 0,68, çaresiz yaklaşım 0,73, boyun eğici yaklaşım 0,70, ve sosyal destek arama yaklaşımı ise 0,47 olarak belirlenmiştir (23). Araştırmamızda ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt ölçeklerde; kendine güvenli yaklaşım 0,85, çaresiz yaklaşım 0,77, boyun eğici yaklaşım 0,58, iyimser yaklaşım 0,74 ve sosyal destek arama 0,51 olarak belirlendi.

### Veri Toplama

Veri toplama araçları hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze uygulandı. Verilerin toplanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Eksik doldurulan formlar analize dahil edilmedi.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı

(SPSS Inc. Chicago,IL,USA) 22.0 kullanıldı. Sürekli değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için de sayı ve yüzde ifadeleri kullanıldı. Veri setinin analizi öncesinde, kullanılacak istatistiksel yöntemin belirlenmesi için değişkenlerin normal dağılıma uyum sağlayıp sağlamadıkları test edilmiştir. Bu aşamada Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyum göstermemesi nedeniyle gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Üç ve üzerindeki alt grup karşılaştırmalarındaki alt grup analizlerinde anlamlılık düzeyini belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc analizi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesi ise Spearman's Correlation Testi ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p \leq 0,05$  olarak alınmıştır.

### Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ankara'da bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan onay alındı (Sayı:16969557-1353). Araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alındı (Sayı:44831537-000). Araştırmada kullanılan ölçeklerin araştırma için uygunluğu sorularak gerekli izinler alındı. Araştırmaya katılan hastalara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılarak hastalardan araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı ve sözlü onamları alındı.

### Bulgular

Tablo 1'de araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı bilgileri ve hastalığa ilişkin özelliklerine yer verilmiştir.

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

%16,8'i sigara, alkol, madde vs. kullandığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hastaların ÖDÖ toplam puan ortalaması  $3,04 \pm 0,77$ 'dir. Alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; 'Öz Sevecenlik' için  $2,98 \pm 0,96$  'Öz Yargılama' için  $2,95 \pm 0,99$ , 'Paylaşımların Bilincinde Olma' için  $3,24 \pm 0,92$ , 'İzolasyon' için  $2,92 \pm 1,12$  'Bilinçli Farkındalık' için  $3,41 \pm ,97$  ve 'Aşırı Özdeşleşme' için puan ortalamaları  $2,74 \pm 0,97$ 'dir. SBTÇÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde;

'Kendine Güvenli Yaklaşım' için  $13,60 \pm 4,92$ , 'Çaresiz Yaklaşım' için  $12,65 \pm 5,45$ , 'Boyun Eğici Yaklaşım' için  $7,61 \pm 3,54$ , 'İyimser Yaklaşım' için  $7,81 \pm 3,42$ , 'Sosyal Destek Arama'  $7,38 \pm 2,44$  puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür (Bkz. Tablo 2).

Hastaların iyileşme inançları ve tedavi memnuniyetleri ile arasındaki ilişki Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların iyileşme inancı puan ortalaması  $7,5 \pm 2,7$ ; tedavi memnuniyeti puan ortalaması ise  $7,9 \pm 2,5$ 'tir (Bkz. Tablo 3).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Bilgileri, Hastalığa İlişkin Özellikleri ve Hastaların Yaşamlarında Stres Yaratan Durumlara ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik İfadeleri

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	59	52,2
	Kadın	54	47,8
Yaş Grubu	18-35 Yaş	55	48,7
	36-50 Yaş	39	34,5
	51 Yaş ve üzeri	19	16,8
Medeni Durum	Evli	50	44,2
	Bekar	63	55,8
Meslek	Memur	28	24,8
	Serbest Meslek	17	15,0
	İşçi	21	18,6
	Diğer (Emekli, işsiz, ev hanımı, öğrenci)	47	41,6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	14	12,4
	Ortaöğretim	40	35,4
	Yükseköğrenim	59	52,2
Gelir Durumu	Gelir giderden düşük	26	23,0
	Gelir gidere denk	74	65,5
	Gelir giderden yüksek	13	11,5
Sigara Kullanımı	Evet	59	52,2
	Hayır	54	47,8
Alkol Kullanma	Evet	22	19,5
	Hayır	91	80,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Aile	97	85,8
	Arkadaş	3	2,7
	Yalnız	13	11,5
Travmatik Olay Yaşama Durumu	Evet	67	59,3
	Hayır	46	40,7
Hasta Bireylerin Tanıları	Bipolar Bozukluk	25	22,2
	Depresyon	45	39,8
	Madde Kullanım Bozukluğu	19	16,8
	Diğer*	24	21,2
Hastaların Yaşamlarında Stres Yaratan Durumlara Yönelik İfadeleri	İş hayatındaki sorunlar	28	24,8
	Aile ilişkilerindeki sorunlar	20	17,7
	Hastalık	25	22,1
	Eğitim hayatındaki sorunlar	6	5,3
	Diğer**	34	30,1
Hastaların Stresle Başa Çıkma Durumlarına Yönelik İfadeleri	Stres yaratan durumdan uzaklaşırım	11	9,7
	Sevdiklerimle vakit geçiririm	5	4,4
	Dikkatimi başka şeylere veririm.	15	13,3
	Stresle başa çıkamıyorum.	26	23
	Yapmayı sevdiğim işleri yaparım.	28	24,8
	Sigara, madde, ilaç vs. kullanırım.	19	16,8
Yardım ararım.		9	8,0
		113	100

\* Diğer\*: Anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, şizofreni, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz, anoreksiya nevroza, konversiyon bozukluğu

\*\* Diğer\*\*: Gelecek kaygısı, trafik, işsizlik, düzensizlik, insan ilişkileri, Covid-19 pandemisi, maddi gelirin az olması, vs.

**Tablo 2.** Hastaların ÖDÖ ve SBÇTÖ Puan Ortalamaları

ÖLÇEKLER	Ort. ± ss.	Min.-Max.
<b>ÖDÖ</b>		
Öz Sevecenlik	2,98 ± 0,96	1,00-5,00
Öz Yargılama	2,95 ± 0,99	1,00-5,00
Paylaşımların Bilincinde Olma	3,24 ± 0,92	1,00-5,00
İzolasyon	2,92 ± 1,12	1,00-5,00
Bilinçli Farkındalık	3,41 ± 0,97	1,00-5,00
Aşırı Özdeşleşme	2,74 ± 0,97	1,00-5,00
ÖDÖ Toplam Puanı	3,04 ± 0,77	1,04-4,54
<b>SBÇTÖ</b>		
Kendine Güvenli Yaklaşım	13,60±4,92	0,00-21,0
Çaresiz Yaklaşım	12,65±5,45	0,00-24,0
Boyun Eğici Yaklaşım	7,61±3,54	0,00-18,0
İyimser Yaklaşım	7,81±3,42	0,00-15,0
Sosyal Destek Arama	7,38±2,44	0,00-12,0

\*Ort: Ortalama, ss: Standart Sapma, Min.: Minimum, Max.: Maximum

**Tablo 3.** Hastaların İyileşme İnançları ve Tedavi Memnuniyetleri

	n	Ort. ± ss.
İyileşme İnanç	113	7,5±2,7
Tedavi Memnuniyeti	113	7,9±2,5
Toplam	113	10

\*Ort: Ortalama, ss: Standart Sapma

Hastaların cinsiyete göre 'Aşırı Özdeşleşme' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,03$ ) (Bkz. Tablo 4).

Hastaların alkol kullanma durumlarına göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve öz şefkat alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli Post Hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, alkol kullanmayan hastaların ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının alkol kullanan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 4).

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre ÖDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Arkadaşlarıyla birlikte yaşayan bireylerin 'Bilinçli Farkındalık' alt boyut puan ortalamalarının ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p=0,012$ ) (Bkz. Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanı grubuna göre 'Aşırı Özdeşleşme' puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli Post Hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, Depresyon ve madde kullanım bozukluğu tanı gruplarında yer alan hastaların 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyut puan ortalamalarının bipolar bozukluk tanı grubundaki hastaların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0,002$ ) (Bkz. Tablo 4)

Hastaların meslek gruplarına göre 'Çaresiz Yaklaşım' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli Post Hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre 'Diğer' meslek grubunda yer alan hastaların 'Çaresiz Yaklaşım' alt ölçek puan ortalamasının, diğerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,011$ ) (Bkz. Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeyine göre 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Gruplar Arası Test Değerleri

	Tanıttıcı Özellikler	Öz sevecenlik	Yargılama	Paylaşımın Bilincinde olma	İzolasyon	Bilinçli Farkındalık	Aşırı Özdeşleşme	ÖDÖ Toplam Puan
Cinsiyet	Erkek	3,06±0,93 p=0,24	3,00±1,02 Z=-1,17	3,26±0,94 Z=-0,27	3,09±1,08 Z=-1,80	3,46±1,01 Z=-0,58	2,92±0,97 Z=-2,16	3,13 ± ,79 2,94 ±,76 Z=-1,52 p=0,12
	Kadın	2,90±0,98 p=0,096	2,90±0,98 Z=-1,17	3,22±0,92 Z=-0,27	2,74±1,14 Z=-0,55	3,37±0,92 Z=-0,58	2,54±0,93 Z=-2,16	2,94 ±,76 Z=-1,52 p=0,12
Yaş Grubu	18-35 Yaş	2,84±0,90 p=0,096	2,91±0,99 Z=-0,24	3,19±0,91 Z=-0,21	2,79±1,10 Z=-0,07	3,28±0,96 Z=-0,134	2,64±0,86 Z=-0,722	2,94±0,73 p=0,120
	36-50 Yaş	3,03±0,99 p=0,096	2,98±0,93 Z=-0,24	3,09±0,86 Z=-0,21	2,96±1,02 Z=-0,07	3,43±0,98 Z=-0,134	2,80±0,96 Z=-0,722	3,05±0,77 p=0,120
	51 Yaş ve üzeri	3,32±0,99 p=0,096	3,04±1,17 Z=-0,24	3,70±0,86 Z=-0,21	3,24±1,33 Z=-0,07	3,78±0,89 Z=-0,134	2,88±1,28 Z=-0,722	3,33±0,88 p=0,120
Medeni Durumu	Evlü	3,05±0,92 p=0,096	2,94±0,95 Z=-0,24	3,21±1,00 Z=-0,21	2,89±1,15 Z=-0,07	3,39±0,88 Z=-0,134	2,68±1,06 Z=-0,722	3,03±0,81 p=0,120
	Bekar	2,93±0,99 p=0,096	2,97±1,03 Z=-0,24	3,27±0,87 Z=-0,157	2,95±1,10 Z=-0,157	3,43±1,04 Z=-0,224	2,79±0,90 Z=-0,658	3,06±0,75 Z=-0,075
Meslek	Memur	3,18±0,97 p=0,096	3,27±0,93 Z=-0,24	3,17±0,79 Z=-0,157	3,21±1,00 Z=-0,07	3,62±0,90 Z=-0,134	3,02±1,00 Z=-0,658	3,24±0,73 p=0,940
	Serbest Meslek	3,21±0,87 p=0,096	2,79±1,05 Z=-0,24	3,40±0,96 Z=-0,157	2,72±1,10 Z=-0,07	3,38±0,87 Z=-0,134	2,76±0,99 Z=-0,658	3,04±0,79 p=0,940
	İşçi	3,05±1,10 p=0,096	3,10±1,04 Z=-0,24	3,49±0,99 Z=-0,157	3,25±1,10 Z=-0,07	3,39±1,21 Z=-0,134	2,99±0,96 Z=-0,658	3,21±0,86 p=0,940
Eğitim Düzeyi	Diğer (Emekli, işsiz, evhanımı, öğrenci)	2,76±0,89 p=0,096	2,64±0,96 Z=-0,24	3,12±0,96 Z=-0,157	2,69±1,15 Z=-0,07	3,31±0,92 Z=-0,134	2,45±0,89 Z=-0,658	2,85±0,73 p=0,940
	İlköğretim	3,00±1,12 p=0,096	2,74±1,03 Z=-0,24	3,66±1,04 Z=-0,157	3,17±1,00 Z=-0,07	3,27±1,16 Z=-0,134	2,39±0,90 Z=-0,658	2,89±0,87 p=0,940
Gelir Durumu	Ortaöğretim	3,17±0,81 p=0,096	2,98±0,95 Z=-0,24	3,34±0,99 Z=-0,157	3,11±1,09 Z=-0,07	3,58±0,95 Z=-0,134	2,90±1,00 Z=-0,658	3,18±0,73 p=0,940
	Yükseköğretim	2,85±1,00 p=0,096	2,99±1,02 Z=-0,24	3,08±0,82 Z=-0,157	2,95±1,08 Z=-0,07	3,33±0,97 Z=-0,134	2,71±0,96 Z=-0,658	2,99±0,78 p=0,940
Sigara Kullanma	Evlet	2,86±0,96 p=0,096	2,87±1,04 Z=-0,24	3,21±1,00 Z=-0,157	2,84±1,14 Z=-0,07	3,33±1,05 Z=-0,134	2,70±1,00 Z=-0,658	2,97±0,83 p=0,940
	Hayır	3,11±0,95 p=0,096	3,04±0,94 Z=-0,24	3,27±0,84 Z=-0,157	3,02±1,09 Z=-0,07	3,50±0,87 Z=-0,134	2,77±0,94 Z=-0,658	3,12±0,71 p=0,940
Alkol Kullanma	Evlet	2,41±0,92 p=0,096	2,53±1,04 Z=-0,24	2,73±0,94 Z=-0,157	2,34±1,02 Z=-0,07	2,76±1,03 Z=-0,134	2,16±0,88 Z=-0,658	2,49±0,79 p=0,940
	Hayır	3,12±0,92 p=0,096	3,06±0,96 Z=-0,24	3,12±0,92 Z=-0,157	3,07±1,10 Z=-0,07	3,57±0,89 Z=-0,134	2,88±0,94 Z=-0,658	3,18±0,71 p=0,940
Kiminle Yaşamaktadır	Aile	1,27±0,31 p=0,096	1,13±0,23 Z=-0,24	1,92±0,38 Z=-0,157	1,50±0,87 Z=-0,07	1,58±0,14 Z=-0,134	1,75±0,43 Z=-0,658	1,53±0,19 p=0,940
	Yalnız	2,80±1,03 p=0,096	2,94±1,00 Z=-0,24	3,33±0,83 Z=-0,157	3,10±1,16 Z=-0,07	3,15±1,21 Z=-0,134	2,85±1,10 Z=-0,658	3,03±0,86 p=0,940
Traumatik Olay Yaşama Durumu	Evlet	2,92±0,97 p=0,096	2,88±1,01 Z=-0,24	3,22±0,95 Z=-0,157	3,22±0,95 Z=-0,07	3,43±0,99 Z=-0,134	2,68±0,97 Z=-0,658	3,01±0,77 p=0,940
	Hayır	3,07±0,95 p=0,096	3,07±0,95 Z=-0,24	3,07±0,98 Z=-0,157	3,28±0,90 Z=-0,07	3,39±0,94 Z=-0,134	2,82±0,96 Z=-0,658	3,10±0,78 p=0,940
Hasta Bireylerin Tanımları	Bipolar Bozukluk	2,90±1,06 p=0,096	2,83±0,93 Z=-0,24	3,05±1,03 Z=-0,157	2,64±1,10 Z=-0,07	3,23±0,73 Z=-0,134	2,28±0,73 Z=-0,658	2,82±0,76 p=0,940
	Depresyon	2,96±0,83 p=0,096	3,07±0,95 Z=-0,24	3,30±0,85 Z=-0,157	3,04±1,04 Z=-0,07	2,99±0,83 Z=-0,134	2,99±0,83 Z=-0,658	3,14±0,65 p=0,940
Diğer*	Madde Kullanım Bozukluğu	3,14±0,88 p=0,096	3,40±0,98 Z=-0,24	3,54±0,85 Z=-0,157	3,29±1,09 Z=-0,07	3,13±1,03 Z=-0,134	3,13±1,03 Z=-0,658	3,34±0,78 p=0,940
	Diğer*	2,99±1,14 p=0,096	2,52±1,02 Z=-0,24	3,09±0,98 Z=-0,157	2,71±1,23 Z=-0,07	2,43±1,13 Z=-0,134	2,43±1,13 Z=-0,658	2,84±0,92 p=0,940
		X <sup>2</sup> =4,845 p=0,029	X <sup>2</sup> =8,114 p=0,016	X <sup>2</sup> =4,324 p=0,229	X <sup>2</sup> =4,923 p=0,177	X <sup>2</sup> =1,543 p=0,672	X <sup>2</sup> =7,791 p=0,002***	X <sup>2</sup> =7,791 p=0,050

\* p<0,05; Z: Mann Whitney U Testi, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis Testi; ÖDÖ: Öz Duyarlılık (Öz Şefkat) Ölçeği, Ort: Ortalama

\*\*Diğer: Anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, şizofreni, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz, anoreksiya nervoza, konversiyon bozukluğu

\*\*\*İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile Önemlilik seviyesi p=0,05/3=0,016; p=0,05/4=0,012

fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Bonferroni düzeltmeli Post Hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre ilköğretim mezunu bireylerin 'Boyun Eğici Yaklaşım' puan ortalamasının, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu olan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,003$ ) (Bkz. Tablo 5).

Sigara kullanan hastaların 'Çaresiz Yaklaşım' ( $p=0,01$ ) alt ölçek puan ortalamalarının, sigara kullanmayan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 5).

Hastaların 'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'İyimser Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçek puan ortalamalarının alkol kullanan bireylerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Alkol kullanan hastaların 'Çaresiz Yaklaşım' ( $p=0,00$ ) ve 'Boyun Eğici Yaklaşım' ( $p=0,05$ ) alt ölçek puan ortalamalarının alkol kullanmayan bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan hastaların iyileşmeye inancı ile ÖDÖ toplam ölçek puanları ile 'Öz sevecenlik', 'Öz Yargılama', 'Paylaşımların Bilincinde Olma', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık', 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların tedavi memnuniyeti ile ÖDÖ toplam puanları, 'Öz Sevecenlik' ve 'Öz yargılama', 'Paylaşımların Bilincinde Olma', 'İzolasyon', 'Bilinçli Farkındalık', 'Aşırı Özdeşleşme' alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 6).

Hastaların iyileşmeye inançları ile 'Kendine Güvenli Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' alt ölçekleri arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların iyileşmeye inançları ve 'Çaresiz Yaklaşım' arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların iyileşmeye inançları ile 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Bkz. Tablo 6).

Hastaların tedavi memnuniyetleri ile 'Kendine Güvenli Yaklaşım' ve 'İyimser Yaklaşım' alt ölçekleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Bkz. Tablo 6).

Hastaların tedavi memnuniyetleri ile "Çaresiz Yaklaşım" arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların tedavi

memnuniyetleri ile 'Boyun Eğici Yaklaşım' ve 'Sosyal Destek Arama' alt ölçekleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Bkz. Tablo 6).

Ayrıca 'Kendine güvenli yaklaşım' ve 'İyimser yaklaşım' ile ÖDÖ ölçek toplam puanları ve 'Öz sevecenlik', 'Öz yargılama', 'Paylaşımların bilincinde olma', 'İzolasyon', 'Bilinçli farkındalık', 'Aşırı özdeşleşme' alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı ( $p\leq 0,05$ ). 'Boyun eğici yaklaşım' ile ÖDÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde ( $r=-0,19$ ,  $p=0,03$ ) ve 'Öz yargılama' ile arasında orta düzeyde ( $p=0,00$ ), 'İzolasyon' ile zayıf düzeyde ( $p=0,00$ ), 'Aşırı özdeşleşme' alt boyutları arasında orta düzeyde ( $p=0,00$ ) negatif yönlü ilişki; 'Çaresiz yaklaşım' ile de ÖDÖ toplam puanları arasında yüksek düzeyde ( $p=0,00$ ) ve 'Öz sevecenlik' ( $p=0,00$ ), 'Öz yargılama' ( $p=0,00$ ), 'Paylaşımların bilincinde olma' ile aralarında orta düzeyde ( $p=0,00$ ), 'İzolasyon' ile yüksek düzeyde ( $p=0,00$ ), 'Bilinçli farkındalık' ( $p=0,00$ ) ve 'Aşırı özdeşleşme' ( $p=0,00$ ) alt boyutları ile de aralarında orta düzeyde negatif yönlü ilişki tespit edildi. 'Sosyal destek arama' ile ÖDÖ toplam puanları arasında zayıf düzeyde ( $p=0,00$ ) ve 'Öz sevecenlik' ( $p=0,00$ ), 'Öz yargılama' ( $p=0,00$ ) ve 'İzolasyon' ( $p=0,00$ ) aralarında zayıf düzeyde; 'Bilinçli farkındalık' ile orta düzeyde ( $p=0,00$ ), 'Aşırı özdeşleşme' ile ( $p=0,00$ ) zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptandı (Bkz. Tablo 7).

## TARTIŞMA

Bu araştırma, ruhsal bozukluğu nedeniyle ayaktan izlenen hastaların öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütüldü. Çalışmada hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu görüldü. Kültürlerarası farklılıklardan etkilenen öz şefkat, bireylerin yaşamları boyunca ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşmaması için sahip olması gereken dayanıklılığı arttıran önemli bir özelliktir (9). Bluth ve arkadaşlarının (2016) öz şefkatin ergen bireyleri stresten koruyup korumadığını araştırdıkları çalışmada; öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin daha az, stres ve olumsuz duygulanım; daha fazla yaşam doyumu ve olumlu duygulanım bildirdiklerini tespit etmişlerdir (24). Dossing ve arkadaşlarının (2015) bipolar bozukluk tanısı almış bireylerle yaptığı çalışmada da araştırma bulgumuza benzer şekilde hastaların öz şefkat düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmüştür (14). Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (16,25,26). Bu veriler ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeylerinin düşük ya da orta düzeyde olduğunu, yapılan psikososyal değerlendirmelerde bu değişkenin de ele alınarak hastaların bu konuda güçlendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SBÇT Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Gruplar Arası Test Değerleri

Tanıtıcı Özellikler	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	
Cinsiyet	Erkek	13,76±4,98	13,52±5,83	8,17±3,83	7,39±3,15	7,63±2,23
	Kadın	13,43±4,98	11,86±5,01	7,10±3,20	8,20±3,63	7,15±2,61
Yaş Grubu	18-35 Yaş	Z=-0,50	Z=-1,66	Z=-1,20	Z=1,31	Z=-0,61
	36-50 Yaş	p=0,61	p=0,09	p=0,23	p=0,18	p=0,54
Yaş Grubu	51 Yaş ve üzeri	14,16±5,09	13,33±5,29	7,20±3,28	7,56±3,43	7,42±2,78
		12,90±4,71	11,72±5,18	7,31±3,13	7,54±3,41	7,08±1,99
Medeni Durumu	Evli	12,62±4,89	12,63±4,63	9,11±3,28	7,89±2,21	7,89±2,21
	Bekar	X2= 1,894	X2= 2,586	X2= 4,649	X2= 3,997	X2= 1,696
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	p=0,388	p=0,274	p=0,098	p=0,136	p=0,428
	Yükseköğretim	13,20±4,51	12,66±5,37	8,18±4,11	7,60±3,25	7,30±2,08
Meslek	Memur	13,92±5,24	12,65±5,56	7,16±2,97	7,98±3,56	7,44±2,70
	Serbest Meslek	Z=-1,08	Z=-0,24	Z=1,29	Z=-0,52	Z=-0,63
Eğitim Düzeyi	İşçi	p=0,28	p=0,80	p=0,19	p=0,60	p=0,52
	Diğer (Emekli, işsiz, ev hanımı, öğrenci)	10,04±5,66	10,04±5,66	6,64±3,77	8,21±3,48	8,32±2,28
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	13,82±4,45	12,76±4,53	7,76±3,65	8,82±3,88	7,47±1,91
	Yükseköğretim	14,48±5,84	11,67±4,59	8,00±3,15	8,48±3,79	6,57±3,30
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	12,94±4,84	14,62±5,36	7,96±3,53	6,91±2,90	7,15±2,13
	Yükseköğretim	X2=2,498	X2=11,073	X2=2,155	X2=5,582	X2=5,677
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	p=0,476	p=0,011***	p=0,541	p=0,134	p=0,128
	Yükseköğretim	12,79±6,10	15,50±5,17	10,53±3,70	7,43±4,15	6,14±3,06
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	14,83±4,16	12,68±5,18	7,73±3,29	8,88±3,11	7,35±2,49
	Yükseköğretim	12,97±5,02	11,97±5,57	6,85±3,35	7,19±3,32	7,69±2,18
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	X2=2,967	X2=4,458	X2=11,445	X2=6,755	X2=5,015
	Yükseköğretim	p=0,227	p=0,108	p=0,003***	p=0,034	p=0,081
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	13,85±5,29	13,65±5,53	8,85±4,14	8,38±3,29	6,96±3,07
	Yükseköğretim	12,31±5,20	12,31±5,20	7,28±3,41	7,72±3,21	7,46±2,18
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	11,92±5,98	12,62±6,84	7,00±3,44	7,23±3,85	7,77±2,52
	Yükseköğretim	X2=1,634	X2= 1,856	X2= 2,050	X2=1,198	Z=0,486
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	p=0,442	p=0,395	p=0,359	p=0,549	p=0,784
	Yükseköğretim	13,81±5,24	13,81±5,24	8,08±3,33	7,80±3,56	7,17±2,59
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	X2=0,837	X2=2,37	X2=1,96	X2=3,30	X2=0,61
	Yükseköğretim	p=0,38	p=0,01*	p=0,05	p=0,94	p=0,54
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	11,14±5,66	15,36±4,73	7,86±3,00	5,73±3,19	6,27±2,69
	Yükseköğretim	14,20±4,56	12,00±5,44	7,55±3,67	8,32±3,29	7,65±2,31
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	Z=-2,38	Z=-2,63	Z=-0,69	Z=-3,15	Z=-2,83
	Yükseköğretim	p=0,01*	p=0,00*	p=0,04*	p=0,00*	p=0,03*
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	14,05±4,61	12,54±5,28	7,63±3,47	8,09±3,33	7,55±2,33
	Yükseköğretim	8,67±2,52	19,00±4,36	7,00±1,00	4,00±1,00	5,00±1,73
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	11,38±6,50	12,08±6,40	7,62±4,54	6,62±3,82	6,69±3,04
	Yükseköğretim	X2=5,911	X2=4,169	X2=0,087	X2=6,845	Z=4,451
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	p=0,050	p=0,124	p=0,957	p=0,033	p=0,108
	Yükseköğretim	13,64±5,05	13,18±5,79	8,00±3,81	7,64±3,45	7,54±2,00
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	13,54±4,78	11,89±4,89	7,04±3,05	8,07±3,40	7,15±2,97
	Yükseköğretim	Z=-0,21	Z=-1,13	Z=-1,12	Z=-0,69	Z=-0,59
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	p=0,83	p=0,25	p=0,26	p=0,48	p=0,55
	Yükseköğretim	12,04±5,05	13,76±5,58	8,00±3,84	6,76±3,09	7,64±1,93
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	14,04±3,78	11,31±5,06	7,09±3,73	8,27±2,82	7,76±2,32
	Yükseköğretim	15,74±5,23	11,89±5,27	7,74±3,69	9,47±3,69	6,95±3,05
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	12,71±5,92	14,63±5,68	8,08±2,70	6,75±4,01	6,75±2,56
	Yükseköğretim	X2=8,073	X2=2,783	X2=2,676	X2=9,477	Z=2,952
Eğitim Düzeyi	Ortaokul	p=0,045	p=0,048	p=0,444	p=0,024	p=0,399
	Yükseköğretim					

\* p&lt;0,05; Z: Mann Whitney U Testi, X2: Kruskal Wallis Testi; ÖDÖ: Öz Duyarlılık (Öz Şefkat) Ölçeği, Ort: Ortalama

\*\*Diğer: Anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik atak, şizofreni, psikotik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz, anoreksiya nervoza, konversiyon bozukluğu

\*\*\*İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile Önemlilik seviyesi p=0,05/3= 0,016; p=0,05/4= 0,012



**Tablo 6.** Hastaların İyileşme İnancı ve Tedavi Memnuniyetlerinin SBÇTÖ Puan Ortalamaları ve ÖDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İstatistiksel Analiz*	
	İyileşme İnancı	Tedavi Memnuniyeti
Öz Sevecenlik	r= 0,48, p=0,01	r= 0,33, p=0,01
Öz Yargılama	r= 0,27, p=0,01	r= 0,18, p=0,04
Paylaşımların Bilincinde Olma	r= 0,29, p=0,01	r= 0,24, p=0,01
İzolasyon	r= 0,39, p=0,01	r= 0,19, p=0,04
Bilinçli Farkındalık	r= 0,43, p=0,01	r= 0,30, p=0,01
Aşırı Özdeşleşme	r= 0,38, p=0,01	r= 0,23, p=0,01
ÖDÖ Toplam	r= 0,48, p=0,01	r= 0,31, p=0,01
Kendine Güvenli Yaklaşım	r= 0,31, p=0,01	r= -0,33, p=0,01
Çaresiz Yaklaşım	r= -0,36, p=0,01	r= -0,20, p=0,03
Boyun Eğici Yaklaşım	r= -0,18, p=0,15	r= -0,15, p=0,10
İyimser Yaklaşım	r= 0,35, p=0,01	r= 0,21, p=0,02
Sosyal Destek Arama	r= 0,18, p=0,15	r= 0,06, p=0,47

\*Spearman's correlation testi; ÖDÖ: Öz Duyarlılık (Öz Şefkat) Ölçeği

Araştırmamızda erkek hastaların 'aşırı özdeşleşme' puanlarının kadın hastalarinkinden yüksek olduğu saptandı. 'Aşırı özdeşleşme' bireyin deneyimlediği olumsuz duygu ve düşüncelerinin farkında olmadığını belirtmektedir (10). Literatürde konuyla ilgili araştırmaya rastlanmadı. Ancak araştırma bulgumuzdan farklı olarak, kadınların olumsuz duygularla aşırı özdeşleşmeye daha yatkın olduğu, olumsuz duyguların etkisinde erkeklere oranla daha fazla kaldıkları, kendilerine daha eleştirel yaklaştıkları ve erkeklere kıyasla kendileriyle daha fazla negatif konuşmalar yaptıkları bilinmektedir (10). Bu farklılığa; örneklem grubunu oluşturan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin, hastalık, tanı ve tedavi süreçlerinin farklı olmasının neden olduğu düşünülmektedir. Araştırmada 51 yaş ve üzeri hastaların 'Paylaşımların bilincinde olma' puanlarının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu görüldü. 'Paylaşımların bilincinde olma' bireyin yaşadığı zor durumları başkalarının da yaşayabileceğinin ve hayatın bir parçası olduğunun bilincinde olmasıdır (10). Bireyler yıllar geçtikçe yaşam deneyimiyle bakış açılarını değiştirmekte, olumsuz deneyimlerden kaçınarak duygularını düzenlemeyi öğrenmekte ve paylaşımların daha çok bilincine varmaktadır (27). Yaşam deneyimlerinin ilerleyen yıllarda bireyi hayata ve kendine karşı daha şefkatli bir yaklaşıma yönelttiği ve bunun da bireyin daha çok paylaşımların bilincinde olmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Hastaların alkol kullanımına göre stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde; alkol kullananların çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı alkol kullanmayanlara göre daha fazla kullandıkları görüldü. Ayrıca alkol kullanan hastaların öz şefkat düzeylerinin alkol kullanmayanlara göre düşük olduğu saptandı. Brooks

ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada bireylerin alkol kullanımıyla öz şefkat düzeylerinin negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (28). Öz şefkatli bireylerin madde ve alkol kullanarak başa çıkma durumlarının daha düşük olduğu bilinmektedir (10). Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Öz şefkat düzeyinin yüksek olmasının bireyi daha yapıcı ve olumlu stresle başa çıkma tarzlarına yönlendirdiği düşünülmektedir. Alkol ve madde kullanımı etkili olmayan başa çıkma yöntemleridir. Çalışmada alkol kullanan hastaların öz şefkat düzeylerinin düşük olmasının bununla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre öz şefkat düzeyleri incelendiğinde; arkadaşlarıyla birlikte yaşayan hastaların öz şefkat düzeylerinin ailesiyle birlikte yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı. Hood ve arkadaşlarının (2019) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada; öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin ailelerini daha destekleyici olarak algıladığı saptanmıştır (29). Araştırma sonuçlarımızda da hastaların yaklaşık %85 'inin ailesiyle birlikte yaşadığı saptanmış olup, olumlu anne baba tutumlarının hastaların öz şefkat düzeyini arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Sosyal destek ile öz şefkat düzeyinin pozitif yönde ilişkili olduğu bilinmektedir (9,30). Bu kapsamda hastaların öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olması, hastaların ailelerinden aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olmasından kaynaklanabilir. Akin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011), öz şefkat ile yalnızlık arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (9). Bu nedenle ailesiyle birlikte yaşayan hastaların öz şefkat düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 7. Hastaların Öz Şefkat Alt Boyutları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

Öz Şefkat Alt Boyutlar	Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçekler					
	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	
Öz Sevecenlik	r	0,54	-0,44	-0,07	0,63	0,27
	p	0,00	0,00	0,45	0,00	0,00
Öz Yargılama	r	0,39	-0,68	-0,34	0,41	0,29
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Paylaşımların Bilincinde Olma	r	0,49	-0,31	0,15	0,58	0,13
	p	0,00	0,00	0,10	0,00	0,16
İzolasyon	r	0,39	-0,70	-0,25	0,50	0,29
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bilinçli Farkındalık	r	0,65	-0,49	-0,06	0,70	0,42
	p	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00
Aşırı Özdeşleşme	r	0,39	-0,66	-0,31	0,49	0,28
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Öz Şefkat (Toplam)	r	0,60	-0,71	-0,19	0,70	0,36
	p	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00

\* Spearman's Correlation Testi

Araştırmada hastaların tanı gruplarına göre öz şefkat düzeylerinin değiştiği görüldü. Madde kullanım bozukluğu tanısındaki hastaların öz şefkat puanları, bipolar bozukluk ve diğer tanı grubundaki hastaların puanlarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Literatürdeki çalışmalarda yüksek madde kullanım riski ve bağımlılık sorunlarının düşük düzeyde öz şefkatle ilişkili olduğu görülmüştür (15,31). Duygudurum bozukluklarına sahip hastaların kendini daha fazla yargılayabileceği bu nedenle öz şefkat düzeylerinin de madde kullanım bozukluğu tanı grubuna göre daha düşük olduğu düşünülmektedir. Araştırma bulgumuzla uyumlu olarak depresyon semptomları arasında kendini yargılamanın da bulunduğu bilinmektedir (9). Depresyon ve madde kullanım bozukluğu tanı gruplarında yer alan hastaların aşırı özdeşleşme puanlarının bipolar bozukluk tanı grubundaki hastaların puanlarından daha yüksek olduğu görüldü. Madde kullanım bozukluğu ile duygu düzenleme güçlüğü arasında güçlü ilişki olduğu bilinmektedir (15). Bu nedenle duygu düzenleme güçlüğü yaşayan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların aşırı özdeşleşme durumlarının daha fazla olduğu söylenebilir. Depresyonda görülen olumsuz bilişsel değerlendirme ve çarpıtmaların olumsuz duygulanıma neden olduğu bilinmekte (9); bu nedenle depresyon tanılı hastaların aşırı özdeşleşme durumlarının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Hastaların iyileşme inancı ve tedavi memnuniyetleri arttıkça öz şefkat düzeylerinin de arttığı saptandı. Yang

ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2016) umut ile öz şefkatin pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (32). Buna bağlı olarak da hastaların iyileşme inancı ve tedavi memnuniyetlerinin de artmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların stresle başa çıkma tarzlarından en çok kendine güvenli yaklaşımı ve çaresiz yaklaşımı kullandıkları saptandı. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğinde kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların artması stresle başa çıkmanın etkili olduğunu; çaresiz yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların artması ise etkisiz başa çıkma tarzlarının kullanıldığını göstermektedir (23). Alpat'ın konversiyon bozukluğu tanılı hastalarla yaptığı çalışmada (2017), hastaların daha çok etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandıkları görülmüştür (33). Ruhsal bozuklukların ortaya çıkma sebeplerinden biri karşılaşılan stresörlerin üstesinden gelmede bireyin mevcut baş etme yöntemlerinin etkisiz olması yatmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların daha çok çaresiz yaklaşımı tercih etmelerinin sebebinin bu durum olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan araştırmaya katılan hastalardan kendine güvenli yaklaşımı kullananların ise iyileşme sürecinde olan hastalar olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastalara "Genel olarak stresle nasıl baş edersiniz?" açık uçlu sorusu sorulduğunda; hastaların %23'ü stresle başa çıkamadığını, %24,8'i yapmayı sevdiği işleri yaptığı, %16,8'i sigara, alkol, madde vs. kullandığını, %13,3'ü ise dikkatini başka şeylere verdiğini belirtti. Bu veri

hastaların stresle başa çıkma durumlarını değerlendiren öznel bir veridir. Bu bulgu ile de hastaların bir kısmının stresini azaltmaya yönelik çeşitli faaliyetler bulma arayışında oldukları (dikkatini başka şeylere vermek, yapmayı sevdiği işleri yapmak) bir kısmının ise stresle başa çıkamadığı ve etkisiz başa çıkma yöntemlerine yöneldikleri görüldü. Hastaların yaşamlarındaki stres yaratan durumlara yönelik ifadeleri incelendiğinde; hastaların %24,8'inin iş hayatındaki sorunlar, %22,1'inin hastalık, %17,7'si aile ilişkilerindeki sorunlar ve %30,1'i de diğer sorunlar (gelecek kaygısı, trafik, işsizlik, düzensizlik, insan ilişkileri, Covid-19 pandemisi, maddi gelirin az olması) nedeniyle stres yaşadıkları görüldü. Ruh sağlığı sorunları bireyin aile, iş ve sosyal hayatına uyumunu ve ilişkilerini de etkileyebilmektedir. Ruh sağlığı sorunu yaşamak başlı başına bir stres kaynağı iken aile, iş ve sosyal hayatta yaşanan diğer sorunlar stres düzeyini daha da artırabilmekte ve bireyin işlevselliğini bozabilmektedir (2,7). Literatürde de ruhsal hastalığı olan bireylerin işsizlik ve aile ilişkilerinde sorunlar gibi birçok stresli yaşam olayı yaşadığı saptanmıştır (34).

Araştırmada 'Diğer' meslek grubundaki hastaların; memur, serbest meslek ve işçi meslek gruplarına göre daha fazla çaresiz yaklaşım tarzını kullandığı görüldü. 'Çaresiz yaklaşım' bireyin sıkıntılı durumlar karşısında sorunun çözümünden çok duygulara odaklanmasını ifade eder. Ayyıldız ve Gümüş'ün (2019) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmada, işsiz bakım verenlerin diğer meslek gruplarına (işçi ve memur) göre daha fazla çaresiz yaklaşım tarzını kullandığı saptanmıştır (35). Araştırmada 'Diğer' meslek grubunda yer alan hastaların belli bir maddi gelirinin olmaması ya da gelirinin kısıtlı olması nedeniyle ekonomik olarak zorluklar yaşaması buna bağlı olarak stres karşısında çaresiz yaklaşımı kullanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca iş sahibi olmayan bireylerin iş sahibi olanlara göre eğitim düzeylerinin düşük olması da stresle başa çıkma konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olamayabileceğini düşündürmektedir.

İlkokul mezunu hastaların en çok boyun eğici yaklaşım tarzını kullandığı görülmüştür. 'Boyun eğici yaklaşım' bireyin sıkıntılı durumlara kaderci tutumla yaklaşması ve çözümünü doğaüstü güçlerde beklemesini ifade etmektedir. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların yüksek olması bireyin stresle etkisiz şekilde başa çıktığını göstermektedir (23). Christensen ve arkadaşlarının işsiz yetişkin bireylerle yaptığı çalışmada (2006), eğitim düzeyi orta düzeyde olan bireylerin etkisiz başa çıkma tarzlarını daha az kullandığı saptanmıştır (36). Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bireylerin stresle başa çıkma konusunda bilgi sahibi olmasının stresle etkili şekilde başa çıkmayı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada sigara kullanan hastaların sigara kullanmayan hastalara göre daha fazla çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı

kullandıkları görüldü. Hastaların çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullanması stresle etkisiz şekilde başa çıktığını göstermektedir (23). Kelleci ve arkadaşlarının üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada (2012), sigara kullanan öğrencilerin boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı saptanmıştır (37). Işıktaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2019) da sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayan bireylere göre çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları daha fazla kullandığı görülmüştür (38). Bu bulgu stres ile baş etmede etkili yöntemler kullanamayan bireylerin yaşadıkları stresi azaltarak rahatlama sağlamak için sigara kullanımına yöneldiklerini düşündürmektedir.

Araştırmada; alkol kullanan bireylerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı, alkol kullanamayanlara göre daha fazla kullandıkları görüldü. Çapık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkol kullanmayan öğrencilerin etkisiz başa çıkma tarzlarını daha az kullandıkları görülmüştür (39). Çaresiz yaklaşım stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (23). Stresi etkin şekilde yönetemeyen bireylerin bir başka etkisiz baş etme yöntemi olan alkol kullanımına yöneldiği düşünülmektedir. Ailesiyle birlikte yaşayan kişilerin daha çok kendine güvenli yaklaşımı ve iyimser yaklaşımı kullandıkları görüldü. Bireylerin kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları kullanması stresle etkili şekilde başa çıkabileceğini göstermektedir (23). Stres tamponlama hipotezine göre; sosyal destek de dahil olmak üzere belli faktörlerin stres ve olumsuz sonuçlar arasındaki ilişkiyi azaltabileceği öne sürülmektedir (40). Rafaelli ve arkadaşlarının ergen bireylerle yaptığı çalışmada (2012) aile desteğinin stresin olumsuz etkilerini azaltmada benzersiz bir etki gösterdiğini ortaya koymuştur (41). Bizim çalışma sonuçlarımız da bireyin sosyal destek sistemlerinin güçlü olmasının daha etkili baş etme yöntemlerinin kullanımını sağladığını göstermektedir. Güvenli bir aile ortamının karşılaşılan stresörlerle başa çıkmayı güçlendirebileceği düşünülmektedir.

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

Hastaların tedavi memnuniyetleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının da arttığı görüldü. Ayrıca tedavi memnuniyetiyle çaresiz yaklaşım arasında negatif yönlü ilişki olduğu saptandı. Tedavi memnuniyeti tedavi programına uyumun da bir göstergesidir. Bu açıdan ele alındığında bakım ve tedavi protokolüne

uyan hastaların daha etkili başa çıkma yöntemlerini kullanmaya yöneldikleri düşünülmektedir. Diğer yandan araştırma sonuçlarımızı tedavi memnuniyetleri fazla olan bireylerin öz şefkat düzeylerinin de yüksek olduğunu bu nedenle de stresle etkili şekilde başa çıkabildiklerini de düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların öz şefkat düzeyleri arttıkça kendine güvenli ve iyimser yaklaşımlarının ve sosyal destek arama yaklaşımlarının da arttığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlarının da azaldığı görüldü. Öz şefkat bireyleri stresli durumlara karşı destekleyerek, rahatlatmada yardımcı olur (19). Araştırma bulgularımıza dayanarak öz şefkatin bireylerin stresle etkili şekilde başa çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Allen ve Leary'nin yaptığı araştırmada (2010) da öz şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin stresle daha etkili şekilde başa çıkabildikleri görülmüştür (17). Gerke'nin yaptığı araştırmada da (2016) öz şefkat temelli müdahalelerin stresi azalttığı belirtilmiştir (20). Ewert ve arkadaşlarının öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları meta analiz çalışmasında (2021) öz şefkat düzeyiyle problem odaklı başa çıkma tarzlarının pozitif yönde ilişkili olduğu vurgulanmıştır (42). Literatürdeki araştırmaların da araştırma bulgularımızla uyumlu olduğu görülmektedir (17,42).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırdığımız bu çalışma tek merkezli olup belli bir bölgedeki örneklem grubunda yapıldığı için tüm ruhsal bozukluğu olan bireyler için genellenememektedir. Bu durum araştırmamızın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

## SONUÇ

Sonuç olarak öz şefkat ile strese başa çıkma arasında ilişki olduğu saptandı. Hastaların öz şefkat ve stresle başa çıkma tarzları alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri, sigara ve alkol kullanım durumları, bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler, tanı grupları, iyileşme inançları ve tedavi memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ruh sağlığı hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin öz şefkat düzeylerini de ele alınarak, öz şefkat düzeylerini arttırmaya yönelik psikososyal müdahaleler yapması önerilmektedir. Ruh sağlığı hemşirelerinin, kliniklerde yürüttükleri eğitim toplantılarına harmanlanmış olarak hem de bireysel gelişim kapsamında yürütülebilecek öz şefkat düzeylerini geliştirici ve stresle etkili başa çıkmayı sağlamaya yönelik girişimlerde bulunması ve çalışmalar yürütmesi önerilmektedir. Öz şefkat temelli müdahalelerin ve eğitimlerin planlanarak hastaların stresle etkili şekilde başa çıkması desteklenmelidir. Farklı tanı gruplarında hastaların stresle başa çıkma tarzları

ve öz şefkat düzeylerine ilişkin, daha geniş kapsamlı bulgulara ulaşılabilmesi için daha büyük örneklem grupları ile benzer çalışmalar yapılabilir. Bununla birlikte ruhsal bozukluğu nedeniyle tedavi gören bireylerin öz şefkat düzeylerinin yükseltilmesinin ve stresle etkili başa çıkmalarının desteklenmesinin tedavi sonuçlarını iyileştirip iyileştirmeyeceği araştırılabilir.

## KAYNAKLAR

- Slavich, G. (2016). Life stress and health: a review of conceptual issues and recent findings, *Teach Psychol.*, 43, 346–35.
- Moritz, S., Köther, U., Hartman, M., Lincoln, T. (2015). Stress is a bad advisor. Stress primes poor decision making in deluded psychotic patients, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 265, 461–469.
- Özarlan, Z., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z.I., Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri, *Marmara Medical Journal*, 26, 130-5.
- Karabulut, V., Evren, C., (2018). Opioid sürdürüm tedavisindeki hastalarda intihar girişimi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki, *Klinik Psikiyatri*, 21, 245-253.
- Karaca A., Yıldırım N., Ankaralı H., Açıkgoz F. ve Akkuş D. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin algılanan klinik stres düzeyi, stres cevapları ve başatme davranışları. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 32-39.
- Wigman, J.T., Devlin, N., Kelleher I., Murtagh A., et al. (2014). Psychotic symptoms, functioning and coping in adolescents with mental illness, *BMC Psychiatry*, 14, 1-9.
- Troop, N.A., Holbrey, A., Treasure J.L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
- Germer, C. (2018). Öz Şefkatli Farkındalık, İstanbul, Diyojen Yayıncılık.
- Korkmaz, B. (2018). Öz duyarlılık: psikolojik belirtiler ile ilişkisi ve psikoterapide kullanımı, *Current Approaches in Psychiatry*, 10, 40-58.
- Neff, K., (2003a) Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself, *Self Identity*, 2, 85-101
- Neff, K., (2003b). The development and validation of a scale to measure self compassion, *Self Identity*, 2, 223-250.
- Terry, M.L., Leary, M.R., Mehta, S., (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college, *Self Identity*, 12, 278- 290.
- Yamaguchi, A., Kim, M.S., Akutsu, S., (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms, *Personality and Individual Differences*, 68, 65-70.
- Døssing, M., Nilsson, K.K., Svejstrup, S.R., Sørensen, V.V., Straarup, K.N., Hansen, T.B., (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 60, 53-58.
- Phelps, C.L., Paniagua, S.M., Willcockson, I.U., Potter, J.S., (2018) The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder, *Drug and alcohol dependence*, 183, 78-8.
- Eichholz, A., et al, (2020). Self compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder, *Clinical psychology & psychotherapy*, 630-639.
- Allen, A. B. ve Leary, M. R. (2010). Self Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.

18. Lloyd, J., Muer, J., Patterson, T., Marczak, M., (2018). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia, *Clinical Gerontologist*, 42(1), 47-59.
19. Deniz, M.E., (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID19, and well-being: A serial mediation investigation, *Personality and Individual Differences*, 177, 110824.
20. Gerke, Y.K., (2016). Promoting Self-Compassion: A Self-Help Compassion Training and its Effect on Stress-A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of a Compassion Based Intervention and a Mediation Analysis of Self-Compassion (Master's thesis, University of Twente).
21. Ewert, C., Vater, A., Schröder-Abé, M., (2021). Self-compassion and coping: a meta-analysis, *Mindfulness*, 1-15.
22. Akın, Ü., Akın, A., Abacı, R., (2007). Öz-duyarlık ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33, 1-10.
23. Şahin, N.H., Durak, A., (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10, 56-73.
24. Bluth, K., Roberson, P.N., Gaylord, S.A., Faurot, K.R., (2016). Does self-compassion protect adolescents from stress?, *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1098-1109.
25. Werner, K.H., Jazaieri, H., Goldin, P.R., Ziv, M., (2012). Self-compassion and social anxiety disorder, *Anxiety, Stress & Coping*, 25, 543-558.
26. Hoge, E.A., Hölzel, B.K., Marques, L., Metcalf, C.A., (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.
27. Vettese, L.C., Dyer, C.E., Li, W.L., Wekerle, C., (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.
28. Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., Childs, S., (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3, 308-317.
29. Hood, C.O., Thomson Ross, L., Wills, N., (2020). Family factors and depressive symptoms among college students: Understanding the role of self-compassion, *Journal Of American College Health*, 68, 683-687.
30. Neely, M.E., Schallert, D.L., Mohammed, S.S., Roberts, R.M., (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being, *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.
31. Bibi, S., Masood, S., Ahmad, M., Bukhari, S., (2017). Effect of self-compassion on the marital adjustment of Pakistani adults, *Foundation University Journal of Psychology*, 52-66.
32. Yang, Y., Zhang, M., Kou, Y., (2016). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 98, 91-95.
33. Alpat, B., (2017). Konversiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığın ve başa çıkma tarzlarının etkisi, Published master thesis, İstanbul, Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
34. Öz, F., ve İnci, F. (2009). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersinin hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunu olan bireye yönelik tutumlarına etkisi. *Kriz Dergisi*, 17(2), 39-47.
35. Ayyıldız, E., Gümüş, A.B., (2019). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi, *Journal of Psychiatric Nursing*, 10, 277-285.
36. Christensen, U., Schmidt, L., Kriegbaum, M., Hougaard, C.Ø., (2006). Coping with unemployment: Does educational attainment make any difference?, *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 363-370.
37. Kelleci, M., Gölbaşı, Z., İnal, S., Kavakcı, Ö., (2012). Sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları: Cinsiyetin etkisi, *CMJ*, 34, 9-16.
38. Işıktaş, S., Karafistan, M., Dilan, A., Yılmaz, A.S., (2019). Sigara içen ve içmeyen bireylerin stresle başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılması, *Cyprus Medical Journal*, 1, 102-107.
39. Çapık, C., Durmaz, H., Öztürk, M., (2017). Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen etmenler: Lefkoşe örneği, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 208-216.
40. Cohen, W., Wills, T.A., (1985). Stres, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
41. Raffaelli, M., Andrade, F.C., Wiley, A.R., Sanchez Armass, O., (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress buffering hypothesis in a Mexican sample, *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 283-289.
42. Neff, K.D., Pisitsungkarn, K., Hsieh, Y., (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.