

**PANİK BOZUKLUK TANISI ALAN BİREYLERDE
BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE STRESLE BAŞA ÇIKMAYA ETKİSİ**

Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK**

Doktora Tezi-2022

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PANİK BOZUKLUK TANISI ALAN BİREYLERDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN PSİKOLOJİK İYİ
OLUŞ VE STRESLE BAŞA ÇIKMAYA ETKİSİ**

Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK**

MALATYA

2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Panik Bozukluk Nedir?.....	3
2.2. Panik Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Panik Bozuklukta Eştanı.....	3
2.4. Belirtiler ve Bulgular.....	4
2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış.....	4
2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma.....	4
2.4.3. Duygulanım.....	4
2.4.4. Bilişsel Yetiler.....	4
2.4.5. Düşünce Süreci ve İçeriği.....	5
2.4.6. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler.....	5
2.5. Tanı/DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	5
2.6. Gidiş ve Sonlanış.....	6
2.7. Oluş Nedenleri.....	6
2.7.1. Ruhsal Faktörler.....	6
2.7.2. Çevresel Faktörler.....	8
2.7.3. Biyolojik Faktörler.....	8
2.8. Tedavi.....	9
2.8.1. Farmakolojik Tedavi.....	9
2.8.2. Psikoterapi.....	9
2.9. Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT).....	10
2.10. Panik Bozuklukta Psikolojik İyi Oluş.....	13
2.11. Panik Bozuklukta Stresle Başa Çıkma.....	14
2.12. Psikiyatri Hemşireliğinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Kullanımı.....	16
2.13. Panik Bozukluk Tanılı Bireylerde Psikolojik İyi Oluşu ve Stresle Başa	

Çıkmayı Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	18
3. MATERİYAL VE METOT.....	20
3.1. Araştırmanın Türü	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	21
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	23
3.4.2. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ).....	23
3.4.3. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ).....	23
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Hemşirelik Girişimi.....	24
3.6.1. BDT Temelli Psikoeğitim Oturumlarının İçeriği	25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.8. Verilerin Analizi.....	30
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	54
EK-1. Özgeçmiş	54
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu	55
EK-3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)	56
EK-4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBÇÖ).....	57
EK-5. BDT Katılım Belgesi	59
EK-6. Etik Kurul Onayı	60
EK-7. Kurum İzin Yazıları.....	61
EK-8. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu	64
EK-9. Ölçek İzni.....	66

TEŐEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bana ışık tutan ve rehber olan, bu çalışmamı bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a, çalışmamı katkılarıyla zenginleştiren değerli jüri üyeleri Sayın Doç. Dr. Emine YILMAZ'a, Sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya, Sayın Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU'ya, Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a, değerli katılımlarıyla çalışmama katkıda bulunan TÜM HASTALARA, lisanüstü eğitimim boyunca her zaman birlikte yol aldığım değerli sınıf arkadaşım Mehmet Emin ŞANLI'ya ve eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen canım annem Hanım YILDIRIM, babam Senai YILDIRIM, kız kardeşim Hilal YILDIRIM ve erkek kardeşim Ömer Faruk YILDIRIM'a ve eşim Nejat ÜŞENMEZ'e

TÜM KALBİMLE TEŐEKKÜR EDERİM...

ÖZET

Panik Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkmaya Etkisi

Amaç: Bu araştırma panik bozukluk tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmaya etkisi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Araştırma ön test-son test kontrol gruplu randomize kontrollü olarak Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde Mayıs 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dicle Üniversitesi Hastanesi polikliniklerinde tedavi gören 105 panik bozukluk tanılı bireyle (51 deney, 54 kontrol) tamamlandı. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBCÖ) kullanılarak toplandı. Deney grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylere 8 oturumluk (haftada bir oturum) BDT temelli psikoeğitim grup eğitimi şeklinde verildi, kontrol grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylere herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda *t* testi kullanıldı.

Bulgular: Deney grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin BDT temelli psikoeğitim sonrası psikolojik iyi oluş (41.37 ± 4.06) ve stresle başa çıkma (86.72 ± 6.84) puanlarının kontrol grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş (31.46 ± 8.35) ve stresle başa çıkma (83.57 ± 5.96) puanlarına göre arttığı belirlendi. Araştırmada, BDT temelli psikoeğitimin deney grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç: BDT temelli psikoeğitimin; panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerini artırmada etkili olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: BDT, Panik Bozukluk, Psikoeğitim, Psikolojik İyi Oluş, Stresle Başa Çıkma, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based Psychoeducation on Psychological Well-being and Coping with Stress in Individuals Diagnosed with Panic Disorder

Aim: This study was conducted to determine the effect of cognitive behavioral therapy based psychoeducation on psychological well-being and coping with stress in individuals diagnosed with panic disorder.

Material and Method: The study was conducted in Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital and Dicle University Hospital between May 2021-November 2021 as a randomized controlled trial with a pre-test post-test control group. The study was completed with 105 individuals diagnosed with panic disorder (51 experimental, 54 control) who were treated in the outpatient clinics of Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital and Dicle University Hospital. Data were collected using the Descriptive Characteristics Form, the Psychological Well-being Scale and the Coping with Stress Scale. The individuals diagnosed with panic disorder in the experimental group were given eight sessions (one session per week) CBT-based psychoeducation in the form of group training, and no intervention was applied to individuals diagnosed with panic disorder in the control group. Number, percentage, mean, standard deviation, chi-square, t-test was used in the analysis of the data.

Results: The level of psychological well-being (41.37 ± 4.06) and coping with stress (86.72 ± 6.84) scores of individuals diagnosed with panic disorder in the experimental group after CBT-based psychoeducation increased compared to the level of psychological well-being (31.46 ± 8.35) and coping with stress (83.57 ± 5.96) scores of individuals diagnosed with panic disorder in the control group. In the study, it was determined that the difference between the psychological well-being and coping with stress scales pretest and posttest total score averages of individuals diagnosed with panic disorder in the experimental group of CBT-based psychoeducation was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: CBT-based psychoeducation applied to individuals diagnosed with panic disorder; It was determined that it was effective in increasing the level of psychological well-being and the level of coping with stress in these individuals.

Keywords: CBT, Panic Disorder, Psychoeducation, Psychological well-being, Coping with Stress, Psychiatric Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Şeması	20
Şekil 3.2. Deney Grubu Psikoeğitim Uygulama Planı	23
Şekil 3.3. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı.....	27

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve Alt Boyutları	24
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	30
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Son Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Son Test Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test ve Son Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	36
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test ve Son Test Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	37

1. GİRİŞ

Panik bozukluk; baş dönmesi, nefes darlığı, bulantı, kalp atım hızının artması gibi fiziksel semptomlar ve yoğun anksiyete, kontrol kaybı, ölüm korkusu gibi bilişsel semptomların eşlik ettiği beklenmeyen panik ataklardan oluşan nöksler ve remisyonlarla süregiden bir hastalıktır (1-3). Panik bozukluğun %1.5-2 oranında yaşam boyu görülme sıklığına sahip olduğu bildirilmiştir (4). Panik bozukluğu olan bireyler sürekli panik atak geçirecekleri düşüncesinden dolayı stres yaşamaktadırlar.

Panik bozuklukta, aniden gelen ataklarla yaşanan stres durumu bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Bunun yanı sıra bireylerin kişilerarası ilişkilerinde, sosyal ve iş hayatlarında da ciddi sıkıntılar oluşturmaktadır (5). Yaşanan bu stres durumları karşısında bireyler problem odaklı, duygusal odaklı, sosyal destek arayıcı, kaçınan başa çıkma gibi çeşitli olumlu ve olumsuz stresle başa çıkma yöntemlerine başvurumaktadırlar (6). Katerndahl & Palmer panik bozukluğu olan bireylerin olumsuz başa çıkma yöntemlerine başvurduğunu bildirmişlerdir (7). Savoia & Bernik panik bozukluğu olan bireylerin, ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha az uyumlu ve etkili baş etme stratejileri kullandıklarını bildirmişlerdir (8). Panik bozukluk çok bileşenli bir sorun olması sebebiyle bireylerin psikolojik iyilik halini de etkileyebilmektedir.

Psikolojik iyi oluş; karşı karşıya kalınan zorlukları yönetme, yaşamın anlamı, olumlu kişisel gelişim, etkili kişilerarası ilişkiler kurma gibi bileşenlerden oluşan bir kavramdır. Başka bir deyiş ile psikolojik olarak iyi olma, ruhsal olarak en iyi hali belirtmektedir (9). Fava ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerin sağlıklı kontrollerden daha düşük psikolojik iyi oluşa sahip olduklarını bildirmişlerdir (10). Panik ataklardan dolayı bireylerin yaşadıkları sıkıntılar yaşamlarını zorlaştırmaktadır. Bu durumlar karşısında kullanılan başa çıkma yöntemleri ve bireylerin kendilerini psikolojik olarak iyi hissetmeleri tedavinin terapötik etkinliğinin belirlenmesinde yarar sağlayabilmektedir (11).

Panik bozukluk tedavisinde ilaç tedavisinin etkinliği kanıtlanmıştır (12). Fakat ilaç almayı reddeden bireylerin olması, ilaçların yan etkileri ve ilaç tedavisi sürerken ortaya çıkan nökslerden dolayı ilaç tedavisine ilave yöntemlerin bulunması gerektiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda çeşitli terapi yöntemleri bu ilaç tedavisine ilave yöntemler olarak bulunmuştur (13,14). Bu yöntemlerden biri olan bilişsel davranışçı terapi, panik

bozukluk tedavisinde ilk tercih edilen terapi yöntemi olarak yer almaktadır (15). Stresle baş çıkmada bireyin kullandığı olumlu yöntemlerin desteklenmesi, olumsuz yöntemlerin ise bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle çalışılarak değiştirilmesi gerekmektedir (11). Wesner ve arkadaşları bilişsel davranışçı terapinin panik bozukluğu olan bireylerin baş etme becerilerini arttırdığını saptamışlardır (16). Yapılan çalışmalarda panik bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin semptomların şiddetini azaltmada etkili olduğu ve nüksleri önleyebileceği bildirilmiştir (17-20). Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğu söylenebilmektedir.

Gün geçtikçe panik bozukluk tanısı alan birey sayısı artmasına rağmen bilişsel davranışçı terapi temelli uygulamalar günümüzde halen hemşirelik bakım planlarında yer almamaktadır. Psikiyatri hemşireliği alanında lisansüstü eğitim almış hemşirelerin bilişsel davranışçı terapi eğitimlerinde eksiklik olması bunun nedeni olarak düşünülmektedir (21,22). Psikiyatri hemşireleri sahada birebir ruhsal hastalığı olan bireylerin takibini yapmakta, eğitim, danışmanlık, rehabilitasyon, vaka yönetimi, bakım verme gibi temel rollerini aktif bir şekilde yerine getirmektedirler. Ayrıca, psikiyatri hemşirelerinin eğitim ve danışmanlık rolleri gereği panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimi ilaç tedavisine ek olarak hemşirelik bakım planlarına entegre etmeleri gerekmektedir. Böylece panik bozukluğuna sahip bireylerin bilişsel davranışçı terapi temelli eğitimlerle desteklenerek stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve psikolojik iyi oluşlarının artırılması sağlanabilir.

Bu araştırma, panik bozukluk tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

H₁. Panik bozukluk tanısı alan bireylere verilen bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitim psikolojik iyi oluşu artırır.

H₂. Panik bozukluk tanısı alan bireylere verilen bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitim stresle başa çıkmayı artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluk Nedir?

Panik bozukluk, yoğun fiziksel belirtilerin eşlik ettiği, yoğun endişe veya korku ile kendini gösteren, tekrarlayan ve başlangıcı önceden belirlenemeyen panik nöbetlerinin görülmesiyle karakterizedir. Nöbetler, yoğun bir korku ve kötü bir şey olacak endişesiyle aniden başlayarak kısa bir zaman diliminde en yüksek düzeye ulaşır. Panik nöbet sırasında kalp atım hızının artması, çarpıntı, terleme, titreme, soluk alma güçlüğü, boğuluyormuş gibi hissetme, göğüs ağrısı ve sıkışma hissi, bulantı veya karın ağrısı, baygınlık, sersemlemiş gibi hissetme, uyuşma, üşüme veya sıcak basması, denetimi yitirme, çıldırma ve ölüm korkusu gibi belirtiler ortaya çıkar (23-26).

2.2. Panik Bozukluğun Epidemiyoloji

En az bir panik nöbeti geçirme olasılığının yaşam boyu %10 oranında olduğu bildirilmiştir. Genel nüfusta panik bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %1.5-3.8 olduğu belirtilmiştir. Panik bozukluğun en yoğun başladığı yaş dilimi, geç ergenlik ile 30'lu yaşlar arasındaki dönemdir. Çocuk ve 40 yaşın üzerinde de başlayabilmektedir. Bunun yanı sıra, hem kadınlarda hem de erkeklerde iki farklı yaş grubunda "15-24 ve 45-54" zirve yapmaktadır. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (23-26).

2.3. Panik Bozuklukta Eştanı

Panik bozukluğu olan bireylerde hayat boyu farklı bunaltı bozuklukları, çökkünlük, iki uçlu bozukluk gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkma ihtimali bulunmaktadır. Bu bireylerin %35-91' inde eşzamanlı yeğin depresyon, %15-30' unda toplumsal kaygı bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu, %2-20' sinde özgül fobi, %10' unda obsesif kompulsif bozukluk, %2-10' unda travma sonrası stres bozukluğu ve %17' sinde alkolizm eşlik edebilmektedir (23-26).

2.4. Belirtiler ve Bulgular

2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış

Panik atakların olmadığı durumlarda bireyin genel görünümünde ciddi bir bozukluk olmamakla birlikte panik nöbeti sırasında birey ciddi boyutta endişeli görünmektedir (26).

2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Panik nöbeti durumunda bireyler ağır korkudan dolayı rahat konuşamaz ve sesi titrer. Klinik belirtilerin yoğunluğuna göre bireyle ilişki kurmak güçleşebilir. Birey yaşadığı panik nöbetini tekrar yaşama korkusunu hakkında konuşmayı isteyebilir (23-26).

2.4.3. Duygulanım

Bireyde panik nöbetleri anında yoğun korku ve uyarılma durumu tüm duygulanıma hakimdir. Bireylerin en önemli yakınması panik nöbeti durulduktan sonra tekrar panik nöbeti yaşama korkusudur. Panik nöbeti anında fizyolojik belirtilerin yanı sıra, bireyde yoğun bir delirme, ölüm veya öz denetimini yitireceği korkusu mevcuttur. Birey nöbetinin yinelenmesinden korkar. Buna beklenti bunaltısı denir. Genel olarak nöbetler ortada bir uyarıcı yokken spontan veya bir uyarıcıdan sonra ortaya çıkar. Bu uyarıcı aslında ciddi düzeyde sarsıcı veya korkutucu bir uyarıcı olmayabilir. Ancak bireylerin büyük çoğunluğunda panik nöbetinden önce yaşanmış önemli bir yaşam öyküsü bulunabilir (23-26).

2.4.4. Bilişsel Yetiler

Genellikle panik nöbetleri haricinde bireyin algılaması, yönelimi ve diğer bilişsel yetileri yerindedir. Ancak panik nöbeti anında bireyde bazen sanki çevresine yabancılaşma ve algısında bozulma gibi bir durum meydana gelebilir. Birey zihinsel karışıklık ya da şaşkın bir durumda olabilir. Bunun yanı sıra, öze yabancılaşma (depersonalizasyon) ve gerçek dışılama (derealizasyon) da görülebilir (23-26).

2.4.5.Düşünce Süreci ve İçeriği

Panik nöbetleri haricinde bireyin düşünce içeriğinde ve sürecinde bir bozulma görülmez. Ancak birçok birey nöbetlerin tekrarlanması ve bu durumda kendisine ne olacağı ya da ne yapacağı gibi düşünceler oluşabilir (23-26).

2.4.6.Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Panik nöbeti anında ortaya çıkan fizyolojik belirtiler otonom sinir sisteminin aktifleşmesine bağlıdır. Kalp atımlarını hissetme, çarpıntı, veya kalp atım hızında artış, terleme, titreme, nefes alamama, boğulma hissi, göğüs ağrısı ve sıkışma hissi, bulantı veya karın ağrısı, baş dönmesi, sersemlemiş gibi hissetme, bayılacakmış gibi hissetme, depersonalizasyon, derealizasyon, uyuşma, üşüme, sıcak-soğuk basmaları, sık idrara çıkma, kan basıncında artış gibi belirtiler görülür (23-26).

2.5. Tanı

DSM-5 Tanı Ölçütleri;

A.Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da daha çoğunun ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı durumdur.

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması
2. Terleme
3. Tireme ya da sarsılma
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma durumu
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma durumu
9. Üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)
11. Gerçek dışılık ya da kendine yabancılaşma
12. Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu

13. Ölüm korkusu

NOT: Kültüre özgü belirtiler görülebilir. Bu belirtiler 4 belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

- B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay ya da daha uzun süreyle olur.

Başka bir panik atağın olacağı ya da bunun olası sonuçları ile ilgili olarak sürekli kaygı duyma ya da tasalanma

Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme

- C. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (27).

6.1. Gidiş ve Sonlanış

Panik bozukluk, panik nöbetleriyle başladıktan sonra beklenti bunaltsısı ve fobik kaçınma ortaya çıkabilir. İlk panik nöbetinin ortaya çıkmasından önce bireylerin %70'inde bireyi aşırı etkileyen yaşam olayları olabilir. Panik bozukluğunda farklı bir bunaltı bozukluğu veya ruhsal hastalığın ek tanısı olarak görülme olasılığı çok yüksektir.

Bireylerin büyük çoğunluğunda zamanla panik nöbetlerinin sıklığı azalır veya tümüyle kaybolabilir. Ancak sınırlı belirtili nöbetler yeti yitimine yol açabilir ve genelde uzun sürebilir. Panik bozukluğuyla beraber agorafobinin olması durumunda hastalığın durumu daha olumsuzlaşır. Panik bozukluğunda olumsuz gidiş göstergeleri; düşük sosyoekonomik düzey, sağaltımın geç yapılması, fobik kaçınmanın şiddeti, ektanların olmasıdır. Bunun yanı sıra, kadın ve erkeklerde yakın düzelme oranlarına sahip olmakla beraber kadınlarda tekrarlama daha sık görülür. Bunların dışında panik bozukluğunda da, sürekli aile içi çatışmalar ve sorunlar hastalığın gidişatını olumsuz olarak etkilediğine ilişkin klinik gözlemler bulunmaktadır (23-26).

6.2. Oluş Nedenleri

6.2.1. Ruhsal Faktörler

Psikanalitik Görüş

Panik bozukluğun oluş nedenleri 1970' lerin ortalarına kadar Freud'un öncülük ettiği psikanalitik kuramla açıklanıyordu. Bu doğrultuda, bunaltı temel olarak bir içsel çatışmanın sonucu oluşur. Yapısal varsayımına göre; iç çatışma, benlik (ego) ve alt benlik (id) veya benlik ve üst benlik (süperego) arasında meydana gelir. İde karşı bilic dışı dürtülere karşı denge sağlamaya çalışan ego, herhangi bir nedenle zayıflar veya dürtülerin gücü artarsa, ego ile id arasında bir çatışma meydana gelir. Çatışma, egonun dürtüler karşısında çözümsüz kaldığını ve onunla baş edemediğini gösterir. Bu tehlike durumu olarak algılanır. Bunaltı egoda bir tehlike olabileceğinin habercisidir veya bir alarm işaretidir. Bu bakımdan bunaltı, tıpkı dış tehlike karşısında organizmanın korkuyla tepki göstermesi gibi, egonun iç denge işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisidir. Organizmanın bir tehlike içinde olduğunun algılanması adrenerjik sinir sisteminin tetiklenmesine ve bu sebeple bunaltının otonomik belirtilerinin ortaya çıkarak klinik düzeyde yaşanmasına sebep olur. Çatışma durumunda kalan ego bunaltıya karşı savunma mekanizmalarını aktive eder (23-25).

Varoluşçu Görüş

Fenomenolojik ve varoluşçu felsefeyle aynı görüşte olan ruh hekimleri bunaltıyı varoluşun temelinde bulunan varlıkbilimsel bir özellik gibi görürler. "Gerçek bunaltı kişinin varoluşunun yok edilebileceğinin, kendisinin ve dünyasının tümünden yitirilebileceğinin, hiç olabileceğinin ayırımına varmasıdır". Korku, kişinin varlığının dışında olan bir tehlikeye karşı verilen tepki iken, bunaltı kişinin doğrudan varoluşuna, özüne bir tehdit olarak belirtilmiştir. Korku, diğer duygusal tepkiler gibi nesnel olarak incelenebilirken, bunaltı ancak varoluşa yönelik bir tehdit olarak anlamlandırılabilir. Varoluşçu felsefenin ruh hekimlerine önemli katkısı, bireyi tanıyabilmesi için her türlü tanı kavramlarından, ön yargılardan kendisini soyutlayarak, o bireyin varoluşsal bunaltılarını anlamaya çalışmayı önermesidir (23-25).

Davranışçı Görüş

Bunaltı, öğrenilmiş bir durumdur. Korku ise; acı verici ve tehlikeli bir uyarana yönelik biyolojik bir temeli olan tepkidir (23-25).

Bilişsel Görüş

Bunaltının açıklığa kavuşturulmasında tehdit algısının önemli rolü mevcuttur. Panik nöbetleri, bireylerin bunaltının bedensel belirtilerini ciddi bir tehdit, bir felaket gibi yorumlanmasıdır. Bunaltının bedensel belirtilerinin yanlış yorumlanması belirtilerin alevlenmesine yol açarak hızlı bir şekilde bir panik nöbeti şiddetine ulaşır. Örneğin; bireyler kalp çarpıntısını veya kalp atımının hızlanmasını kalp krizi olarak yorumlarlar. Bu yorumlama; ağır bir bunaltıya ek olarak çarpıntı, sersemlik, göğüste sıkışma hissi gibi fizyolojik belirtilere de neden olur. Belirtilerin alevlenmesi ve farklılaşmasıyla ilk yorumun doğru olduğu ve gittikçe belirtilerin arttığı görülür. Bu görüşle birey geçirdiği panik nöbetlerinin felaketle sonlanmadığını görmesine karşın, panik nöbetlerinin devam etmesini biliş ile davranış arasındaki bağ ile vurgulamaktadır. Örneğin; bayılmaktan korkan birey belirtiler ortaya çıkınca oturur veya kalp krizi geçirmekten korkuyorsa, belirtiler o sırada yaptığı hareketi bırakmasını, dinlenmesini sağlar. Böylelikle birey kendisini felaketten korumuş olduğuna inanır (24-25).

6.2.2. Çevresel Faktörler

Panik bozuklukla ilgili psikososyal faktörler arasında ise, çocukluk döneminde uzun süre ebeveyninden ayrılma, ebeveynin ölümü, fiziksel veya cinsel kötü davranışlara maruz kalma gibi yaşantılar, stresli yaşam olayları, kişinin yanlış düşünce sistemine (normal beden tepkilerini katastrofik olarak yorumlama gibi) sahip olması gibi nedenler sayılabilir. Bu konuda yapılan araştırmalarda, olguların çoğunda hastalığın ortaya çıkmasından önceki 6 aylık süreçte bireyin yaşamında stresli yaşam olaylarının olduğu bildirilmiştir. En yüksek oranda görülen yaşam olaylarının sevdiği bir kişiden ayrılma veya ayrılma tehdidi yaşama, iş değişikliği, hamilelik, okuldan mezun olma, göç etme, bir yakınının kaybetme ve fizyolojik hastalık oluşu saptanmıştır (23-25).

6.2.3. Biyolojik Faktörler

Noradrenalin salınımı ya da sentezlenmesindeki düzensizlikler, serotonin, GABA ya da her iki reseptöre ciddi bir hassasiyetin sebeplerden biri olabileceği bildirilmektedir. Noradrenalinin artmış uyarılmaya ve azalmış GABA ve serotoninin anksiyeteye sebep olduğu vurgulanmaktadır (23-25).

Panikle ilgili diğer bir etkenin laktat duyarlılığı olduğu düşünülmektedir. Kimyasal sodyum laktat, panik bozukluğu olan beş kişiden dördünde panikle ilişkili

semptomlar oluşturur ancak genel toplumda sadece beş kişiden birinde bu belirtiler oluşur. Bu duyarlılık panik bozukluğu oluşan kişilerin aile bireylerinde de sık görülmektedir (23-25).

Birbirinden farklı yerlerde yetiştirilen ikiz araştırmaları ve soy ağacı incelemeleri kalıtımın varlığını ortaya koymuştur. Panik bozukluğu, bunaltı bozuklukları arasında ailesel özelliği en belirgin olan hastalıktır. Panik nöbetleri yaşamış bireylerin birinci derece yakınlarında panik nöbetleri, başka bulantı bozuklukları, çökkünlük, iki uçlu bozukluk, şizofreni ile alkol ve madde bozukluklarının genel toplumdaki sıklığından daha sık görüldüğü bilinmektedir. Birinci derece yakınlarında panik bozukluğu olan bireylerde, panik bozukluğu görülme olasılığı farklı çalışmalarda %2.8-14.7 arasında değişmektedir. Panik bozukluğunun kalıtılabilirliği %48 olarak bildirilmektedir (23-25).

6.3. Tedavi

6.3.1. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavide amaç; yeglinliğini ve sıklığını azaltmak ve eşlik eden depresyonu tedavi etmektir. Panik bozukluğunun ilaçla tedavisinde ilk iki seçenek seçici serotonin geri alım önleyiciler ‘SSGÖ’ (paroksetin, sertralin, fluoksetin, fluvoksamin, sitolapram vb.) ve seçici norepinefrin geri alım önleyicileri, SNGÖ, (venlafaksin)’ dir. SSGÖ doğrudan antipanic etkilerinin olduğu ortaya konulmuştur.. Panik nöbetlerinin şiddetinin ve sıklığının azalmasını sağlarlar. Daha sonraki seçenekler kanıt düzeylerine göre; trisiklik antidepresanlar (özellikle imipramin, klomipramin), benzodiazepinler (alprolazam, klonazepam vb.) ve diğer ilaçlar (mirtazapin, reboksetin, inositol) olarak sıralanabilir (23-25).

Tedavi süresinin 8 ay -2 yıl arasında olması gerektiğini önerenler vardır. İlacın bir yıl kadar kullanıldıktan sonra bırakılmasıyla bireylerin %50’ sinde belirtilerin ortaya çıktığı belirtilmiştir. İlaçların, aniden bırakılmasıyla antidepresan ilaçlara bağlı kesilme belirtileri görülebilir. SSGÖ’ lerin aniden bırakılması 2-3 gün içinde sersemleşme, baş dönmesi, baş ağrısı, uykusuzluk, çabuk sinirlenme, bunaltı, halsizlik, kusma, ishal, tremor, terleme ve parestezilere yol açabileceği belirtilmiştir. Panik belirtilerini yatıştırmada benzodiazepinlerin etkili olduğu ve etkilerinin antidepresanlara göre daha erken başladığı vurgulanmıştır. Fakat uzun süreli kullanıldığında bağımlılık yapmaları, tedaviden sonra ciddi alevlenme oranlarından dolayı ilacı bırakmanın çok zor olduğu

belirtilmiştir. Kullanma süresinin uzamasıyla ilacın bırakılması zorlaşmaktadır. Bu sebeple, benzodiazepinler panik bozukluğun tedavisinde önerilmemektedir (23-25).

6.3.2. Psikoterapi

Bilişsel-Davranışçı Terapi

Panik bozukluğun sağaltımında bilişsel davranışçı yöntemlerin başka psikoterapi çeşitlerinden daha etkili olduğu ortaya konulmuştur. Terapiye özgü teknikler bireyin eğitimi ve farkındalık, bilişsel yeniden yapılandırma, alıştırma, gevşeme egzersizleri ve nefes teknikleridir. Bilişsel yeniden yapılandırma panik bozukluğun tedavisinde en temel tekniklerden biridir. Bilişsel davranışçı yaklaşımda, ilk olarak bireyin felaket düşüncelerinin ve bunu devam ettiren güvenlik arayıcı davranışlarının değerlendirilmelidir. Her bireye ait olan belirti ve yorumlarla şekillendirilen bu değerlendirmeler, paniğin bilişsel yaklaşımında tanımlandığı gibi bedensel duyum-felaket yorumu-korku kısır döngüsü şeklinde bireye açıklanır. Alıştırma çalışmasında ise bireyler panik ataklar anında yaşanan benzer fizyolojik duyumların ortaya çıkartacakları, iç uyaranlara alıştırma ve gerçek yaşamda alıştırma çalışmalarına alınırlar. Nefes teknikleriyle, bireye yavaş yavaş ritmik bir tarzda karın solunumu yapması öğretilerek hiperventilasyon belirtilerinin ortadan kaldırılması hedeflenir ve stres verici durumlarda bu tekniği uygulamaları istenir. Gevşeme egzersizleriyle ise, anksiyete belirtilerinin ortadan kaldırılması için aşamalı kas gevşetme uygulamasından yararlanılır (23-25).

6.4. Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde çok kullanılan bir yöntemdir. Kısa süreli ve doğrudan bireyin düşüncelerini ve davranışlarını değiştirmeye odaklanmış bir yöntemdir. BDT’ de hedef, semptomlar ve kaçınma davranışlarını azaltmak için düşünce, duygu ve davranış arasındaki neden-sonuç ilişkisini değerlendirmeyi kazandırmaktır. Tedavide ilk olarak tehlikenin gerçek olmayan bir şekilde yorumlanması anksiyeteye ilişkili bilişlerin tanınarak yeniden yapılandırılması haricinde, bireyin tehlikeli olarak algıladığı ortama uyum sağlamasına yardımcı olmak amacıyla duygusal ve davranışsal değişiklikleri de içerir (23-25).

Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bilişsel görüşe göre, yaşam olaylarına karşı birçok olumsuz duygu; yanlış inançlar, mantıksız çıkarımlar, gerçekçi olmayan beklentiler, bozulmuş algılar ve uygun olmayan atıflar gibi işlevsel olmayan bilişlere dayanır. Bilişsel müdahaleler, böyle düşünceleri ve bunlarla ilişkili davranışları ve duyguları fark etmeyi ve düzeltmeyi hedeflemektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma, genel olarak maruz bırakma tekniğiyle birleştirilerek kullanılır ‘‘Maruz bırakma alıştırmaları sırasında oluşan hatalı bilişlerin tanınması ve değiştirilmesini kolaylaştırmak amacıyla’’. Amaç; kısır döngüye yol açan ve çaresizlik duygusunu arttırmaya sebep olan, sosyal durumlara veya bireyin kendi rolüne ilişkin hatalı yorumlarını değiştirmektir. Kaygılı ya da stresli bireylerin çoğunun iki tür hata yapma eğiliminde olduğu belirtilmiştir. İlki, olumsuz olayların meydana gelme ihtimalini abartma; ikincisi ise, korku duyulan olayların sonuçlarının dayanılmaz veya korkunç olacağını varsaymadır. Düşünceleri değiştirme anahtarı yeni düşüncelere gerçekten inanmaktır. Yani hatalı düşüncenin doğru olmadığına inanmaktır (22-25).

Felaketsizleştirme (Dekatastrofize Etme)

Bu yöntem ‘..olsa ne olur?’ tekniği şeklinde de bilinmektedir. Bireylerin onları tehlikeye atacak ya da felakete sebep olacağını düşündükleri katastrofik durumla başa çıkma yeteneklerini geliştirmeyi ve onlara destek olmayı içerir. Terapist bu durumu daha gerçekçi değerlendirecek sorular sorar. Örneğin; ‘ Bu durumda gerçekleşebilecek en kötü şey ne olabilir? Sence bu durum mümkün mü? Hayal ettiğin kadar kötü mü?’ Birey, olumsuz düşüncelerinden uzaklaşmasına yardımcı olacak düşünceyi durdurma ve dikkatini dağıtma, başka yöne verme gibi teknikler kullanabilir. Bunun yanında yüzünü soğuk suyla yıkama, bileğine bir hatırlatıcı ya da olumlu mesajlar yazan bir bileklik takabilir. Bu tekniğin amacı, bireylerin yaşamdaki eylemlerinin sonuçlarının genellikle hep ya da hiç olmadığını fark etmelerini sağlamaktır (22-25).

Sistemik Duyarsızlaştırma

Davranış şartlandırılması ilkelerine dayanmaktadır. Organizmanın korktuğu, istemediği uyarıcının zamanla aşama aşama organizmaya yaklaştırılarak korkunun ya da istenmeyen davranışın ortadan kaldırılmasıdır. Anksiyete yaratan durumun görüntüsünü imajinasyon ile progresif kas gevşetme tekniklerinin bir araya gelmesinden oluşur. Bu yöntemde, bireye önce gevşeme ve rahatlama yöntemleri öğretilir. Birey gevşeme

yöntemlerini öğrendikten sonra fobik uyarıcılara maruz kalma başlatılır. Korku ve anksiyete uyaranları az yoğunundan çok yoğununa doğru sıralanır. Tamamen gevşeme sağlandığında bireyde anksiyeteye sebep olan, korku uyandıran nesne ve durumları hayal etmesi istenir ve hayal etme sırasında meydana gelen anksiyete gevşemeyle azaltılır. Maruz kalmaya en az korku veya anksiyeteye nende olan fobik uyaranla başlanır. Bu tekniğin sürekli yinelenmesiyle anksiyete azalır ve söner (22-25).

Maruz Bırakma (Flooding)

Anksiyete sorunu olan bireyler, mantıklı düşündüğümüzde meydana gelmesi çok zor olan bir olası tehlikeden kaçınmaktadır. Birey kaçınmaya devam ettikçe bu davranışının sonuç üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını asla öğrenememektedir. Korkulan durumlardan kaçınmak, anksiyete içeren düşünceleri güçlendirmekte ve kaçınma davranışını arttırmaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin önemli parçalarından birini oluşturmakla birlikte tüm anksiyete sorunlarında maruz bırakma kullanılmaktadır. Organizmanın korktuğu bir uyarıcıyla gerçek yaşam olaylarının içerisinde veya imgelemeyle karşılaşması veya mevcut ortamda kalması sağlanır. Böylelikle korku tepkisi yok edilmeye çalışılır. Birey başlangıç seanslarına göre anlamlı düzeyde daha az tepki verdiğinde seanslar sonlandırılır (22-25).

Tepki Önleme

Anksiyete sebep olan uyaranlar tekrarlayıcı bir biçimde bireye verilir ve ortamda anksiyeteyi azaltmaya yarayan durumlara engel olunması sağlanır. Bu yöntemde, bireylere korkularıyla yüzleşmeleri amacıyla cesaret verilir (22-25).

Güdümlü İmgeleme

Terapist tarafından veya bireyin kendisi tarafından yönlendirilebilir. Bu teknikte birey, olmaktan hoşlandığı bir yeri hayalinde canlandırır ve orada olduğunu hayal ederek ve bunu imgeleştirek iç dünyasını değiştirir ve anksiyetesini kontrol eder. Bu teknikle birlikte kontrollü nefes teknikleri kullanılması bireyin sakinleşmesi için gereken ortamı oluşturmada daha iyi sonuç verir (22-25).

Karşıt Koşullanma (Ters Koşullanma)

Belirli tepkiye sebepolan koşullu uyarıcının, zıt bir tepkiye sebep olan bir uyarıcıyla bağlantı kurularak istenmeyen tepkinin zıy yöne çevrilmesini sağlar. Tepki değişmesi vardır (22-25).

Gevşeme Eğitimi

Temel dayanak noktası anksiyeteye bağlı kas gerginliğinin giderilerek kasların gevşemesiyle anksiyete azalması hedeflenir. Gevşeme egzersizleriyle parasempatik sinir sisteminin aktivasyonunda artış olan bir durumun yaratılacağı ve anksiyete sırasında uyarılmış olan sempatik sinir sisteminin aktivitelerinde de bir gerileme olabileceği varsayılmaktadır. Bütün gevşeme süreci ritmik solunum, kas tonusunda azalma ve bilinç durumunda değişimi kapsar. Progresif gevşeme, bedenin bütününde gevşeme oluncaya kadar kasların istemli ve düzenli bir şekilde gerilme ve gevşemesini kapsar (22-25).

Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)

EMDR uyku sırasındaki doğal hızlı göz hareketlerine benzeyen, tekrarlayıcı ve özgül göz hareketlerini esas alan yöntemdir. Bu yöntem, bireyin önceki travmatik yaşantıları esnasında, beynindeki biyolojik bellek alanlarının oluşmasından yola çıkar (23-26).

6.5. Panik Bozuklukta Psikolojik İyi Oluş

Psikoloji iyi oluş, “bireylerin yaşamsal amaçlara, sorumluluklara sahip olması, kendini gerçekleştirebilmesi, diğer bireylerle ilişkiler kurabilmesiyle ilgili değerlendirmeleri içeren bir kavram”dır (28). Diğer bir deyişle psikolojik olarak iyi olma, ruhsal olarak en iyi durumu belirtmektedir (29). İlkın Ryff tarafından (1989) psikolojik iyi oluş kavramı bir modelle ortaya çıkmıştır. Ryff; çok boyutlu psikolojik modelini oluştururken; Maslow’un “kendini gerçekleştirme teorisi”, Rogers’ın “birey merkezli yaklaşımı”, Erikson’un “psikososyal evreler teorisi”nin yanı sıra Buhler, Neusarten, Allport, Jung Ve Birren gibi kuram ve kuramcılardan görüş almıştır. Ryff; “psikolojik iyi oluşu kendini kabul, nitelikli ilişkiler kurma, özerklik, çevresel hakimiyet, yaşamın amacı ve kişisel gelişim olarak altı basamakta incelemiştir” (30). Psikolojik iyi oluş, eudemonik (iyi olma, refah) görüşüne dayanmaktadır. Bu görüşe göre, iyi oluş durumu bireyin psikolojik olarak sahip olduğu işlevleri kullanabilmesi

halinde meydana gelmektedir (31). Psikolojik iyi oluşun önerdiği kavram, yaşam doyumu noktasında olumlu işlem görmenin ihmal edilmemesi gerektiği yönündedir (32). Bu kavramda, olumlu psikolojik sağlık ölçütleriyle tam ve verimli psikolojik işlevselliğe önem verilmiştir (33). Anksiyete, panik ve fobi gibi bozukluklarda psikolojik iyi oluş kavramı çok az bilinmektedir. Yapılan çalışmaların çoğu da yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalardan türemiştir. Ryff'ın psikolojik iyi oluş modeli klinik araştırmalarda kayda değer uygulamalara yol açmıştır. Panik bozukluğu olan bireyler yaşadıkları panik ataklardan dolayı sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu durum da günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine, yaşam kalitesinde düşüşe neden olmakla birlikte kişilerarası ilişkilerinde, sosyal ve iş hayatında da ciddi sıkıntılar oluşturmaktadır. Ryff'ın tanımında olduğu gibi yaşanan olumsuz durumlar karşısında bireyler olumlu ilişkiler kuramama, kişisel gelişimini gerçekleştirememesi, çevresel hakimiyetini yitirme, yaşam amacını kaybetme, özerk olma ve kendini kabul etme noktasında zayıf yönlerini görme gibi psikolojik iyi oluş boyutlarına odaklanamamaktadır (10,34).

6.6. Panik Bozuklukta Stresle Başa Çıkma

Hayatın tüm aşamalarında karşılaşılan stres, dış çevreyle etkileşim veya bireyin içsel dünyasıyla ilgili etkenlerin sonucunda bireylerin bir tehdit veya zorluk olarak algıladıkları durumlara karşı gösterdikleri tepkidir (35). Folkman, Lazarus ve arkadaşlarına göre stres, 'birey ile çevre arasındaki etkileşiminde bireyin bilişsel değerlendirmeleri sonucunda nesnel uyarınları algısal deneyimlere çevirdiği bir süreçtir' (36). Selye tarafından stres, adaptasyon kuramıyla tanımlanmıştır (37). Freud'a göre ise; insan davranışlarının hiçbiri rastlantısal değildir tüm davranışları uyum sağlamaya yöneliktir ve bu uyum yeteneği sayesinde organizma yaşamını sürdürür. (38). Bilişsel kuramda stresin oluşmasını stres kaynağının birey tarafından nasıl algılandığı belirlerken, varoluşçu kurama göre; yaşamın kontrol edilebilirliğine ve sürekliliğine olan inancın yıkılması strese neden olur. (39). Davranışçı kuramda ise stresin açıklaması, klasik ve edimsel koşullanma ile yapılmaktadır (37). Yapılan tanımlar neticesinde stres, bireyi zorlanmasına sebep olan fiziksel veya psikolojik uyarınlara karşısında, bireyin uyum amaçlı tepkileri ve sınırlarının tehdit edilmesi durumunda fizyolojik ve psikolojik dengesinin değiştiği bir süreç olarak tanımlanabilir. (24).

Stresle başa çıkmanın farklı tanımları yapılmıştır. Stresle başa çıkma, bireyin tehdit şeklinde gördüğü stres kaynaklarını azaltmak veya değiştirmek amacıyla

belirtilen bilişsel ve davranışsal çabalar. Folkman ve arkadaşlarının görüşüne göre ise; başa çıkma “birey tarafından stresli olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan belli içsel ve dışsal gereklilikleri ve bunlar arasındaki çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak veya tolere etmek için devamlı olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar”dır (36,40). Dressler’in görüşüne göre; stresle başa çıkma “stres kaynaklarını değiştirmek, tolere etmek veya onlardan kaçınmak için ortaya konulan bilişsel ve davranışsal çabalar”dır.

Stresle başa çıkma yöntemleri bireyden bireye değişiklik gösterir. Stresle başa çıkmada ‘problem odaklı’ ve ‘duygu odaklı’ olarak genellikle iki strateji kullanılır. Problem odaklı başa çıkmada, birey stres etkenini ele alarak ortadan kaldırmaya veya etkisini azaltmaya çalışırken probleme çözüm arayarak sorumluluk alarak ve daha sonra tekrar karşılaşmayı önleyecek tedbirler alırlar. Problem çözme ve çözüm yollarına odaklanarak stresli durumun bileşenlerini doğrudan değiştirmeyi hedefleyen etkinlikleri içerir. Bu etkinlikler içerisinde, kendini kontrol edebilme, sorumluluk alabilme, planlı dahilinde problem çözme, soruna olumlu yaklaşma gibi davranışlar yer almaktadır. Bu adımlar, problemi belirleme, probleme alternatif çözümler üretme, bu alternatiflerin pozitif ve negatif taraflarını değerlendirme, alternatiflerden birini seçip gerçekleştirme gibi bilinçli süreçleri ve aktif davranışları kapsar (41). Duygu odaklı stresle başa çıkmada bireyler, duygularını erteleme, ağlama, yeme-içme, yadsıma, kaçma-kaçınma, sorundan uzaklaşma, sosyal destek arama, zihinsel anlamda problemle meşgul olmama gibi davranışlar gösterirler (42). Duygu odaklı yaklaşımlar stres karşısında bireyin yaşadığı olumsuz duyguları kontrol etme çabasıdır. Bu yaklaşımda birey stres kaynağını yok edemeyeceğini düşünürerek durumu kabullenen bir tutum sergiler (43).Başa çıkma bireye özgü bir nitelik olarak birçok özelliğe göre değişebilir. Örneğin, sorun çözme becerisi gelişmiş bireyler, stres yaratan durumu doğrudan anlamaya ve değiştirmeye çabalarlar. Sorun çözme becerisi gelişmemiş bireyler ise, genel olarak duygu odaklı yöntem izlerler (44).

Bireyin nasıl bir başa çıkma yaklaşımı kullanacağını stresöre yönelik bireysel değerlendirmeleri belirler. Eğer birey stres yaratan olay veya durumda değişiklik yapabileceğine inanıyorsa problem odaklı yaklaşımları, değişiklik yapamayacağına ve kabullenicici tutum sergilemesine inanıyorsa duygu odaklı yaklaşımları kullanır. Bireyin başa çıkma yaklaşımını belirleyen değerlendirme aşamasında öncelikle geçmiş deneyimler ve olayın tehdit düzeyi belirlenir. Sonraki aşamada psikolojik savunmalar devreye girer ve fizyolojik tepkiler ortaya çıkar. Bu değerlendirme aşamasının sonunda

birey başa çıkma yaklaşımını seçerek uygular. Bireylerin hastalık dönemdeki değişimlerin getirdiği sıkıntıların ve uyum çabalarının, bireylerde stres oluşumuna neden olduğu bilinmektedir. Bu stres de bireylerin tutum ve davranışlarına yansımakta ve dolayısıyla onların stresle etkisiz baş etmelerine sebep olmaktadır. Panik bozukluğu olan bireyler stresle başa çıkmakta zorlanmakta ve yetersiz kalmaktadır. Bireylerin stresle başa çıkma metotlarını belirlemede ve etkili başa çıkma metotlarını kullanmalarında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler bireylerin stresle başa çıkma durumlarını belirlemeli, etkin baş etme yöntemleri olup olmadığını değerlendirmeli ve uygun başa çıkma yöntemlerini desteklemelidir. Stresin olumsuz duygulara sebep olması, bireyin bu durumdan kurtarmak için bir arayışa girmesine yol açmaktadır. Bu durumda hemşireler, bireylerin stres karşısında duygularını yönetebilmelerine, davranışları düzenlemelerine ve başa çıkma becerileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (11,45).

6.7. Psikiyatri Hemşireliğinde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Eğitimlerin Kullanımı

Bilişsel davranışçı terapi, panik bozukluğu olan bireylerin hatalı kodlanmış düşüncelerinden kaynaklanan durumlarla ilişkili semptomlarının yönetiminde etkisi kanıtlanmış kullanışlı bir terapi yöntemidir. Panik bozukluk tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yetersiz olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konulmuştur. Ruh sağlığı çalışanları arasında ruhsal hastalığı olan bireylerle en fazla vakit geçiren psikiyatri hemşireleri, panik bozukluk tedavisinde; ilaç tedavisine ek olarak bilişsel davranışçı terapiyi rutin hemşirelik bakım planlarına entegre ederek uygulamaları gerekmektedir. Bilişsel davranışçı terapiye özgü teknikler arasında, bireyin eğitimi ve farkındalık, bilişsel yeniden yapılandırma, alıştırma, gevşeme egzersizleri ve nefes teknikleri bulunmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, bireylere panik atak sırasında yaşanan normal bedensel duyularının öldürücü olduğu şeklindeki çarpık düşünceleri ve şemaları tanımasını öğreterek anksiyete ve kaçınma davranışının sürmesinde etkili olan bu düşüncelerini değiştirmeleri sağlayabilir. Panik bozukluğu olan bireyler, bilişsel davranışçı terapiyle duygu, düşünce ve davranışlarının panik bozukluğun psikolojik algıları ile arasındaki ilişkiyi kavramış olurlar. Psikiyatri hemşireleri, bireyin felaket düşüncelerini ve bunu devam ettiren güvenlik arayıcı davranışlarını değerlendirirler. Değerlendirmeler bireye has belirti ve yorumlarla şekillendirilerek panik bozukluğun

bilişsel basamağında belirtilen “bedensel duyum-felaket yorumu-korku” döngüsünü bireye açıklar. Alıştırma çalışmasında ise bireyler panik atakları sırasında yaşanan benzer fiziksel duyumları ortaya çıkaran, iç uyaranlara alıştırma ve gerçek yaşamda alıştırma çalışmalarına alınırlar. Nefes teknikleriyle, bireye yavaş yavaş ritmik bir tarzda karın solunumu yapmasını öğreterek hiperventilasyon belirtilerinin ortadan kaldırılması hedeflerler. Gevşeme egzersizleriyle ise, anksiyete belirtilerinin ortadan kaldırılması için aşamalı kas gevşetme uygulamasını sağlarlar. Bireylerin stres verici durumlarda bu tekniği uygulamalarını isterler (22-25).

Bilişsel davranışçı terapi, bireylerin yaşam kalitelerini geliştirmek için semptomları hakkında gerçekçi düşüncelerini destekleyen stratejileri geliştirmek ve bireyin hatalı bilişsel kodlamalarını değiştirmesinde özellikle psikiyatri hemşireleri için önemli bir terapi yöntemidir. Ayrıca geleneksel ilaç tedavisi ile birleştirildiği zaman hastalığın nükslerinin önlenmesinde ve semptomlarını azaltmada önemli yararlar sağlamaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin bu etkinliğiyle psikiyatri hemşireleri, bireylerin başa çıkma becerilerini geliştirmenin yanı sıra onların fiziksel sağlık problemlerinin özelliklerini, hastalığın psikolojik, sosyal ve biyolojik etkilerini anlamasında da yardımcı olabilirler. Gün geçtikçe panik bozukluk tanısı alan bireylerin sayısı artmasına rağmen, bilişsel davranışçı terapi halen günümüzde hemşirelik bakım planlarında yer almamaktadır. Bunun nedeni bu alanda yeterli sayıda eğitilmiş psikiyatri hemşiresinin olmayışı olarak düşünülebilir. Bu konuda psikiyatri hemşireliği alanında lisansüstü eğitim almış hemşirelerin bilişsel davranışçı terapi konusunda eğitimler alarak bu alanda gelişme göstermeleri ve bilişsel davranışçı terapiyi hemşirelik bakım planına entegre etmeleri gerekmektedir (22-25).

Bilişsel-davranışçı terapinin amacı öncelikle gerçekçi olmayan ya da birey için sorun olan düşüncelerin tanımlanmasıdır. Sorun olan düşünce tanımlandığında, o düşüncenin birey üzerindeki etkisi de tanımlanabilir. Psikiyatri hemşiresi işlevsel olmayan bu düşüncelerin, nasıl sorun yaratabileceğini görmesinde hastaya yardım eder. Öncelikle bu düşünceler ve güçlük yaşanan durum arasında bağlantı kurulur (46). Bilişsel-davranışçı terapiyi uygulayan psikiyatri hemşiresi, bireyin hareketlerini, duygu ve düşüncelerini değerlendirirken, bireyin yaşadığı güçlüğü ya da problemi aşağıda verilen soruları kullanarak tanımlar. Bu sorular: - Bireyin problemi nedir? - Problem nerede oluşmaktadır? - Problem ne zaman oluşmaktadır? - Problemi ‘kim’ ya da ‘ne’ oluşturmaktadır? - Problemlerle ilgili korkulan sonuç nedir? Hemşire burada hastaya

sorulan soruların yanıtlarını kendisinin bulmasını sağlamalıdır. ‘Sokrat tarzı’nda sorulan sorular, bireyin kendi düşünce içeriğini daha iyi anlamasını, düşüncelerini çeşitli bilişsel çarpıtmalar yönünden ele almasını, düşüncesini destekleyen ve çürüten kanıtları araştırmasını, düşünce içeriği ve biçimlerinin daha uyumlu olanlarla yer değiştirmesini, düşünce ve davranışları ile ilgili olarak geleceğe yönelik planlar yapmasını sağlar (46, 47). Hemşire elde ettiği verilerle birlikte problemin süresi, yoğunluğu ve sıklığını da değerlendirmeli ve daha sonra problem yaşayan hasta ile ilgili daha fazla bilgi toplamak için davranış çözümlemesi yapmalıdır. Davranış çözümlemesi üç bölümden oluşur: 1. Önceki olay: Davranışın öncesinde olan ya da davranışın ortaya çıkmasına neden olan, tahrik eden uyarının, ipucunun belirlenmesi. 2. Davranış: Bireyin söylediği ya da söylemediği, yaptığı eylemlerin neler olduğunun, zamanının, sıklığı ve süresinin belirlenmesi. 3. Sonuç: Davranış sonucunda bireyin düşündüğü etkinin yönünün (olumlu, olumsuz, yansız) tanımlanması. Psikiyatri hemşiresi davranış çözümlemesinden sonra, elde ettiği veriler doğrultusunda bireyin baş etme gereksinmelerini destekleyen, uygun bilişsel-davranışçı terapi stratejisine karar verir (46,48).

6.8. Panik Bozukluk Tanısı Alan Bireylerde Psikolojik İyi Oluşu ve Stresle Başa Çıkmayı Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Panik bozukluk tanısı alan bireyler; baş dönmesi, nefes darlığı, bulantı, kalp atım hızının artması gibi fiziksel semptomlar ve yoğun anksiyete, kontrol kaybı, ölüm korkusu gibi bilişsel semptomların eşlik ettiği beklenmeyen panik ataklardan oluşan nöksler ve remisyonlar yaşamaktadırlar(1-3). Psikiyatri hemşireleri, bireylere panik atak sırasında yaşanan normal bedensel duyumlarının öldürücü olduğu şeklindeki çarpık düşünceleri ve şemaları tanımasını öğreterek anksiyete ve kaçınma davranışının sürmesinde baskın olan bu düşüncelerini değiştirmeleri sağlayabilirler (22). Bireyler panik atak geçirecekleri korkusuyla sürekli stres ve sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu durum da bireylerin kişilerarası ilişkilerinde, sosyal ve iş hayatlarında da ciddi sıkıntılara sebep olmaktadır. Ryff’in tanımında olduğu gibi yaşanan olumsuz durumlar karşısında bireyler olumlu ilişkiler kuramama, kişisel gelişimini gerçekleştirememesi, çevresel hakimiyetini yitirme, yaşam amacını kaybetme, özerk olma ve kendini kabul etme noktasında zayıf yönlerini görme gibi psikolojik iyi oluş boyutlarına odaklanamamaktadır (10,34). Psikiyatri hemşireleri sadece tıbbi tedaviyi uygulamakla kalmayıp aynı zamanda danışmanlık ve eğitici rolleriyle grup terapisi ve aldıkları

eğitimlerle de psikoterapi uygulayabilmektedirler (49). Bireylerin stresle başa çıkma durumlarını belirlemeli, etkin baş etme yöntemleri olup olmadığını değerlendirmeli ve uygun başa çıkma yöntemlerini desteklemelidir (45). Psikiyatri hemşireleri, bütüncül hemşirelik rollerini göz önüne alarak, panik bozuluk tanısı alan bireylerin stres düzeylerini azaltmada ve etkin stresle baş etme yöntemlerini öğreterek psikolojik iyi oluş durumlarını da sürdürmelerinde bireylerin gereksinim duyduğu tedavi, bakım, eğitim ve danışmanlık desteğini sağladıkları söylenebilmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test son test kontrol gruplu randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

Araştırma Mayıs 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) ve Dicle Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde yapıldı. Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH; 3 psikiyatri polikliniği, 20 yataklı psikiyatri kliniğinden oluşmaktadır. Ayrıca, psikiyatri kliniğinde 10 psikiyatri uzmanı, 2 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 8 hemşire çalışmaktadır. Dicle Üniversitesi Hastanesi; 3 psikiyatri polikliniği ve 24 yataklı psikiyatri kliniğinden oluşmaktadır. Ayrıca, psikiyatri kliniğinde 3 psikolog, 4 Profesör Doktor, 2 Doçent Doktor, 3 Doktor Öğretim Üyesi ve 7 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH ve Dicle Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniklerine kayıtlı toplam 550 panik bozukluk tanısı alan birey oluşturdu. G*Power analiziyle örneklem büyüklüğü ‘0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.9 etki büyüklüğünde, 0.95 evreni temsil gücü ile 100 panik bozukluk tanısı almış birey (50 kontrol, 50 deney) olarak’ belirlendi. Deney ve kontrol gruplarının hangi hastaneden olacağını belirlemek amacıyla kura çekildi. Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH’ne kayıtlı bireylerin deney grubunu, Dicle Üniversitesi Hastanesine kayıtlı bireylerin ise kontrol grubunu oluşturacağı kararlaştırıldı.

Araştırmaya katılan bireyler dosya kayıt numaralarına göre sıralandı. Deney ve kontrol grubundaki bireyler bilgisayar ortamında basit rastgele sayılar tablosu oluşturularak basit rastgele örnekleme metoduyla belirlendi.

Herhangi bir nedenle meydana gelecek kayıplar göz önüne alınarak panik bozukluk tanısı alan 122 birey (61 deney, 61 kontrol) araştırmaya dahil edildi. Deney grubunda; 4 birey covid-19’a yakalandığı için, 3 birey araştırmaya katılmayı kabul etmesine rağmen daha sonra araştırmadan çekilmek istediği için, 2 birey başka bir ile

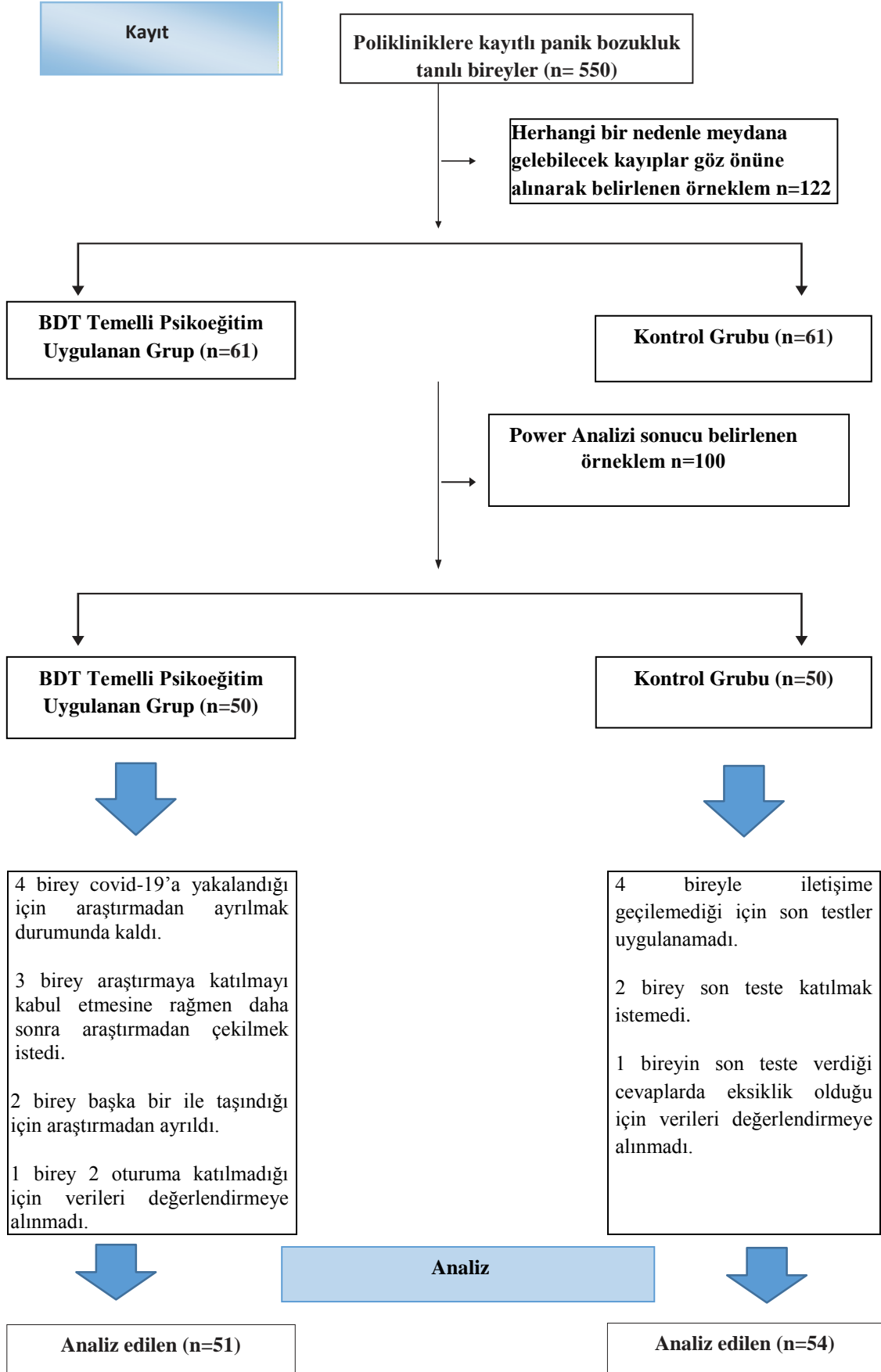
taşıdığı için, 1 birey 2 oturuma katılmadığı için araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubunda ise; 4 bireyle iletişime geçilemediği için, 2 birey son teste katılmak istemediği için ve 1 bireyin son teste verdiği cevaplarda eksiklik olduğu için verileri değerlendirmeye alınmadı. Araştırma 105 bireyin (51 deney, 54 kontrol) katılımıyla tamamlandı. Araştırmanın ‘Konsort Akış Şeması’ Şekil 3.1’de belirtildi.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Panik bozukluk tanısı almış olma (DSM-5’e göre)
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Okuma yazma biliyor olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Panik bozukluk tanısı haricinde başka bir psikiyatrik tanı almış olma (DSM-5’e göre)
- Bireyin dosyasına kayıtlı demans, alzheimer, mental retardasyon, kafa travmaları vb. durumlara sahip olma
- İletişim kurmayı engelleyecek dil veya herhangi bir engele sahip olma
- En az 6 ay önce Bilişsel-Davranışçı Terapi Temelli eğitime katılmış olma



Şekil 3.1. Araştırmanın Konsort Akış Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ‘‘Tanıtıcı Özellikler Formu’’, ‘Psikolojik İyi Oluş Ölçeği’ ve ‘Stresle Başa Çıkma Ölçeği’ kullanıldı.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 8 sorudan ‘‘yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ilk hastalık tanısını ne zaman aldığı ve tedavinin süresi’’ oluşmaktadır (6,22).

3.4.2. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (EK-3)

Diener ve arkadaşlarının 2010 yılında geliştirdiği ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Telef tarafından 2013 yılında yapılmıştır (9,50). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı 0.80’dir. Tek boyut ve 7’li likert tipi olan ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri ‘‘kesinlikle katılmıyorum’’ (1) ile ‘‘kesinlikle katılıyorum’’ (7) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekten alınabilecek minimum-maximum puan aralığı 8-56’dır. Ölçekten yüksek puan alınması kişinin psikolojik iyi oluş düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada Chronbach’s alpha katsayısı 0.95 olarak belirlendi.

3.4.3. Stresle Başa Çıkma Ölçeği (EK-4)

Ölçeğin orijinali Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında Ruhsal Stres Modeline dayalı olarak geliştirilmiştir (51). Türküm tarafından 2002 yılında Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (42). 5’li likert tipinde (1-5) puanlanan ölçek, 23 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 10, 17 ve 20. maddeleri tersten puanlanmaktadır. Ölçeğin toplamından ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar, bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi sunmaktadır. Bu çalışmada Chronbach’s alpha katsayısı 0.69 olarak belirlenmiştir. Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve Alt Boyutları Tablo 3.1’de verildi.

Tablo 3.1. Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve Alt Boyutları

Ölçek Alt Boyutları	Alınabilecek Minimum ve Maximum Puan	Cronbach's α	Cronbach's α (araştırmadan alınan)
Sosyal destek arama (4,10,13,17,18, 20, 23)	1-35	0.85	
Soruna yönelme (2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16)	1-40	0.80	
Sorunla uğraşmaktan kaçınma (1, 3, 11, 14, 15, 19, 21, 22)	1-40	0.65	
Toplam Puan	23-115	0.78	0.69

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, eğitim salonunda haftada bir gün yüz yüze olacak şekilde araştırmacı tarafından toplandı (Eğitim sırasında pandemi nedeniyle sosyal mesafeye dikkat edildi, araştırmacı ve bireyler maske taktı, eğitim salonunun havalandırmasına dikkat edildi ve eğitim salonuna girişinde dezenfektan bulunduruldu). Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından bireylere dağıtıldı ve bireyler tarafından dolduruldu. Veri toplama aracının uygulanması yaklaşık olarak 10-15 dk sürdü. Araştırmada deney grubu için, ön test formlarının (Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği) uygulanması Mayıs 2021'de, eğitim tamamlandıktan iki hafta sonra ise son test formlarının (Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği) uygulanması Ekim 2021'de tamamlandı. Araştırmada kontrol grubu için, ön test formlarının (Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği) uygulanması Mayıs 2021'de, son test formlarının (Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği) uygulanması Kasım 2021'de tamamlandı.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Deney grubuna uygulanacak olan BDT Temelli Psikoeğitim, Eğitim Kitapçığı Destekli İnteraktif Eğitim şeklinde gerçekleştirildi. Araştırmacı, BDT Temelli Psikoeğitimi uygulayabilmek için, 21.12.2019 – 19.03.2020 tarihler arasında Prof. Dr. Murad Atmaca'nın verdiği "Uygulamalı Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi" adlı eğitim programına katılarak katılım belgesini aldı (EK-5).

Araştırmacı, deney grubunda yer alan bireylere birinci oturumda BDT Temelli Psikoeğitim programı hakkında bilgi verdi. Bilgilendirmeden sonra deney grubunda yer alan bireylere ön test formları (Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği) uygulanıp, bireylerle BDT Temelli Psikoeğitim günleri belirlendi. Deney grubunda yer alan bireyler 5-8 kişilik 8 gruba ayrıldı. Eğitim haftada bir gün olmak üzere 8 hafta boyunca yüz yüze ve grup eğitimi şeklinde araştırmacı tarafından verildi. Her oturumun ortalama 50-60 dakika süre ile gerçekleştirildi. Bunun yanı sıra, çeşitli sebeplerle otumlara katılım göstermeyen veya programa (saat/gün/tarih'e) uyum sağlamakta zorluk yaşıyan bireyler için telafi oturumları düzenlendi. Eğitim soru-cevap, örnek olay, düz anlatım, rol play vb. yöntemler kullanılarak interaktif bir şekilde gerçekleştirildi. Deney grubunun psikoeğitim uygulama planı şekil 3.2 'de verildi.

Kontrol grubunda yer alan bireylere herhangi bir girişim uygulanmadı. Bu süre içerisinde deney ve kontrol grubundaki bireyler rutin tedavi ve uygulamalarına devam etti.

3.6.1. BDT Temelli Psikoeğitim Oturumlarının İçeriği

BDT Temelli Psikoeğitim programının içeriği araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (3,23). Deney grubu psikoeğitim uygulama planı Şekil 3.2'de verildi.

1. Oturum: Bireylerle tanışıldı ve bireylerin onamı alındı. Bireylere ön test formları "Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği" uygulandı. BDT Temelli Psikoeğitim hakkında bilgilendirme yapıldı.

2. Oturum: Panik bozukluk hakkında bilgilendirme yapıldı.

3-7. Oturum: BDT Temelli Psikoeğitim programı uygulandı.

8. Oturum: Değerlendirme ve kapanış yapıldı. Bireylere son test formları "Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği" uygulandı.

Şekil 3.2. Deney Grubu Psikoeğitim Uygulama Planı

BDT temelli psikoeğitim programının oturum konuları aşağıdaki şekilde belirlendi.

1. Oturum: Bu oturumun amacı; BDT Temelli Psikoeğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak, bireyleri tanımak ve bireylere ön test formları “Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği” uygulamaktır. Eğitmen ve araştırmaya katılan bireyler kendini tanıttı. BDT Temelli Psikoeğitim programının içeriğinden bahsedildi. Her bir oturumun yapısı ve aşamaları hakkında bilgilendirme yapıldı. “1.Duygu durum kontrolü, 2.Hafta içi yaşanan önemli olaylar, 3.Önceki oturumla bağlantı kurma, 4.Ödev kontrolü, 5.Gündem belirleme, 6.Gündem maddelerinin ele alınması, 7.Ödev verme, 8.Oturumun özetlenmesi, 9.Geri bildirim”. Katılmak isteyen bireylere sürekli katılımın öneminden bahsederek eğitimin günleri ve saatleri belirlendi.

2. Oturum: Bu oturumun amacı, panik bozukluk hakkında bilgilendirme yapmaktır. Panik bozukluk nedir, belirtileri nelerdir, oluşum nedenleri nedir, hastalığın gidiş süreci ve sonlanması nasıldır, panik bozukluk tedavisinde ilaç tedavisi ve terapilerin yeri ve önemi nedir, stres nedir, stresle nasıl baş edilir, psikolojik iyi oluş nedir gibi konular hakkında bilgilendirmeler yapıldı.

3. Oturum: Bu oturum, bireylerin duygu durum kontrolüyle başladı. Daha sonra geçen hafta süresince bireylerin zihnini meşgul eden, hastalıklarını etkileme ihtimali olan bir olay yaşayıp yaşamadıkları hakkında konuşuldu. Bireylerin önceki oturumlarda neler öğrendiği ve akıllarına takılan herhangi bir şeyin olup olmadığını belirlemek adına önceki oturumlarla bağlantı kuruldu. Bu oturumun gündem maddesi eğitmen tarafından belirlenerek bireylere uygun olup olmadığı soruldu ve gündem maddesi BDT’de düşünce süreci (temel A (olay)-B (düşünce)-C (duygu ve davranış) modeli) olarak belirlendi. Konuyla ilgili örnek verildi. Örneğin; evinizde tek başınızdasınız ve arka odanın penceresinden bir ses duydunuz. O anda aklınızdan ne/neler geçer? Sorusu sorularak bireylerin A-B-C modeline çerçevesinde duygu-düşünce ve davranış tepkileri belirlendi ve tartışıldı. Gündem maddesi ele alındıktan sonra bireylere bununla ilgili ödev verildi. Bireyler tarafından oturumun özeti ve geri bildirim yapılarak oturum sonlandırıldı.

4. Oturum: Bu oturum, bireylerin duygu durum kontrolüyle başladı. Bireyler için önemli olan bir sorunun oturumda gündem maddesi olarak ele alınması amacıyla geçen hafta süresince bireylerin zihnini meşgul eden, hastalıklarını etkileme ihtimali olan bir olay yaşayıp yaşamadıkları hakkında tartışıldı. Önceki oturumlarda bireylerin

öğrendikleri hakkında özet geçildi ve destek almak istedikleri herhangi bir şeyin olup olmadığını belirlendi. Bireylere önceki oturumda verilen ödevleri kontrol edildi. Bireylerin en çok sıkıntı duydukları konuları liste yapmaları istendi ve listelerden ortak bir konu seçilerek gündem maddesi yapıldı. Olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmaların neler olduğu örneklerle açıklanarak gündem maddesi olarak ele alındı. Gündem maddesi ele alındıktan sonra bireylere olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalarla ilgili ödev verildi. Bireyler tarafından oturumun özeti ve geri bildirim yapılarak oturum sonlandırıldı.

5. Oturum: Bireylerin duygu durum kontrolüyle oturum başladı. Oturumun gündemini belirlemek için geçen hafta süresince bireylerin zihnini meşgul eden, hastalıklarını etkileme ihtimali olan bir olay yaşayıp yaşamadıkları hakkında konuşuldu. Önceki oturumlarla bağlantı kuruldu. Bireylerin ödevlerinin kontrolü yapıldı. Bireylerin sıkıntı yaşadıkları konuları listelenerek ortak bir konu seçilerek gündem maddesi yapıldı. Güvenlik arayıcı ve kaçınma davranışlarının neler olduğu örneklerle açıklanarak gündem maddesi olarak ele alındı. Gündem maddesi ele alındıktan sonra bireylere güvenlik arayıcı ve kaçınma davranışlarıyla ilgili ödev verildi. Bireyler tarafından oturumun özeti ve geri bildirim yapılarak oturum sonlandırıldı.

6. Oturum: Bireylerin duygu durum kontrolüyle başlanarak geçen hafta hastalıklarını etkileme ihtimali olan bir olay yaşayıp yaşamadıkları hakkında tartışıldı. Önceki oturumlarla bağlantı kurularak bireylerin akıllarına takılan herhangi bir şeyin olup olmadığını belirlendi. Ödev kontrolü yapıldı. Oturumun gündem maddesini olarak nefes (diyafragmatik nefes nasıl yapılacağı ve 4-8 nefesi) ve gevşeme egzersizleri (bilişsel gevşeme ve kas gevşeme egzersizleri) uygulamalar yaptırılarak öğretildi. Gündem maddesi ele alındıktan sonra bireylere nefes ve gevşeme egzersizleri ödev olarak verildi. Bireyler tarafından oturumun özeti ve geri bildirim yapılarak oturum sonlandırıldı.

7. Oturum: Bireylerin duygu durum kontrolüyle oturum başladı. Bireylerin zihnini meşgul eden bir olay yaşayıp yaşamadıkları hakkında konuşuldu. Bireylerin önceki oturumlarda neler öğrendiği ve sorun yaşadıkları herhangi bir şey olup olmadığını belirlemek adına önceki oturumlarla bağlantı kuruldu. Ödev kontrolü yapılarak ödevler tartışıldı. Bireylerin en çok sıkıntı duydukları konulardan ortak bir konu seçilerek gündem maddesi yapıldı. İmgesel maruz kalma (hastalığı tetikleyebilecek olumsuz durumların hayal edilerek bu durumlarla nasıl başa çıkılabileceği) ve alışma (hastalığa tetikleyecek durumlara tekrar tekrar maruz

birakılarak bu duruma alıştırma) davranış deneyleri yapıldı. Gündem maddesi ele alındıktan sonra bireylere imgesel maruz kalma sırasında nefes ve gevşeme egzersizlerini kullanarak alıştırma yapmalarıyla ilgili ödev verildi. Bireyler tarafından oturumun özeti ve geri bildirim yapılarak oturum sonlandırıldı.

8. Oturum: Önceki oturumlar özetlendi. Bu oturum sonlandırılırken bireylerin eksik kaldıklarını düşündükleri konular gündem maddesi olarak ele alındı. Bireylerin sorunlarıyla başa çıkmada hangi seviyeye geldikleri konusunda değerlendirme yapıldı. Ayrıca bireylere son test formları “Tanıtıcı Özellikler Formu, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği” uygulandı.

BDT Temelli Psikoeğitim uygulama planı Şekil 3.3’te verildi.

Şekil 3.3. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı

<p>1. Oturum: Hazırlık Oturumu</p> <ul style="list-style-type: none">*Bireylerle tanışma*BDT ile ilgili bilgilendirme yapma*Her bir oturumun aşamalarıyla ilgili bilgilendirme yapma*Eğitimlere düzenli ve zamanında katılımın önemini vurgulama*Eğitim günlerini belirleme*Ön test formlarını uygulama <p>2. Oturum: Hastalığı tanıma</p> <ul style="list-style-type: none">*Panik bozukluk hakkında bilgilendirme yapma*Panik bozukluk nedir?*Belirtileri nelerdir?*Oluş nedenleri nelerdir?*Gidiş ve sonlanması nasıldır?*Tedavisi neleri içerir?*İlaç tedavisi ve ilaçların yan etkileri nelerdir?*Stres, stresle baş etme ve psikolojik iyi oluş hakkında bilgilendirme yapma <p>3. Oturum: Temel A-B-C modeli</p> <ul style="list-style-type: none">*BDT’de düşünce süresi olan temel A-B-C modelini anlatma	<p>4. Oturum: Temel ve Ara İnançlar, Olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar</p> <ul style="list-style-type: none">*Temel ve ara inançları belirleme*Olumsuz otomatik düşünceler belirleme*Bilişsel çarpıtmaları saptama <p>5. Oturum: Güvenlik arayıcı ve kaçınma davranışları</p> <ul style="list-style-type: none">*Güvenlik arayıcı davranışları belirleme*Kaçınma davranışlarını saptama <p>6. Oturum: Nefes teknikleri ve gevşeme egzersizleri</p> <ul style="list-style-type: none">*Nefes tekniklerini öğretme*Gevşeme egzersizlerini öğretme <p>7. Oturum: İmgesel maruz bırakma ve alışma</p> <ul style="list-style-type: none">*İmgesel maruz bırakma*Alışma tekniği uygulama <p>8. Oturum: Son oturum</p> <ul style="list-style-type: none">*Eksik kalan sorunları gündeme alma*Değerlendirme yapma*Son test formlarını uygulama
---	--

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Panik bozukluk tanısı alan bireylerde psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmadır.

Bağımsız Değişken: BDT Temelli Psikoeğitimidir.

Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ilk hastalık tanısını ne zaman aldığı ve tedavinin süresidir.

Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.2’de sunuldu.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (S=51)		Kontrol Grubu (S=54)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş Grupları					
18-28	14	27.5	13	24.1	$\chi^2=1.099$ $p=0.982$
29-39	19	37.3	22	40.7	
40-50	15	29.4	15	27.8	
51 yaş ve üzeri	3	5.9	4	7.4	
Cinsiyet					
Kadın	33	64.7	32	59.3	$\chi^2=0.139$ $p=0.709$
Erkek	18	35.3	22	40.7	
Medeni Durum					
Evli	33	64.7	33	61.1	$\chi^2=0.032$ $p=0.858$
Bekar	18	35.3	21	38.9	
Öğrenim Durumu					
İlkokul	5	9.8	7	13.0	$\chi^2=0.720$ $p=0.888$
Ortaokul	14	27.5	14	25.9	
Lise	19	37.3	17	31.5	
Üniversite	13	25.5	16	29.6	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	26	51.0	32	59.3	$\chi^2=0.431$ $p=0.512$
Çalışmıyor	25	49.0	22	40.7	
Gelir Düzeyi					
Kötü	19	37.3	18	33.3	$\chi^2=0.047$ $p=0.829$
Orta	32	62.7	36	66.7	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü					
Evet	13	25.5	16	29.6	$\chi^2=0.065$ $p=0.798$
Hayır	38	74.5	38	70.4	

İlk Hastalık Tanısı					
Alma Zamanı					
0-1 yıl	23	45.1	17	31.5	x ² =4.948 p=0.170
2-5 yıl	18	35.3	21	38.9	
6-10 yıl	10	19.6	12	22.2	
11-15 yıl	0	0.0	4	7.4	
Tedavi Süresi					
0-1 yıl	25	49.0	23	42.6	x ² =2.844 p=0.464
2-5 yıl	17	33.4	17	31.9	
6-10 yıl	9	17.6	11	20.4	
11-15 yıl	0	0.0	3	5.1	

Araştırmada, kontrol değişkenleri yönünden deney ve kontrol gruplarının homojen yapıda olduğu bulundu ($p>0.05$, Tablo 3.2).

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25.0 istatistik programı kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk; Shapiro-Wilks ve Kolmogrov-Smirnov testlerinin yanı sıra histogram, P-P grafiği, Q-Q grafiği, çarpıklık ve basıklığın değerlendirilmesi ile incelendi. Analizler sonucunda normal dağılım gösterdiği anlaşılan verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.3'te sunuldu. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirildi.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Deney ve Kontrol gruplarındaki bireylerin Tanıtıcı Özellikler Formu verileri	<ul style="list-style-type: none"> • Yüzdeler dağılım • Aritmetik ortalama • K-kare testi (Chi-square test) • Standart sapma • Min-max (minimum maximum değerleri)
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puan ortalamalarının Deney ve Kontrol grubunda karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> • Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi (Independent samples <i>t</i> test)
Deney ve Kontrol gruplarının Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin ön test ve son test toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> • Bağımlı gruplarda <i>t</i> testi (Dependent samples <i>t</i> test)

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-6) ve araştırmanın yapıldığı hastanelerden resmi izinler alındı (EK-7). Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklandı ve bilgilerinin gizli tutulacağı, farklı yerde kullanılmayacağı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahip oldukları ifade edildi. Ayrıca bireylerden sözel izin ve 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu' kullanılarak yazılı izin de alındı (EK-8). Deney grubuna verilecek olan BDT Temelli Psikoeğitim sonrası son test verileri toplandıktan sonra kontrol grubundan isteyen bireylere de BDT Temelli Psikoeğitim kitapçığı verildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın veri toplama aşamasının COVID-19 pandemi döneminde olması ve Covid-19'a yakalandıkları için bireylerin araştırmadan ayrılmak durumunda kalması araştırmanın sınırlılığını oluşturdu.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları hipotezler doğrultusunda verilmiştir.

Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı Tablo 4.1’de sunuldu.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu(S=51)		Kontrol Grubu (S=54)	
	S	%	S	%
Yaş Grupları				
18-28	14	27.5	13	24.1
29-39	19	37.3	22	40.7
40-50	15	29.4	15	27.8
51 yaş ve üzeri	3	5.9	4	7.4
Cinsiyet				
Kadın	33	64.7	32	59.3
Erkek	18	35.3	22	40.7
Medeni Durum				
Evli	33	64.7	33	61.1
Bekar	18	35.3	21	38.9
Öğrenim Durumu				
İlkokul	5	9.8	7	13.0
Ortaokul	14	27.5	14	25.9
Lise	19	37.3	17	31.5
Üniversite	13	25.5	16	29.6
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	26	51.0	32	59.3
Çalışmıyor	25	49.0	22	40.7
Gelir Düzeyi				
Kötü	19	37.3	18	33.3
Orta	32	62.7	36	66.7
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü				
Evet	13	25.5	16	29.6
Hayır	38	74.5	38	70.4
İlk Hastalık Tanısı Alma Zamanı				
0-2 yıl	23	45.1	17	31.5
2-5 yıl	18	35.3	21	38.9
6-10 yıl	10	19.6	12	22.2
11-15 yıl	0	0.0	4	7.4

Tedavi Süresi				
0-2 yıl	25	49.0	23	42.6
2-5 yıl	17	33.4	17	31.9
6-10 yıl	9	17.6	11	20.4
11-15 yıl	0	0.0	3	5.1

Deney ve Kontrol gruplarında yer alan bireylerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; deney grubu yer alan bireylerin %37.3'ünün 29-39 yaş grubunda, %64.7'sinin kadın, %64.7'sinin evli, %37.3'ünün lise mezunu, %51.0'inin çalıştığı, %62.7'sinin gelir durumunun orta düzey olduğu, %74.5'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, %45.1'inin ilk hastalık tanısı alma zamanının 0-1 yıl olduğu ve %49.0'unun tedavi süresinin 0-1 yıl zaman aralığında olduğu belirlendi. Kontrol grubunda yer alan bireylerin ise; %40.7'sinin 29-39 yaş grubunda, %59.3'ünün kadın, %61.1'inin evli, %31.5'inin lise mezunu, %59.3'ünün çalıştığı, %66.7'sinin gelir durumunun orta düzey olduğu, %70.4'ünün ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, %38.9'sinin ilk hastalık tanısı alma zamanının 2-5 yıl olduğu ve %42.6'sının tedavi süresinin 0-1 yıl zaman aralığında olduğu bulundu (Tablo 4.1).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin ön test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=105)

ÖN TEST			
	Deney Grubu (S=51)	Kontrol Grubu (S=54)	*Test ve Önemlilik
	($\bar{X} \pm SS$)	($\bar{X} \pm SS$)	
Psikolojik İyi Oluş	30.60±7.62	30.68±8.28	$t=-0.050$ $p=0.960$

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda yer alan bireylerin 30.60±7.62, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise 30.68±8.28 puan aldığı belirlendi. Gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği ön test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.2).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin son test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunuldu.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Son Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=105)

SON TEST			
	Deney Grubu (S=51) (X±SS)	Kontrol Grubu (S=54) (X±SS)	*Test ve Önemlilik
Psikolojik İyi Oluş	41.37±4.06	31.46±8.35	$t=7.655$ $p=0.000$

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda yer alan bireylerin 41.37±4.06, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise 31.46±8.35 puan aldığı belirlendi. Gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği son test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunda yer alan bireylerin son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan bireylerden daha yüksek olduğu bulundu.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin ön test stresle başa çıkma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=105)

ÖN TEST			
	Deney Grubu (S=51) (X±SS)	Kontrol Grubu (S=54) (X±SS)	*Test ve Önemlilik
Stresle Başa Çıkma Ölçeği			
Sosyal Destek Arama	29.82±4.22	29.98±4.19	$t=-0.192$ $p=0.848$
Soruna Yönelme	23.43±5.75	23.03±5.48	$t=0.360$ $p=0.720$
Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma	30.78±5.45	30.68±5.56	$t=0.092$ $p=0.927$
Ölçek Toplam Puan	84.03±5.98	83.70±6.39	$t=0.277$ $p=0.782$

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin stresle başa çıkma ölçeği ön test puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda yer alan bireylerin sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 29.82±4.22, soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 23.43±5.75, sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 30.78±5.45 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 84.03±5.98 olduğu, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 29.98±4.19, soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 23.03±5.48, sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 30.68±5.56 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 83.70±6.39 olduğu belirlendi. Gruplar arası stresle başa çıkma ölçeği ön test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin son test sürekli stresle başa çıkma ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunuldu.

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Son Test Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=105)

SON TEST			
Stresle Başa Çıkma Ölçeği	Deney Grubu (S=51) (X±SS)	Kontrol Grubu (S=54) (X±SS)	*Test ve Önemlilik
Sosyal Destek Arama	29.27±4.09	30.04±4.09	$t=-1.069$ $p=0.288$
Soruna Yönelme	31.92±2.24	23.52±5.46	$t=10.069$ $p=0.000$
Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma	25.52±3.98	30.01±5.25	$t=-5.780$ $p=0.000$
Ölçek Toplam Puan	86.72±6.84	83.57±5.96	$t=1.719$ $p=0.000$

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin stresle başa çıkma ölçeği ön test puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda yer alan bireylerin sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 29.27±4.09, soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 31.92±2.24, sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 25.52±3.98 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 86.72±6.84 olduğu, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise sosyal destek arama alt boyut puan

ortalamasının 30.04 ± 4.09 , soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 23.52 ± 5.46 , sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 30.01 ± 5.25 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 83.57 ± 5.96 olduğu belirlendi. Gruplar arası son test stresle başa çıkma ölçeği, soruna yönelme ve sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyutları toplam puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu buna karşın son test sosyal destek arama alt boyut toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.5). Deney grubunda yer alan bireylerin son test stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan bireylerin puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin ön test ve son test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.6’da sunuldu.

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test ve Son Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (S=105)

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği			
Gruplar	Ön Test ($X \pm SS$)	Son Test ($X \pm SS$)	*Test ve Önemlilik
Deney Grubu (S=51)	30.60 ± 7.62	41.37 ± 4.06	$t = -11.629$ p=0.000
Kontrol Grubu (S=54)	30.68 ± 8.28	31.46 ± 8.35	$t = -2.321$ p=0.024

*Bağımlı gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin grup içi psikolojik iyi oluş ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda yer alan bireylerin ön test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamasının 30.60 ± 7.62 , son test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamasının 41.37 ± 4.06 ; kontrol grubunda yer alan bireylerin ise ön test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamasının 30.68 ± 8.28 , son test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamasının 31.46 ± 8.35 olduğu tespit edildi. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin psikolojik iyi oluş ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin son test psikolojik iyi oluş

toplam puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre bir yükselme olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin ön test ve son test stresle başa çıkma ölçeği puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunuldu.

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarında Yer Alan Bireylerin Ön Test ve Son Test Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (S=105)

Gruplar	Stresle Başa Çıkma Ölçeği	Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		(X±SS)	(X±SS)	
Deney Grubu (S=51)	Sosyal Destek Arama	29.82±4.22	29.27±4.09	$t=2.524$ p=0.015
	Soruna Yönelme	23.43±5.75	31.92±2.24	$t=-10.972$ p=0.000
	Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma	30.78±5.45	25.52±3.98	$t=10.660$ p=0.000
	Ölçek Toplam Puan	84.03±5.98	86.72±6.84	$t=-4.628$ p=0.000
Kontrol Grubu (S=54)	Sosyal Destek Arama	29.98±4.19	30.04±4.09	$t=-1.827$ p=0.073
	Soruna Yönelme	23.03±5.48	23.52±5.46	$t=-2.930$ p=0.065
	Sorunla Uğraşmaktan Kaçınma	30.68±5.56	30.01±5.25	$t=-0.880$ p=0.383
	Ölçek Toplam Puan	83.70±6.39	83.57±5.96	$t=-4.021$ p=0.054

*Bağımlı gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin grup içi stresle başa çıkma ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda yer alan bireylerin ön test sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 29.82±4.22, soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 23.43±5.75, sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 30.78±5.45 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 84.03±5.98; son test sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 29.27±4.09, soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 31.92±2.24, sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 25.52±3.98 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 86.72±6.84 olduğu bulundu. Kontrol grubunda yer

alan bireylerin ön test sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 29.98 ± 4.19 , soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 23.03 ± 5.48 , sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 30.68 ± 5.56 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 83.70 ± 6.39 ; son test sosyal destek arama alt boyut puan ortalamasının 30.04 ± 4.09 , soruna yönelme alt boyut puan ortalamasının 23.52 ± 5.46 , sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut puan ortalamasının 30.01 ± 5.25 ve stresle başa çıkma ölçeği toplam puan ortalamasının 83.57 ± 5.96 olduğu bulundu. Deney grubunda yer alan bireylerin stresle başa çıkma ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.7). Deney grubunda yer alan bireylerin son test stresle başa çıkma ölçeği soruna yönelme alt boyut ve toplam puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre bir yükselme olduğu ancak bireylerin son test stresle başa çıkma ölçeği sorunla uğraşmaktan kaçınma alt boyut toplam puan ortalamasında ön test puan ortalamasına göre bir azalma olduğu bulundu.

5. TARTIŞMA

Panik bozukluk tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmaya etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın bulguları literatür ışığında tartışıldı.

Bilişsel davranışçı terapi, panik bozukluğu olan bireylerin hatalı kodlanmış düşüncelerinden kaynaklanan durumlarla ilişkili semptomlarının yönetiminde etkili kanıtlanmış kullanışlı bir terapi yöntemidir. Panik bozukluk tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yetersiz olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konulmuştur. Bilişsel davranışçı terapiye özgü teknikler arasında, bireyin eğitimi ve farkındalık, bilişsel yeniden yapılandırma, alıştırma, gevşeme egzersizleri ve nefes teknikleri bulunmaktadır. Bireylere panik atak sırasında yaşanan normal bedensel duyularının öldürücü olduğu şeklindeki çarpık düşünceleri ve şemaları tanımasını öğreterek anksiyete ve kaçınma davranışının sürmesinde etkili olan bu düşüncelerini değiştirmeleri sağlayabilir. Panik bozukluğu olan bireyler, bilişsel davranışçı terapiyle duygu, düşünce ve davranışlarının panik bozukluğun psikolojik algıları ile arasındaki ilişkiyi kavramış olurlar. Bireylerin felaket düşüncelerini ve bunu devam ettiren güvenlik arama davranışları değerlendirilir. Değerlendirmeler, bireye has belirti ve yorumlarla şekillendirilerek panik bozukluğun bilişsel basamağında belirtilen ‘‘bedensel duyum-felaket yorumu-korku’’ döngüsünü bireye açıklar. Alıştırma çalışmasında ise bireyler panik atakları sırasında yaşanan benzer fiziksel duyularını ortaya çıkaran, iç uyaranlara alıştırma ve gerçek yaşamda alıştırma çalışmalarına alınırlar. Nefes teknikleriyle, bireye yavaş yavaş ritmik bir tarzda karın solunumu yapmasını öğretmek hiperventilasyon belirtilerinin ortadan kaldırılması hedeflenir. Gevşeme egzersizleriyle ise, anksiyete belirtilerinin ortadan kaldırılması için aşamalı kas gevşetme uygulaması sağlanır. Bireylerin stres verici durumlarda bu tekniği uygulamalarını istenir (21-25).

Furukawa ve arkadaşları, Marchand ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerde yaptıkları çalışmalarda bireysel ya da grupla yapılan BDT'nin ilaç tedavisine kıyasla daha etkin olduğunu bulmuşlardır (52,53). Wesner ve arkadaşları çalışmasında, grupla yapılan BDT'nin panik bozukluğuna sahip bireylerin tüm semptomlarında etkili yanıt aldıklarını bulmuşlardır (54). Ayrıca BDT'nin panik bozukluğu olan bireylerin

semptomları azaltmada %38-65 arasında değişen oranda yanıt alındığı gösterilmiştir (55-57). Özelsancak'ın panik bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmasında, ilaç tedavisi alan bireylerle, ilaç ve BDT'yle tedavi alan bireyler arasında; iş doyumunu, yaşam doyumunu ve tükenmişlik yönünden anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur (58). Sánchez-Meca ve arkadaşları yaptıkları meta analiz çalışması sonucunda panik bozukluk tedavisinde BDT'nin etkin olduğunu bildirmişlerdir (59). Başaran ve arkadaşları yaptığı sistematik derlemede 19 çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, panik bozukluğun tedavisinde grupla yapılan BDT'nin panik bozukluğa ilişkin belirtileri (agorafobi düzeyi, panik atak sayısı vb.) azaltmada bireysel terapiler kadar etkili ve buna ek olarak daha az maliyetli olduğunu bulmuşlardır (60).

Psikolojik İyi Oluş ile İlgili Bulguların Tartışılması

BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin ön test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p < 0.05$, Tablo 4.2). Ayrıca deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin psikolojik iyi oluşlarının orta düzey olduğu da belirlendi. Fava ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerin sağlıklı kontrollerden daha düşük psikolojik iyi oluşa sahip olduklarını bildirmişlerdir (10). Panik bozukluğu olan bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin incelendiği çok az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu sebeple bulgular farklı ruhsal hastalığa sahip bireylerde psikolojik iyi oluş düzeyinin incelendiği çalışmalarla tartışılmıştır. Iani ve arkadaşları yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarının psikolojik iyi oluşla negatif ilişkili olduğunu bulmuşlardır (61). Kim ve arkadaşları psikiyatri hastaları arasında psikolojik iyi oluş düzeyinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (62). Araştırmalardaki bu farklılığın çalışmaların farklı psikiyatrik tanılarda yapılmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunda yer alan bireylerin son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan bireylerin son test toplam puan ortalamasına göre bir artış olduğu görüldü. Panik bozukluğu olan bireylerde BDT temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş üzerine etkisini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır.

Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin grup içi ön test ve son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin

psikolojik iyi oluş ön test toplam puan ortalamasına göre son test toplam puan ortalamasında artış olduğu belirlendi. Kontrol grubunda yer alan bireylerin son test psikolojik iyi oluş puanlarındaki artışın bireylerin tedavi olanaklarına kolay ulaşabilmeleri, tıbbi tedavilerinin devam etmesi ve çevrelerinden sosyal destek alabilmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Panik bozukluğu olan bireyler yaşadıkları panik ataklardan dolayı sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu durum da günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine, yaşam kalitesinde düşüşe neden olmakla birlikte kişilerarası ilişkilerinde, sosyal ve iş hayatında da ciddi sıkıntılar oluşturmaktadır. Ryff'ın tanımında olduğu gibi yaşanan olumsuz durumlar karşısında bireyler olumlu ilişkiler kuramama, kişisel gelişimini gerçekleştirememesi, çevresel hakimiyetini yitirme, yaşam amacını kaybetme, özerk olma ve kendini kabul etme noktasında zayıf yönlerini görme gibi psikolojik iyi oluş boyutlarına odaklanamamaktadır (10,34). BDT'ye özgü teknikler arasında, psikoeğitim ve farkındalık, bilişsel yeniden yapılandırma, alıştırmaya, gevşeme egzersizleri ve nefes teknikleri bulunmaktadır. Bireylere panik atak sırasında yaşadıkları normal bedensel duyumların öldürücü olduğu şeklindeki çarpık düşünceleri ve şemaları tanıması öğretilerek anksiyete ve kaçınma davranışının sürmesinde etkili olan bu düşüncelerini değiştirmeleri sağlanabilir. Panik bozukluğu olan bireyler, bilişsel davranışçı terapiyle duygu, düşünce ve davranışlarının panik bozukluğun psikolojik algıları ile arasındaki ilişkiyi kavramış olurlar. Nefes teknikleriyle hiperventilasyon, gevşeme egzersizleriyle ise anksiyete belirtilerinin ortadan kaldırılması hedeflenir. Böylece bireylerin çevresiyle daha olumlu ilişkiler kurmaya, kendini kabul etmeye ve yaşamın amacını keşfetmeye başlaması sağlanabilir.

BDT temelli psikoeğitim sonucunda deney grubunda yer alan bireylerin psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamasındaki artış, araştırmanın hipotezlerinden biri olan '**Panik bozukluk tanısı alan bireylere verilen BDT temelli psikoeğitim psikolojik iyi oluşu arttırır**' hipotezini doğruladığı görülmüştür. Araştırmanın sonucuna istinaden BDT temelli psikoeğitimin panik bozukluk tanısı alan bireylerin psikolojik iyi oluşlarını arttırmak için etkin bir psikososyal müdahale olarak kullanılabilir.

Stresle Başa Çıkma ile İlgili Bulguların Tartışılması

BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin ön test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.4). Hem deney hem de kontrol grubunda yer alan bireylerin BDT temelli psikoeğitim öncesi stresle başa çıkma

düzelelerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Panik bozukluğu olan bireylerin kaçma-kaçınma, kendini suçlayıcı ve iyimser düşünme gibi olumsuz başa çıkma davranışlarını sıklıkla kullandığı bildirilmiştir (63-65). İyimser düşünme panik bozukluğu olan bireylerin başa çıkma özelliklerinden biridir ve bu başa çıkma yönteminin bireylerin panik bozukluğuna uyum sağlayamamalarına neden olabileceği belirtilmiştir (66,67). Panik bozukluğu olan bireylerin başa çıkmada kullandığı bir diğer yöntem ise, sosyal destek aramadır. Başkalarından yardım istemeyi içere sosyal destek arama yönteminin panik bozukluğuna uyum göstermeye direnen bireylere psikolojik destek sağlayarak olumlu başa çıkmasını sağlayabileceği belirtilmiştir (68). Hino ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerle yaptığı bir yıllık izlem çalışmasında, ilk değerlendirmede panik bozukluğu olan bireylerin sağlıklı bireylere göre sosyal destek arama, duygusal başa çıkma ve kaçma-kaçınma gibi başa çıkma yöntemlerinde daha yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir. Bir yıldan sonraki değerlendirmede bu puanlarda herhangi bir değişiklik görülmemiştir. Bu da göstermektedir ki sosyal destek arama, duygusal başa çıkma ve kaçma-kaçınma gibi başa çıkma yöntemleri panik bozukluğunun başa çıkma özelliklerini oluşturmaktadır (63). Vitaliano ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerin sağlıklı bireylere göre daha az problem çözme, daha fazla iyimser düşünme yöntemlerine başvurduklarını bildirmişlerdir (69). Vollrant ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerin sağlıklı bireylere ve diğer anksiyete bozukluğuna sahip bireylere göre daha fazla sosyal destek arama, kaçma-kaçınma ve iyimser düşünme yöntemlerine başvurduğunu belirtmişlerdir (68). Başka bir çalışmada ise panik bozukluğu olan bireylerin diğer anksiyete bozukluğu olan bireylere kıyasla daha çok sosyal destek arama ve başa çıkma tekniklerine odaklı (hoş olmayan duygular ve kontrollü nefes alıp verme gibi) yöntemlere başvurdukları bildirilmiştir (70). Panik bozukluğu olan bireyler, normal ve başka anksiyete bozukluğu olan bireylere göre daha fazla gerçeklikten kaçınma ve bir çaba sarf etmeden problem çözme eğilimi göstermektedirler. Fakat duygu odaklı bu başa çıkma yöntemleri panik bozukluğun semptomlarının devam etmesine ya da kötüleşmesine sebep olmaktadır (71,72). Cox ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerin kaçma-kaçınma başa çıkma yöntemini alışılmış bir yöntem olarak kullandıklarını gözlemlemiştir (73). Panik bozukluğu olan bireylerin stresli durumlarla başa çıkmada kullandığı yöntemler etkisiz ve uygunsuz bulunmuştur (8).

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunda yer alan bireylerin son test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın

istatistiksel olarak önemli olduğu ($p < 0.05$, Tablo 4.5), kontrol grubunda yer alan bireylerin son test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p > 0.05$, Tablo 4.5). Deney grubunda yer alan bireylerin son test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasının kontrol grubunda yer alan bireylerin son test alt boyut ve toplam puan ortalamasına göre bir artış olduğu görüldü. Stresli olaylarla başa çıkmada kullanılan uyumsuz başa çıkma yöntemleri nüksleri, semptomların görülmesini ve devam etmesini tetikleyebilir (74,75). Panik bozukluğun tedavisinde BDT'nin rolüne ilişkin hipotezlerde, psikososyal müdahaleler ve özellikle bilişsel teknikler panik bozukluğu olan bireylerin başa çıkma yöntemlerini öğrenmelerine yardım etmede kullanılabilir (76-78). Şimdi veya geçmişte panik bozukluğu olan bireyler kaçınma, iyimser düşünme, kendilerini suçlama ve problemlerini görmezden gelme gibi yöntemlerle stresleriyle başa çıkma eğilimi göstermektedirler. Ayrıca, alkol alma, normalden daha fazla sigara içme ve madde kullanma gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışlarla da stresleriyle başa çıkmaya çalışmaktadırlar (79). Wesner ve arkadaşları panik bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada, kontrol grubuna (50 birey) 12 oturumluk Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (BDGT), deney grubuna (50 birey) ise 12 oturumluk BDGT'ne ek olarak 4 oturumluk baş etme yöntemleri ve dayanıklılık eğitimi vermişlerdir. Sonuç olarak her iki grupta da semptomların şiddetinde ve uyumsuz başa çıkma yöntemlerinde önemli ölçüde azalma olduğu belirlenmiştir (16). BDT deneysel olarak panik bozukluğun psikososyal tedavisinde en çok kullanılan yöntemlerden biridir. BDT'nin odak noktası başa çıkma becerilerine dayalı bir dizi kontrol tarafından desteklenen bedensel duyular ve korku durumuna tekrar tekrar maruz bırakmaya dayanır (80). Bu beceriler tipik olarak bedensel semptomları ve felaket değerlendirmeleri değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bireyler bedensel duyulara ve korku durumuna maruz bırakılarak fizyolojik düzensizlikleri kontrol eden bedensel becerileri (örneğin; nefes ve gevşeme egzersizleri), olumsuz düşünceleri kontrol eden bilişsel becerileri (örneğin; olumsuz otomatik düşünceleri tanıma) uygulamaya teşvik edilmektedir (81-83).

Deney grubunda yer alan bireylerin grup içi ön test ve son test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise grup içi ön test ve son test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görüldü ($p > 0.05$, Tablo 4.7). Deney grubunda yer alan bireylerin ön

test stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasına göre son test alt boyut ve toplam puan ortalamasında artış olduğu, kontrol grubunda yer alan bireylerin ise stresle başa çıkma ölçeği ön test alt boyut ve toplam puan ortalamasına göre son test toplam puan ortalamasında bir değişim olmadığı belirlendi. Stresle başa çıkma yöntemleri bireyden bireye değişiklik gösterir. Stresle başa çıkmada “problem odaklı” ve “duygu odaklı” olarak genellikle iki strateji kullanılır. Problem odaklı başa çıkmada, birey stres etkenini ele alarak ortadan kaldırmaya veya etkisini azaltmaya çalışırken probleme çözüm arayarak sorumluluk alarak ve daha sonra tekrar karşılaşmayı önleyecek tedbirler alırlar. Sorun çözme ve çözüm yollarına yoğunlaşma gibi yöntemlerle, stresli durum oluşturan etkenleri direkt değiştirmeye yönelik etkinlikleri kapsar. Bu etkinlikler, sorunu belirleme, alternatif çözümler üretme, bu alternatif çözümlerin olumlu olumsuz taraflarını değerlendirme, alternatiflerden birini seçerek uygulama gibi bilinçli süreçleri ve aktif davranış basamaklarını kapsar (41). Duygu odaklı stresle başa çıkmada bireyler, duygularını erteleme, ağlama, yeme-içme, yadsıma, kaçma-kaçınma, sosyal destek arama, problemden uzaklaşma, zihinsel olarak problemle meşgul olmama gibi davranışlar gösterirler (42). BDT temelli psikoeğitim öncesinde hem deney hem de kontrol grubunda yer alan bireylerin sorunlarıyla uğraşmaktan kaçınarak duygu odaklı bir yöntemle stresleriyle başa çıktıkları fakat BDT temelli psikoeğitim sonrasında deney grubunda yer alan bireylerin sorunlarına yönelerek problem odaklı bir yöntemle stresleriyle başa çıkarken kontrol grubunda yer alan bireylerin halen sorunlarıyla uğraşmaktan kaçınarak duygu odaklı bir yöntemle stresleriyle başa çıktıkları belirlendi. BDT temelli psikoeğitimde bireylere düşünce sürecinin (temel A (olay)-B (düşünce)-C (duygu ve davranış) modeli) nasıl gerçekleştiği, sokratik sorgulama yöntemiyle bilişsel çarpıtmalar ve otomatik düşünceleri belirleme, bunlara yönelik alternatifler üretebilecek yöntemler öğretilmesini hedeflemektedir. Bireylerin sorun çözme becerileri geliştirilerek stresle başa çıkmada problem odaklı yöntemleri kullanması konusunda bireyler desteklenmesi sağlanmaktadır.

BDT temelli psikoeğitim sonucunda deney grubunda yer alan bireylerin stresle başa çıkma ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasındaki artış, araştırmanın hipotezlerinden biri olan ‘**Panik bozukluk tanısı alan bireylere verilen BDT temelli psikoeğitim stresle başa çıkmayı artırır**’ hipotezini doğruladığı görülmüştür.

Araştırmanın sonucuna istinaden BDT temelli psikoeğitimin panik bozukluk tanısı alan bireylerin stresle başa çıkmalarını arttırmak için etkin bir psikososyal müdahale olarak kullanılabileceği söylenbilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Panik bozukluk tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmaya etkisinin belirlemek için yapılmış bu araştırmanın sonuçları;

- BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerinin orta düzeyde olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma puanlarında kontrol grubunda yer alan bireylere göre artış olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; deney grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma puanlarında ön teste göre son test puanlarında artış olduğu,
- Kontrol grubunda yer alan panik bozukluk tanılı bireylerin grup içi karşılaştırmada; psikolojik iyi oluş puanlarında ön teste göre son test puanlarında artış olduğu fakat stresle başa çıkma puanlarında ön teste göre son test puanlarında değişim olmadığı,
- BDT temelli psikoeğitim öncesinde hem deney hem de kontrol grubunda yer alan bireylerin sorunlarıyla uğraşmaktan kaçınarak duygu odaklı bir yöntemle stresleriyle başa çıktıkları fakat BDT temelli psikoeğitim sonrasında deney grubunda yer alan bireylerin sorunlarına yönelerek problem odaklı bir yöntemle stresleriyle başa çıkarken kontrol grubunda yer alan bireylerin halen sorunlarıyla uğraşmaktan kaçınarak duygu odaklı bir yöntemle stresleriyle başa çıktıkları,
- BDT temelli psikoeğitimin panik bozukluk tanılı bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerini arttırmada etkili olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Panik bozukluk tanısı alan bireylerin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma becerilerini arttırmak amacıyla tıbbi tedaviye ek olarak BDT temelli tekniklerine dayalı psikoeğitimin uygulanması,
- Panik bozukluk tanısı alan bireylerin ruhsal sağlığını geliştirmek için BDT temelli psikoeğitimin hemşirelik bakım planına aktif olarak entegre edilmesi,
- Benzer araştırmaların daha büyük örneklem gruplarında yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Hovland A, Johansen H, Sjøbø T, Vøllestad J, Nordhus IH, Pallesen S, Havik EO, Martinsen EW, Nordgreen T. A feasibility study on combining internet-based cognitive behaviour therapy with physical exercise as treatment for panic disorder—treatment protocol and preliminary results. *Cogn Behav Ther* 2015, 44(4): 275-87.
2. Elkins RM, Gallo KP, Pincus DB, Comer JS. Moderators of intensive cognitive behavioral therapy for adolescent panic disorder: the roles of fear and avoidance. *Child Adoles Ment Health* 2016, 21(1): 30–6.
3. Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Blaya C, Manfro GG, Heldt E. Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Compr Psychiatry* 2014, 55: 87–92.
4. Das K, Ghosh A, Sahoo S. Issues of the patients with panic disorder-A descriptive study. *Nurs Midwifery Res J* 2020, 16(4): 158-64.
5. Barrera TL, Norton PJ. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *J Anxiety Disord* 2009, 23: 1086–90.
6. Kaplan JS, Arnkoff DB, Glass CR, Tinsley R, Geraci M, Hernandez E, Luckenbaugh D, Drevets WC, Carlson PJ. Avoidant coping in panic disorder: a yohimbine biological challenge study. *Anxiety Stress Coping* 2012, 25(4): 425-42.
7. Katerndahl DA, Palmer RF. Independent relationships among outcomes and their predictors in subjects with panic attacks. *J Nerv Ment Dis* 2000, 188: 714-7.
8. Savoia MG, Bernik M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo* 2004, 59(6): 337–40.
9. Telef BB. Psikolojik iyi oluş ölçeği: türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2013, 28(3): 374-84.
10. Fava GA, Rafanelli C, Ottolini F, Ruini C, Cazzaro M, Grandi S. Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord* 2001, 65: 185–90.
11. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. Cope (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005, 6: 221-6.
12. Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005, 66(4): 23-7.

13. Otto MW, Pollack MH, Penava SJ, Zucker BG. Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: a clinical case series. *Behav Res Ther* 1999, 37: 763–70.
14. Nadiga DN, Hensley PL, Uhlenhuth EH. Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depress Anxiety* 2003, 17: 58–64.
15. Mcmanus F, Grey N, Shafran R. Cognitive therapy for anxiety disorders: current status and future challenges. *Behav Cogn Psychother* 2008, 36: 695–704.
16. Wesner AC, Behenk A, Finkler D, Beria, Guiaraes LSP, Manfro GG, Blaya C, Heldt E. Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy patients with panic disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2019, 33: 428–33.
17. Bruinsma A, Kampman M, Exterkate CC, Hendriks GJ. An exploratory study of “blended” cognitive behavioural therapy (cbt) for patients with a panic disorder: results and patients' experiences. *Tijdschr Psychiatr* 2016, 58(5): 361-70.
18. Otto MW, Pollack MH, Dowd SM, Hofmann SG, Pearlson G, Szuhany KL, Tolin DF. Randomized trial of d-cycloserine enhancement of cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Depress Anxiety* 2016, 33(8): 737-45.
19. Feusner J, Cameron M, Bystritsky A. Pharmacotherapy and psychotherapy for panic disorder. *Prim Psychiatry* 2005, 12(11): 49-55.
20. Poirier-Bisson J, Marchand A, Pelland ME. Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *J Nerv Ment Dis* 2013, 201: 753-9.
21. Choi YS, Lee EJ, Cho Y. The effect of korean-group cognitive behavioural therapy among patients with panic disorder in clinic settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017, 24: 28–40.
22. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007, 8: 132-9.
23. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 14. Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık, 2016: 337-361.
24. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2014: 277-310.
25. Yılmaz S. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. İçinde: Gürhan N (editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 349-394.

26. Koroğlu E. *Panik Bozukluğu Nedir? Nasıl baş edilir?*, 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2010: 25.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical of Manuel of Mental Disorder (DSM-5). Çeviri: Koroğlu E. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı)*, 1. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2013: 117-119.
28. Telef BB, Uzman E, Ergün E. Öğretmen adaylarında psikolojik iyi oluş ve değerler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turk Stud* 2013, 8: 1297-307.
29. Vancampfort D, Hert MD, Knapen J, Wampers M, Demunter H, Deckx S, Maurissen K, Probst M. State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disabil Rehabil* 2011, 33(8): 684-9.
30. Doğan U, Kaya S, Eren D. Lise öğrencilerinin risk alma davranışlarının yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluş değişkenleri ile ilişkisi. *Turk Stud* 2016, 11: 953-64.
31. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989, 4(57): 1069–81.
32. Ekşioğlu, H. İnanç veya Dünya Görüşüne Sahip Olma Tarzıyla Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.
33. Gediksiz, E. Alçakgönüllülük ile Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2013.
34. Geçgin FM, Sahranç Ü. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education* 2017, 7(4): 739-55.
35. Demirci N, Engin AO, Bakay İ, Yakut Ö. Stres ve stresi ortaya çıkaran durumların öğrenci üzerindeki etkisi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2013, 2(3): 288-96.
36. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986, 50(3): 571-9.
37. Ceylan M. Stresle Başa Çıkmada Bilişsel Stratejilerin Kullanılmasında Cinsiyet ve Kişilik Değişkeninin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psikososyal Alanlar Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2005.
38. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*, 14. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları, 2010.

39. Demir V. Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Arel Üniversitesi, 2014.
40. Ergin A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2014, 19(1): 31-7.
41. Yerlikaya E. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
42. Türküm AS. Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2002, 2(18): 25-34.
43. Yorulmaz O. Sağlık Psikolojisi. İçinde: Dirik G (editör). *Stres ve Hastalık*, 5. Baskı. Ankara, Nobel Kitapevi, 2016: 9-18.
44. Molu NG. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2008.
45. Çapık C, Durmaz H, Öztürk M. Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen etmenler: Iefkoşe örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 20(3): 208-21.
46. Trigoboff E. Cognitive and Behavioral Interventions. İçinde: Trigoboff E (editör). *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*, 3. Baskı. New Jersey, Pearson Education-Prentice Hall, 2004: 707-723.
47. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy Basic Principles And Beyond. Çeviri: Hisli Şahin N. Bilişsel *Davranışçı Terapi Temel İlkeler ve Ötesi*, 2. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001: 200-210.
48. Stuart GW. Cognitive Behavioral Therapy. İçinde: Laraia MT (editör), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7. Baskı. Philadelphia, 2001: 658-673.
49. Arslantaş, H. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde etik konular, kodlar ve standartlar. *J Psychiatr Nurs* 2015, 6(1): 47-56.
50. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D, Oishi S, Biswas-Diener R. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res* 2010, 97: 143-56.

51. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-age community sample. *J Health Soc Behav* 1980, 21(3): 219-39.
52. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry* 2006, 188–312.
53. Marchand A, Roberge P, Primiano S, Germain V. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord* 2009, 23(8): 1139-47.
54. Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Guimarães LS, Heldt E. Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping and quality of life. *Behav Cogn Psychother* 2015, 43(5): 513–25.
55. Gloster AT, Hauke C, Höfler M. Long-term stability of cognitive behavioral therapy effects for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up study. *Behav Res Ther* 2013, 51: 830–9.
56. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC. Relative effects of cbt and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and cbt somewhat better for anxiety. *Depress Anxiety* 2011, 28: 560–7.
57. Milrod B, Chambless DL, Gallop R. Psychotherapies for panic disorder: a tale of two sites. *J Clin Psychiatry* 2016, 77: 927– 35.
58. Özelsancak F. Panik Bozukluk Hastalarında İlaç Tedavisi Ve İlaçla Birlikte Bilişsel Davranışçı Terapinin Yaşam Doyumu, İş Doyumu Ve Tükenmişlik Açısından Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2018.
59. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, Gómez-Conesa A. psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010, 30(1): 37–50.
60. Başaran SK, Tekinsav Sütcü S. Panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016, 8(1): 79-94.
61. Iani L, Quinto RM, Lauriola M, Crosta ML, Pozzi G. Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: the roles of positive and negative functioning. *PLoS One* 2019, 14(11): 225-35.

62. Kim H, Kim S, Choe K, Kim JS. Effects of mandala art therapy on subjective well-being, resilience, and hope in psychiatric inpatients. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32(2): 167–73.
63. Hino T, Takeuchi T, Yamanouchi N. A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 2002, 43(4): 279-84.
64. Vitaliano PP, Katon W, Russo J, Maiuro RD, Anderson K, Jones M. Coping as an index of illness behaviour in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987, 175(2): 78-84.
65. Yamada K, Fujii I, Akiyoshi J, Nagayama H. Coping behaviour in patients with panic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004, 58(2): 173-8.
66. Hino T, Takeuchi T, Hayashi R, Ikeda M, Hanazawa H, Tomiyama G. Coping of patients with panic disorder: a pilot study. *Jpn J Psychiatr Treat* 1998, 13: 217-20.
67. Hino T, Takeuchi T, Ikeda M, Tomiyama G, Hanazawa H, Cho Y. Coping of patients with panic disorder: a study using the Lazarus Type Stress Coping Inventory. *Jpn J Psychiatr Treat* 1999, 14: 1403-7.
68. Vollrath M, Angst J. Coping and illness behavior among young adults with panic. *J Nerv Ment Dis* 1993, 181: 303–8.
69. Vitaliano PP, Katon W, Russo J, Maiuro RD, Anderson K, Jones M. Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987, 175: 78-84.
70. Borden JW, Clum GE, Broyles SE. Coping strategies and panic. *J Anxiety Disord* 1988, 2: 339–52.
71. Hoffart A, Martinsen EW. Coping strategies in major depressed, agoraphobic and comorbid inpatients: a longitudinal study. *Br J Med Psychol* 1993, 66: 143–55.
72. Cowley DS, Flick SN, Roy-Byrne PP. Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Anxiety* 1996, 2: 13–21.
73. Cox BJ, Endl N, Swinson RP, Norton GR. Situations and specific coping strategies associated with clinical and non-clinical panic attacks. *Behav Res Ther* 1992, 30: 67-9.
74. Manfro GG, Otto MW, Mcardle ET, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord* 1996, 41: 135–9.
75. Moitra E, Dyck I, Beard C, Bjornsson AS, Sibrava NJ, Weisberg RB, Keller MB. Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *J Affect Disord* 2011, 134(1–3): 373–6.
76. Hyun MS, Nam KA, Kim MA. Randomized controlled trial of a cognitivebehavioral therapy for at-risk korean male adolescents. *Arch Psychiatr Nurs* 2010, 24: 202–11.

77. Songprakun W, McCann TV. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012, 12: 1–10.
78. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clin Psychol Psychother* 2012, 19: 283–90.
79. Ramage-Morin PL. Panic disorder and coping. *Health Rep* 2004,15: 31-43.
80. Craske MG, Barlow DH. *Panic Disorder and Agoraphobia*, 4th ed. New York, Guildford Press, 2008: 1–64.
81. Meuret AE, Wolitzky-Taylor KB, Twohig MP, Craske MG. Coping skills and exposure therapy in panic disorder and agoraphobia: latest advances and future directions. *Behav Ther*, 2012, 43(2): 271-84.
82. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195: 521–31.
83. Westen D, Morrison K. A multidimensional metaanalysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69: 875–99.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1) Yaşınız nedir?

- a)18-28 b)29-39 c)40-50 d)51 ve üzeri

2) Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3) Medeni durumunuz nedir?

- a)Evli b)Bekar

4) Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) Okur- Yazar b) İlkokul c) Orta okul d)Lise e) Üniversite

5) Çalışma durumunuz nedir?

- a)Çalışıyor b)Çalışmıyor

6) Ailede ruhsal hastalığı olan başka biri var mı?

- a)Var B)Yok

7) İlk hastalık tanısını ne zaman aldınız?

- a)0-1 yıl b)2-5 yıl c)6-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

8) Tedaviniz ne kadar süredir devam etmektedir?

- a)0-1 yıl b)2-5 yıl c)6-10 yıl d)11 yıl ve üzeri

EK-3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorm m 2	Biraz Katılmıyorum 3	Kararsız m 4	Biraz Katılıyorum 5	Katılıyorm m 6	Kesinlikle Katılıyorum 7
1. Amaçlı ve önemli bir yaşam sürdürüyorum.							
2.Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir.							
3.Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim.							
4.Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum.							
5.Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim							
6.Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum.							
7.Geleceğim hakkında iyimserim							
8.İnsanlar bana saygı Duyar							

EK-4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği

Sizin için sıkıntı veya stres oluşturan olayları ve bunlar karşısında genellikle neler yaptığınızı düşünerek, aşağıdaki ifadelerin her birinin size uygunluk derecesini belirleyiniz.

Yanıtlarken her bir ifadeyi dikkatle okuyarak, sizi anlatma derecesine göre “Tamamen Uygun”, “ Oldukça Uygun”, karar veremiyorsanız “Kararsızım”, “Biraz Uygun” veya “Hiç Uygun Değil” seçeneklerinden birini seçerek, o sütundaki daireyi seçiniz. Tüm ifadeleri okuyup, eksik işaretleme yapmamaya özen gösteriniz.

Okuduğunuz cümle üzerinde uzun süre düşünmeden, içinizden gelen ilk cevabı vermeniz beklenmektedir.

	Tamamen Uygun	Oldukça Uygun	Kararsızım	Biraz Uygun	Hiç Uygun Değil
1.Dikkatimi sorundan uzaklaştırmaya çaba gösteririm.					
2.Bütün olası çözümleri aklımdan geçiririm.					
3.Olabildiğince bu konu/durumdan uzak durmaya çabalarım.					
4.Sıkıntılarımı paylaşacak birini ararım.					
5.Kendimi güçlü hissetmeye çabalarım.					
6.Sıkıntılarımı çözerken benzer durumların ortaya çıkmaması için de tedbirler alırım.					
7.Kendime ödülleri vaad ederek mücadele gücü toplarım.					
8.Problemin benim gücümle çözülebilecek yönlerini bulmaya çalışırım.					

9.Bu durumun üstesinden gelebileceğime ilişkin kendi kendimi inandırmaya çalışırım.					
10.Sıkıntılarımı çevremdeki insanlardan gizlemeye çalışırım.					
11.Sıkıntılı olduğumda, kendimi iyi hissettirecek hayaller kurarım.					
12.Problemin nedenlerini bulmaya çalışırım.					
13.Fikirlerine güvendiğim kişilere danışırım.					
14.Dini inançlarımdan güç alırım.					
15.Sorunun çözümüyle bağlantılı adaklar adarım.					
16.Yapabileceklerimi en kolaydan zora doğru sıralayarak, sıkıntılarımı çözmeye çalışırım.					
17.Sıkıntılarımı içimde tutar, kimseye anlatmam.					
18.Dostlarımla dertleşirim.					
19.Sıkıntılı bir durumla karşılaştığımda “beterin beteri var” deyip teselli bulurum.					
20.Yalnız kalmayı yeğlerim.					
21.Kitap okuma, tv-sinema izleme, ev işi-spor yapma gibi uğraşlara yönelirim.					
22.Beni rahatsız eden konuyu aklıma hiç getirmemeye çalışırım.					
23. Sıkıntılarımı güvendiğim kişilere anlatarak içimi boşaltırım.					

EK-5. BDT Katılm Belgesi

EK-6. Etik Kurul Onayı

EK-7. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

Dicle Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

EK-8. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu

Lütfen Bu Dökümanı Dikkatlice Okumak İçin Zaman Ayırınız.

Sizi Funda Kavak Budak tarafından yürütülen “Panik bozukluk tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmaya etkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma Panik bozukluk tanısı alan bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkmaya etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Katılımcı Sayısı: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 105 'dir.

Araştırmaya Katılım Süresi: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 8 haftadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onayverdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.

Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar TÜLAY YILDIRIM ÜŞENMEZ tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında size ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcilerinize derhal bildirilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı verilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeden bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve tehdit altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ

İmzası:

EK-9. Ölçek İzni