

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE
DANS VE HAREKET TEMELLİ ÇALIŞMANIN
İŞLEVSELLİK, KAYGI DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zilan KAKİ

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. D. Devran TAN

ŞUBAT 2023

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI OLAN BİREYLERDE
DANS VE HAREKET TEMELLİ ÇALIŞMANIN
İŞLEVSELLİK, KAYGI DÜZEYLERİ VE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zilan KAKİ

ORCID ID: 0000-0002-7266-7459

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez 22/02/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Devran TAN	BAŞARILI	
Dr. Öğr Üyesi Kader BAHAYİ	BAŞARILI	
Doç.Dr. Deniz Ceylan Tufan ÖZALP	BAŞARILI	

Enstitü Müdürü
Onay

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zilan KAKİ
22.02.2023



ÖNSÖZ

Birlikte düşündüğümüz ve heyecanlanabildiğimiz, her aşamada dürüstlüğü, şeffaflığı ve eşitliği hatırlatan, bilgisini ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Devran Tan' a teşekkür ederim. Bu çalışmanın var olmasını sağlayan, merak ve heyecanlarıyla bir sonbaharı birlikte geçirdiğimiz bütün katılımcılara, Bipolar Yaşam Derneğine ve heyecanımıza ortak olan Sayın Özlem Sarı' ya, çalışmamızın gerçekleşebilmesi için bize kapılarını ve kalplerini açan Çıplak Ayaklar Kumpanyası' na teşekkür ederim. Birlikte dünyayı tanımaktan keyif aldığım aynı haneyi paylaşmaktan gurur duyduğum, sabrı, sevgiyi, kabul etmeyi öğrendiğim sevgili Kaki ailesine; dostluğu ve birikimiyle birarada dans etmekten, yol almaktan ve yolumuzu aydınlatmaktan çok mutlu olduğum sevgili dostum Levent Soy'a; kıtalararası dayanışmayı ve sevgiyi yaşatan sevgili dostlarım Ömer Ogun ve Cihan Erdal' a; her soruma sakinlikle cevap veren her türlü desteğiyle beni yalnız hissettirmeyen sevgili meslektaşım Gülistan Öz' e teşekkür ederim.

Bu tezi, yazım süreci esnasında ülkemizde yaşanan deprem felaketi nedeniyle hayatlarını kaybeden tüm canlılara ve hayatta kalıp kadere inanmamakta ısrar eden soran, sorgulayan, ses çıkaran herkese ithaf ediyorum.

Zilan Kaki

22.02.2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
GİRİŞ.....	1

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1.Bipolar Bozukluk	6
1.1.1.Tanım	6
1.1.1.1. Mani	7
1.1.1.2. Hipomani	8
1.1.1.3. Depresyon	10
1.1.1.4. Siklotimi	11
1.1.2. Tarihçe	13
1.1.3. Başlangıç	15
1.1.4. Nedenler	16
1.1.5. Yaygınlık	17
1.1.6. Cinsiyet	17
1.1.7. Psikiyatrik Eş Tanılar	18
1.1.8. İntihar Riski	19
1.1.9. Remisyon Dönemi	19
1.1.10. Tedavi	20
1.1.10.1. Farmakolojik Tedavi	20

1.1.10.2. Psikososyal Destek	22
1.2. Dans ve Hareket ile Tedavi	24
1.3. Kaygı	27
1.4. Başa Çıkma Tutumları	28
1.5. İşlevsellik	29
BÖLÜM 2: YÖNTEM	31
2.1. Araştırma Modeli	31
2.2. Evren ve Örneklem	31
2.3. Veri Toplama Araçları	31
2.3.1. Demografik Bilgi Formu	31
2.3.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	32
2.3.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	32
2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	33
2.3.5. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği	33
2.4. Verilerin Toplanması	33
2.5. Verilerin Çözümlemesi	34
2.6. Dans ve Hareket Çalışması Uygulaması	34
2.6.1. Çalışmanın Aşamaları	35
2.6.1.1. Ritüel	35
2.6.1.2. Araştırma/Keşif	36
2.6.1.3. Sözlü Değerlendirme ve Paylaşım	37
BÖLÜM 3: BULGULAR	38
3.1. Demografik Özellikler	38

3.2. Karşılaştırmalı İstatistikler	48
3.3. Korelasyon Çözümlemesi Bulguları	53
3.4. Nitel İçerik Analizi Bulguları	61
TARTIŞMA	65
SONUÇ	70
KAYNAKÇA	71
EKLER	91
EK 1. Onam Formu (Deney Grubu)	91
EK 2. Onam Formu (Kontrol Grubu)	92
EK 3. Demografik Bilgi Formu	93
EK 4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	96
EK 5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	102
EK 6. Beck Anksiyete Ölçeği	105
EK 7. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği	106
EK 8. Etik Kurul Kararı	108

KISALTMALAR

APA	:	American Psychology Association
BDNF	:	Beyin Türevli Nörotrofik Faktörler
COPE-R	:	Başa Çıkma Tutumları Ölçeği
DSM	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	:	Elektrokonvülsif Terapi
HDDÖ	:	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD	:	International Classification of Diseases
NDMDA	:	Ulusal Depresif ve Manik-Depresif Birliği
STEP-BD	:	Bipolar Bozuklukta Sistematiik Tedaviyi Güçlendirme Programı
YMDÖ	:	Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: DSM V-İkiuçlu ve ilişkili Bozuklukların Sınıflandırılması	12
Tablo 2	: Grupların cinsiyete göre dağılımı	38
Tablo 3	: Grupların eğitim düzeyine göre dağılımı.....	38
Tablo 4	: Grupların çalışma durumuna göre dağılımı.....	39
Tablo 5	: Grupların gelir düzeyine göre dağılımı.....	39
Tablo 6	: Grupların kiminle yaşadığına göre dağılımı	40
Tablo 7	: Grupların medeni duruma göre dağılımı	41
Tablo 8	: Grupların çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı	41
Tablo 9	: Grupların kronik fiziksel rahatsızlıklara göre dağılımı.....	42
Tablo 10	: Grupların bipolar bozukluk dışında psikiyatrik rahatsızlıklara göre dağılımı.....	42
Tablo 11	: Grupların bipolar bozukluk tanısına göre dağılımı	43
Tablo 12	: Grupların ilk mani/depresyon atağına göre dağılımı	44
Tablo 13	: Grupların atak sıklıklarına göre dağılımı	45
Tablo 14	: Grupların geçirdiği baskın ataklara göre dağılımı	46
Tablo 15	: Grupların psikoterapi alma durumuna göre dağılımı.....	46
Tablo 16	: Normallik Testi Sonuçları	47
Tablo 17	: Grupların mani, depresyon, anksiyete ve başa çıkma yöntemleri ön test puanlarının karşılaştırılmasına yönelik t-test bulguları	49
Tablo 18	: Grupların mani, depresyon, anksiyete ve başa çıkma yöntemleri son test puanlarının karşılaştırılmasına yönelik t-test bulguları	50
Tablo 19	: Deney grubunun mani, depresyon, anksiyete ve başa çıkma yöntemleri ön ve son test puanlarının karşılaştırılmasına yönelik eşli örneklem t-test bulguları ...	51
Tablo 20	: Kontrol grubunun mani, depresyon, anksiyete ve başa çıkma yöntemleri ön ve son test puanlarının karşılaştırılmasına yönelik eşli örneklem t-test bulguları ...	52
Tablo 21	: Deney grubunun yaş, depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma stratejileri değişkenlerinin Pearson Korelasyon analizi	53
Tablo 22	: Deney grubundaki katılımcıların cinsiyetine göre, depresyon, anksiyete, mani ve başa çıkma stratejileri puanlarının Mann Whitney U testi	54
Tablo 23	: Deney grubundaki katılımcıların eğitim durumuna göre, depresyon, anksiyete, mani ve başa çıkma stratejileri puanlarının Mann Whitney U testi ...	56
Tablo 24	: Kontrol grubunun yaş, depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma stratejileri değişkenlerinin Pearson Korelasyonu analizi	57
Tablo 25	: Kontrol grubundaki katılımcıların cinsiyetine göre, depresyon, anksiyete, mani ve başa çıkma stratejileri puanlarının Mann Whitney U testi	58
Tablo 26	: Kontrol grubundaki katılımcıların eğitim durumuna göre, depresyon, anksiyete, mani ve başa çıkma stratejileri puanlarının Kruskal Wallis testi	59
Tablo 27	: Katılımcıların müdahaleyle ilgili değerlendirmelerine ilişkin bulgular.....	61

Tezin Başlığı: Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Dans ve Hareket Temelli Çalışmanın İşlevsellik, Kaygı Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumlarına Etkisi	
Tezin Yazarı: Zilan KAKİ	Danışman: Prof. Dr. Devran TAN
Kabul Tarihi: 22.02.2023	Sayfa Sayısı: vii(önkısım)+90(tez)+20(ek.)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Bu araştırmanın amacı bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın işlevsellik, kaygı ve başa çıkma tutumlarına etkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda deney ve kontrol grubundaki katılımcıların kaygı düzeyleri ve başa çıkma tutumları ön ve son test değerleri ölçülecek ve deney grubundaki katılımcıların işlevsellikteki değişimleri katılımcıların değerlendirme ve yorumları üzerinden görüşmeci tarafından yorumlanacaktır. Bu araştırmanın tasarımı nitel ve nicel olarak karma bir yaklaşımı barındırmaktadır. Nicel araştırma türleri arasında deneysel yöntemle sahip olan araştırmanın modeli kesitsel müdahale modelidir. Araştırmanın evreni 18-45 yaş arası bipolar bozukluk tanısı olan bireyler, örneklemini ise 8 deney 8 kontrol grubu olmak üzere 16 kişi oluşturmaktadır. Araştırma örneklemine remisyon dönemindeki bireyler dahil edilmiştir. Araştırma için katılımcıların demografik ve bipolar bozukluk ile alakalı bilgileri için sorular içeren Demografik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Beck Kaygı Ölçeği, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada nicel analiz bulgularında kontrol ve deney grubunun ön ve son test değerleri karşılaştırılmış ve deney grubu katılımcılarının değerlendirme ve yorumları nitel içerik analizine tabii tutulmuştur. Araştırma bulgularına bakıldığında dans ve hareket çalışması müdahalesinin deney grubu katılımcılarında başa çıkma tutumları kendine yardım alt boyutunda anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Deney grubunun son ölçüm puanlarına bakıldığında Beck Kaygı Ölçeği ile başa çıkma tutumları yaklaşım alt boyutu ile negatif yönlü, sakınma ve kaçınma alt boyutu ile pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Nitel içerik analizi bulgularına bakıldığında katılımcıların grup etkileşimi, farkındalık ve kendine yardım temalarında ortaklaştıkları ve eyleme geçme, kendini sakinleştirme, değişim, damgalanma ile mücadele, farklı bakış açısı geliştirme gibi alt kodlarda pozitif anlamda bir geri bildirim alındığı görülmüştür. Elde edilen bu veriler, alan yazından örnek çalışmalarla tartışılmış ve gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Kaygı, İşlevsellik, Başa Çıkma Tutumları, Dans, Hareket,	

The Title of Thesis: The Effect of Dance and Movement Therapy on Anxiety, Functionality, and Coping Attitudes in Individuals with Bipolar Disorder	
Author: Zilan Kaki	Supervisor: Prof. Dr. Devran TAN
Date: 22.02.2023	Nu. of Pages: vii (pre text)+90(main body)+20(app.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
The purpose of this study is to examine the effectiveness of dance and movement-based therapy on functional ability, anxiety and coping attitudes in individuals diagnosed with bipolar disorder. To achieve this goal, the pre- and post-test values of anxiety levels and coping attitudes of participants in the experimental and control groups will be measured, and the changes in functional ability of the experimental group participants will be interpreted based on the evaluations and comments of the participants. The design of the research is a cross-sectional intervention model and has a mixed qualitative and quantitative approach. The population of this study consists of individuals aged 18-45 with a diagnosis of bipolar disorder, and the sample size is 16 people consisting of 8 in the experimental group and 8 in the control group. Participants in remission phase will be included in the sample. The Demographic Information Form, Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, Beck Anxiety Scale, and Coping Attitudes Scale, containing questions about demographic information and information related to bipolar disorder, were used in the study. In the quantitative analysis findings, the pre- and post-test values of the control and experimental groups were compared, and the evaluations and comments of the experimental group participants were subjected to qualitative content analysis. Results showed that the dance and movement intervention had a significant effect on the self-help dimension of coping attitudes in the experimental group participants. When looking at the final measurement scores of the experimental group, it was found that there was a significant relationship between the Beck anxiety scale and the approach dimension of coping attitudes in a negative direction and the avoidance and escape dimension in a positive direction. When looking at the qualitative content analysis findings, it was seen that participants had a common positive feedback in group interaction, awareness, and self-help themes and subcodes such as taking action, calming down, change, fighting stigma, and developing a different perspective. The obtained data were discussed with studies from the literature and recommendations were made for future research.	
Keywords: Bipolar Disorder, Anxiety, Functionality, Coping Attitudes, Dance, Movement.	

GİRİŞ

Mani ve melankoli insanlık tarihinde ilk tanımlanan ruhsal hastalıklardan olmasına rağmen hastalığın modern anlamda şu an kullanıldığı hali ile tanımlanması 19. yy' ın sonlarını bulmuştur (Angst ve Marneros, 2001). Bipolar bozukluk oldukça yaygın, hastalık ve ölüm oranı yüksek, kişiyi etkisizleştiren bir psikiyatrik bozukluktur. Yineleyen duygudurum epizodları ile karakterize (depresyon, mani veya hipomani), kişinin hayat kalitesini etkileyebilecek, atak döneminde olası bilişsel ve psikososyal bozulmalar ile tanımlanan yaşam boyu süren ve yüksek derecede intihar riski ile ilişkili bir hastalıktır (Carvalho ve diğerleri, 2020; Gonda ve diğerleri, 2012). Bipolar bozukluğu diğer duygudurum bozukluklarından ayıran özelliği döngüsel ve tekrarlayan nitelikte olmasıdır (Carvalho ve diğerleri, 2020). Mani, yoğun ve yükselmiş duygudurum, depresyon olağan dışı üzüntü ve keder duygularının baskınlığı ile tanımlanır (Butcher, 2013:412). Karma epizod hem mani hem depresif epizod semptomlarının ister aynı gün içinde ve ya bir iki günde bir birbirine eşlik ederek en az bir hafta sürmesi durumudur (Butcher, 2013:465).

Hastalığın ortaya çıkışı açıklanmaya çalışıldığında aile yükünün ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldığı multifaktöryel model en uygun açıklama olarak düşünülmektedir (Craddock ve Sklar, 2013). Yaygınlığı değişmekle birlikte Dünya Ruh Sağlığı Araştırması Girişimi, bipolar bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığını % 2.4 olarak belirtmektedir (Yatham ve diğerleri, 2018). Hastalığın başlangıç yaşı sıklıkla geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde ve ortalama 25 yaş olarak belirtilmektedir (Yatham ve diğerleri, 2018). Bipolar bozukluğun cinsiyetler arası yaygınlığında bir fark görülmesine de literatürde baskın epizod türünün cinsiyetler arası farklılıklar olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Miquel ve diğerleri, 2010; Yazla ve diğerleri, 2012). Erken başlangıçlı durumlarda tedavi başlangıcında daha uzun bir gecikme, daha kötü depresif semptomlar ve daha yüksek anksiyete ve madde kötüye kullanımı bozukluklarının eş tanısı görülmektedir (Joslyn ve diğerleri, 2016). Bipolar bozukluğun düzenli bir yapısı olmasa da önceki epizod sayısının hastalığın epizod tekrarı riskini artırdığı belirtilmektedir (Kessing ve Andersen, 2017). İlk semptomların görülmesinden sonra pek çok kişiye bu hastalığın tanısının konması 10 yılı bulabildiği ve doğru tanı ve tedaviye kadar yaklaşık 1-4 arası alternatif tanının konduğu belirtilmektedir (Hirschfeld ve diğerleri, 2003; Scott ve Leboyer, 2011).

Bipolar bozuklukta eş tanı durumu oldukça yaygın olmakla beraber en sık belirtilen psikiyatrik eş tanılar madde kötüye kullanım bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları olarak belirtilir (Merikangas ve diğerleri, 2007).

Bipolar bozukluk tanılı kişiler hayatlarında farklı alanlarında ve önemli ölçüde fiziksel, bilişsel ve duygusal bozulmalar, toplumsal ve iş yaşamlarında işlevsellikte bozulmalar, yaşam kalitesinde düşüş gibi pek çok alanda bozulmalar yaşamaktadır (Michalak ve diğerleri, 2010).

Bipolar bozuklukta tedavi hedefi ilk aşamada akut epizodların iyileştirilmesine dönük olup, hastalığın yineleyen döngüsel özelliği göz önüne alındığında epizod tekrarını önlemeye yönelik tedaviler akut tedaviler kadar önem kazanmaktadır. Bipolar bozukluk sadece epizod dönemlerinde değil epizod arası mani/hipomani ya da depresyon tanı kriterlerinin karşılanmadığı remisyon dönemlerinde de varlığını gösteren bir hastalık olduğundan, tedavi süresince remisyon dönemindeki kalıntı semptomlara dikkat etmek ve psikoterapileri ve ilaç tedavisini birlikte düzenlemek önem kazanmaktadır (Grande ve diğerleri, 2016).

Uzun süreli bipolar bozukluk tedavisinde hastanın ilaç tedavisine uyumu oldukça önem kazanmaktadır (Zengin Eroğlu ve diğerleri, 2014). İlaç tedavisine ek ve temel olarak ilaç tedavisine uyumu artırmak, epizodlar arası süreyi uzatmak, epizod tekrar riskini azaltmak ve kalıntı semptomları iyileştirmek üzere bireysel ya da grup psikoeğitimi, aile odaklı terapiler, bilişsel davranışçı terapiler (Yatham ve diğerleri, 2018) gibi pek çok tedavi yaklaşımı geliştirilmiştir (Valls ve diğerleri, 2021).

Fiziksel aktivitenin, yapılandırılmış dans ve hareket çalışmalarının ya da dans ve hareket terapisi uygulamalarının tedavi ve tekrarı önleme süreçlerinde etkisi üzerine çalışmalar yapılmaktadır (Moylan ve diğerleri, 2013; Melo ve diğerleri, 2019; Kucyi ve diğerleri, 2010). Bipolar bozuklukta bireylerin bilişsel düzeyleri, stresle başa çıkma ve problem çözme becerileri hastalık seyrini ve işlevselliği etkileyebilmektedir. Bipolar bozukluk hastalarında hastalık süreçleri dışında işlevsellik tamamen normale dönemeyebilir. Kaygı semptomları, bipolar bozuklukta kaygı bozukluğu olarak ek tanı kriterlerini karşılarsın ya da karşılamasın remisyon döneminde de en çok devam eden semptomlardandır (Vieta ve diğerleri, 2008). Kaygı seviyesinde azalma da, hastalık seyrinde ve işlevsellik düzeyinde olumlu etki sağlayacaktır.

Melo ve diğerkleri, (2019) bipolar bozuklukta fiziksel aktivitenin etkisine baktıkları çalışmalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, fiziksel aktiviteyi hastalığın seyrinde olumlu bir faktör olarak değerlendirmiştir. Kucyi ve diğerkleri, (2010) yaptığı literatür inceleme çalışmasında aerobik ve fiziksel egzersizin bipolar bozuklukta nörobilişsel güçlendirme konusunda ek tedavi olarak uygulanabilir olduğunu değerlendirmiştir.

Araştırmanın Konusu

Bipolar tanısı olan bireylerin tanı ve tedavi süreçlerinde ilaç ve sözel psikoterapilerin yanında, sınırlandırma olmadan hareket ve dansın bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin işlevsellik, kaygı düzeyleri ve başa çıkma tutumlarına etkisi araştırılmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bipolar bozukluk yaşam boyu süren, tekrarlayan epizodlarla devam eden, remisyon dönemlerinde kalıntı semptomların devam ettiği ciddi bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Akut epizod dönemlerinde başvurulana öncelikli tedavi yöntemi ilaç kullanımı olsa da, bu akut dönemlerin yenilenmemesi ve iyilik halinin artırılabilmesi amacıyla farklı tedavi yöntemleri üzerine araştırmalar yapılmakta ve etkileri açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu araştırmanın yapılaş amacı Amerikan Psikiyatri Birliği' nin DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabına göre Bipolar I/II Bozukluğu tanısı almış bireylerin süregiden ilaç ve/veya psikoterapi tedavi sürecine ek olarak bedensel hareket kapasitesini geliştirme, çeşitleme ve bedensel ifade için yeni yollar keşfetme amacıyla yapılacak 8 haftalık çalışmanın işlevsellik, kaygı düzeyleri ve başa çıkma tutumlarına etkilerini araştırmaktır.

Araştırmanın Problemi

Bu araştırmada dans ve hareket çalışmasının bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde kaygı, işlevsellik ve başa çıkma tutumlarına bir etkisi var mıdır? sorusuna cevap aranacaktır. Belirtilen amaca göre oluşturulan alt problemler şu şekildedir:

H1 hipotezleri

- Dans ve hareket çalışmasına katılan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında daha düşük kaygı düzeyi görülecektir.
- Dans ve hareket çalışmasına katılmayan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin

araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında kaygı düzeylerinde bir değişiklik görülmeyecektir.

- Dans ve hareket çalışmasına katılan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında işlevsellik düzeylerinde pozitif bir artış görülecektir.
- Dans ve hareket çalışmasına katılmayan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında işlevsellik düzeylerinde bir değişim görülmeyecektir.
- Dans ve hareket çalışmasına katılan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında baş etme tutumlarında pozitif bir artış görülecektir.
- Dans ve hareket çalışmasına katılmayan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında baş etme tutumlarında bir değişim görülmeyecektir.

H0 Hipotezi

- Dans ve Hareket çalışmasına katılan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında kaygı düzeylerine işlevselliklerine, baş etme tutumlarına bir etkisi olmayacaktır.

Araştırmanın Önemi

Sözel terapi dışında beden ve hareket odaklı çalışmaların ve terapilerin farklı örneklem gruplarıyla etkinliklerinin araştırılması halen dünyada da devam eden bir araştırma alanıdır. Bu noktada bedene ve ifade kapasitesine odaklanma, bütüncül ve tamamlayıcı bir terapi süreci için ön görülen rehabilitasyon vazgeçilmez bir odak noktası olacaktır.

Bipolar bozukluk tanısı konulduktan sonraki süreçte ilaç kullanımı ve psikoterapi ile ilerleyen koruma tedavisinde beden ve hareket odaklı çalışma ve terapiler, tamamlayıcı ve kolaylaştırıcı bir yaklaşım olabilir.

Varsayımlar

1. Katılımcılar ölçekteki sorulara ve çalışma değerlendirmesi kısmındaki yorum ve değerlendirmede gerçek duygu ve düşüncelerini aktaracak şekilde samimiyetle cevap vermişlerdir.

2. Kullanılan ölçekler ve demografik bilgi formları geçerli ve amaca uygundur.

Sınırlılıklar

1. Araştırmanın sonuçları, araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği'nden elde edilen bulgularla sınırlıdır.
2. Araştırmanın bulguları 18 – 45 yaş aralığında, bipolar bozukluk tanısı olan araştırmanın dışlama kriterlerini karşılamadıklarını beyan eden katılımcılar ile sınırlıdır.
3. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlı olduğu için ölçeklere verilen yanıtların gerçekçi bir şekilde yansıtılmamış olma ihtimali göz önüne alınmalıdır.
4. Örneklem sayısının düşük olması nedeniyle evreni yeteri kadar temsil edememiş olabilir ve ölçülen değerlere dair geçerliliğini sorgulatabilir.
5. Çalışma süreci, çalışma içeriğinin etkisini anlamak açısından oldukça yetersiz olabileceğinden gerçek etki anlaşılamamış olabilir.

Tanımlar

Bipolar Bozukluk: Duygudurumda taşkınlık ve çökkünlük gibi iki ucun deneyimlendiği, birlikte ya da ayrı epizodlar olarak yaşanabilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (Taşkın, 2007:157).

Kaygı: Gelecekte muhtemel bir tehlike hakkında duyulan yoğun tedirginlik ve endişe durumudur (Butcher ve diğerleri, 2013:330).

İşlevsellik: Karmaşık ve çalışma kapasitesi, bağımsız yaşayabilme, boş zaman etkinliklerine katılabilme, duygusal ilişki geliştirebilme, ve çalışabilme gibi pek çok farklı alanı içeren bir kavramdır (Zarate ve diğerleri, 2000).

Başa Çıkma Tutumu: Bir kişinin karakter özelliklerini ve stres altında gözlemlenen belirli davranışlarını içeren bir kavramdır (Beutler ve diğerleri, 2001).

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Bipolar Bozukluk

1.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk, yineleyen duygudurum epizodları (depresyon, mani veya hipomani), kişinin hayat kalitesini etkileyebilecek, atak döneminde olası bilişsel ve psikososyal bozulmalar ile tanımlanan yaşam boyu süren bir hastalıktır (Carvalho ve diğerleri, 2020). 27 yıl süren bir gözlem çalışmasında hastalığın başlangıcından itibaren hastalar yaşamlarının yaklaşık olarak %19 unu duygudurum episodlarını yaşayarak geçirdikleri tahmin edilmektedir (Angst ve Preising, 1995).

Bipolar bozukluğu diğer duygudurum bozukluklarından ayıran esas özelliği, yineleyen mani ya da hipomani epizodları ve/veya depresyon epizodlarının olmasıdır (Carvalho ve diğerleri, 2020). Bipolar Bozukluk Tip 1 yükselmiş duygudurum, uyku ihtiyacında azalma, aşırı konuşkanlık, grandiozite, iritabl durum, yüksek öz güven ile kendini gösteren ve yineleyen mani ya da hipomani epizodlarının varlığı ile tanımlanır (Carvalho ve diğerleri, 2020). Baskın epizodu mani olduğunda madde kullanım bozukluğu eşliği daha yaygındır, başlangıç yaşı daha erkendir ve bipolar bozukluk tip 1 daha yaygındır (Baldessarini ve diğerleri, 2011). Bipolar tip 2 bozukluk mani yerine hipomaninin ve depresyon epizodlarının olması ile tanımlanır (Carvalho ve diğerleri, 2020). Baskın epizod türü depresyon olan hastalarda intihar oranı daha yüksek, başlangıç epizodu depresyondur ve mevsimsel döngü bipolar bozukluk tip 2’ de daha yaygındır (Colom ve diğerleri, 2006). Karma epizodun özelliği hem mani hem depresif epizod semptomlarının aynı gün içinde veya bir iki günde bir, baskın mani epizod ise belirli sayıda depresif semptomun, baskın epizod depresyon ise belirli sayıda mani semptomunun birbirine eşlik ederek en az bir hafta sürmesidir (Butcher, 2013:465). Yapılan bir yeniden gözden geçirme çalışmasında bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yaklaşık %28 inin karma epizodu deneyimlediklerini belirtmiştir (Goodwin ve Jamison, 2007:78).

Bipolar bozukluk, ‘İki uçlu Bozukluk’ olarak ilk defa ICD ve DSM tanı sistemlerinde 1980lerde yer alabilmiştir. Kutupluluk kavramı ilk defa DSM’ nin 3. Kitabında yer almıştır (APA,1980). DSM 4’ te, DSM 3’ ten farklı olarak semptomların 1 hafta değil en az 4 gün olmasını minimum kriter olarak kabul etmiştir. DSM 4 ve ICD-10 da coşkun ve

irritabl durum mani ve hipomani için başlıca semptom olarak ele alınırken, 2013' de yayımlanan DSM 5' te yükselmiş duygudurum ve artmış enerji ve etkinlik düzeyi bir kriter olarak geçmektedir (A kriteri). DSM 5' te DSM 4' ten farklı olarak Bipolar ve İlişkili Bozukluklar olarak başlık geliştirilmiştir. Ayrıca karma epizod yerine 'karma özellikli mani/hipomani ya da depresif epizod' kullanılmıştır. ICD-11 ve DSM-5 Bipolar bozukluk tanı kriterlerini, bipolar bozukluğun yaygınlığı ve Robe ve Guze 'un kriterlerine göre genişletilmiş tanı kriterlerinin geçerliliğinin ele alındığı bir yeniden gözden geçirme çalışmasında DSM-4 ile karşılaştırıldığında DSM-5 ve ICD-10 un kullanımında tanı koymada bir gecikme olabileceği ve gecikmiş tanının bipolar bozukluğa müdahalede de gecikmeler yaşatabileceğinin altını çizilmiştir (Kessing ve diğerleri, 2021).

Düzenli tedavi ve takip, psikososyal destek bipolar bozuklukta epizodların sıklığını ve epizod döneminin nasıl yaşandığını etkilemektedir. Ancak tedavinin başlayabilmesi ve kişinin yeterli desteği alabilmesi için tanının doğru ve erken konabilmesi ilk aşamadır. 1994 yılında ABD' de Ulusal Depresif ve Manik-Depresif Birliği (NDMDA) nın yürüttüğü 494 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların yüksek bir oranının (%34) 10 yılda bu tanıyı alabiliyor olduğu ve yine büyük bir kısmının başka tanılar aldığı gösterilmiştir (Lish ve diğerleri, 1994). Uzun süreli bir takip çalışmasında bir depresif epizod yaşayarak tedaviye başvuran hastaların ilk yıl yalnızca %20 sine bipolar bozukluk tanısı konabildiği belirtilmiştir (Goldberg, Harrow ve Whiteside, 2001). Hastalığın başlangıcı ve tanı konması arasında yaklaşık 5-10 yıllık bir gecikme olmaktadır (Berk ve diğerleri, 2007).

1.1.1.1. Mani

Mani, yoğun ve gerçek dışı heyecan ile yükselmiş duygudurum ve artmış motor aktivitesi ile karakterizedir (Butcher, 2013:463). Mani yaşayan kişide öforik ve coşkulu istekleri ve planları reddedildiğinde yoğun sinirlilik ve şiddet atakları yani irritabl duygudurum görülebilir (Butcher, 2013:463). Mani döneminde hastada toplumsal ve mesleki işlevsellik azalır, psikotik semptomlar eşlik edebilir, hastaneye yatış gerekebilir. DSM 5 mani dönemi tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin,

en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin, yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkatin dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. Aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örneğin, kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

1.1.1.2. Hipomani

Hipomanide mani durumunda görülen semptomlar mevcut fakat daha ılımlıdır ve mani durumundaki gibi hasta için ciddi ve yıkıcı deneyimler olmayabilir (Goodwin ve Jamison, 2007:32). Bir hipomani atağında işlevde fark edilir bir azalma görülür ancak şiddetli değildir ve hastane yatışına ihtiyaç duyulmaz. Bazı durumlarda mesleki işlevsellik, üretkenliğin artması ve mizaçta iyileşmenin etkisiyle artabilir (Grande ve diğerleri, 2016). DSM 5 hipomani dönemi tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin, yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örneğin, aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir.

1.1.1.3. Depresyon

Depresyon, olağandışı üzüntü ve keder duygularının ağır basması durumu ile karakterizedir (Butcher ve diğerleri, 2013:413). Tek kutuplu depresyon epizodundan farklı olarak bipolar bozukluk depresyon epizodunda duygudurumda daha çok kararsızlık, dalgalanma, daha çok psikotik özellik, daha çok psikomotor gerileme ve daha sık madde kötüye kullanımı görülmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007:17). Ayrıca bipolar bozuklukta depresif epizodun daha şiddetli geçtiğini ve bu nedenle işlevsellikte daha çok bozulmanın olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kessler ve diğerleri, 2007, aktaran Butcher ve diğerleri, 2013:468). DSM 5 depresyon dönem tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

A. Aynı 2 haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

1.1.1.4. Siklotimi

Siklotimik bozukluk en az 2 yıl süren ve yineleyen depresyon ve hipomani epizodlarının varlığı ile tanımlanır (Carvalho ve diğerleri, 2020). Siklotimide tam bir mani ya da depresyon epizodu gelişmemiştir, süre kriteri farklıdır ve işlevsellikte belirgin bir bozulma ve sanrı gözlemlenmez (Butcher ve diğerleri, 2013:463). DSM 5 siklotimi bozukluğu tanı kriterleri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013);

A. En az iki yıl süreyle (çocuklarda ve ergenlerde en az bir yıl süreyle), hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğu birçok dönem ve yeğin (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönem olmuştur.

B. Yukarıda sözü edilen iki yıllık dönemin (çocuklar ve ergenler için bir yıllık dönemin) en az yarısında hipomani ve depresyon dönemleri olmuştur ve kişinin, bir kezde, belirtisiz kaldığı iki aydan daha uzun bir süre olmamıştır.

C. Yeğin depresyon, mani ya da hipomani dönemi için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

D. A tanı ölçütündeki belirtiler şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiüçlü ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

E. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertirodi) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Tablo 1

DSM V TR (2014); İkiüçlü (Bipolar) ve İlişkili Bozuklukların Sınıflandırılması

BPB I: Bir ya da daha fazla mani döneminin geçirilmesi, öncesi ya da sonrasında hipomani ya da depresyon dönemi bulunabilir.

BPB II: O sırada ya da geçmişte bir major depresif dönem ile o sırada ya da geçmişte bir hipomanik dönemin varlığı.

Siklotimi Bozukluğu: Yeğin depresyon, mani ya da hipomani tanı ölçütlerini karşılamayan hipomani ve depresyon belirtilerin, en az 2 yıl süregelen bir şekilde sürmesi.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluklar: A tanı ölçütlerindeki belirtiler, madde esrikliği ya da yoksunluğunda ortaya çıkar ve madde/ilacı yol açmadığı ikiüçlü ya da ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk: A kriterlerinin belirgin bir dönem olması ve fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında başka bir sağlık sorununun doğrudan bir sonucu olduğunu göstermesi.

Tanımlanmış Diğer Bir İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar: İkiuçlu ve ilişkili bozukluklardan herhangi birinin tanı ölçütünü karşılamamasının özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır.

Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar: İkiuçlu (bipolar) bozukluk belirtileri görülür ancak herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini karşılamadığı durumlarda kullanılır.

1.1.2. Tarihçe

Bipolar bozukluk; mani, hipomani ve depresyon epizodlarının izlediği ya da iç içe geçen ciddi kronik bir duygudurum bozukluğudur (Grande ve diğerleri, 2016).

Mani ve melankoli insanlık tarihinde ilk tanımlanan hastalıklardan ikisidir (Angst ve Marneros, 2001). Çalışmalarını hayvan beyinleri üzerine yapan ilk Yunan filozoflarının materyalist görüşleri üzerine kuran, sistematik bir şekilde mani ve melankoliyi tanımlayan Hipokrat olmuştur (Angst ve Marneros, 2001). Kapadokyalı Areatus çok açık bir şekilde mani ve melankoli arasındaki bağlantıdan bahsederek (Angst ve Marneros, 2001) günümüze en yakın şekilde bipolar bozukluğu tanımlamış, mani ve melankolinin aynı kişide farklı zamanlarda gözlenebileceğini belirtmiştir (Sadock ve Sadock, 2007: 1562; Yazıcı ve Oral, 2009). 19. YY a kadar süren uzun ve karanlık olarak yorumlanan bir dönemden sonra Griesinger mani ve melankolinin döngüsel olarak düzenli bir şekilde değiştiğinden, mevsimsel duygudurum değişikliklerinden ve hızlı döngüsellikten bahsetmiştir (Angst ve Marneros, 2001; Yazıcı ve Oral, 2009).

19. yüzyıla gelene kadar bipolar bozukluk kendi başına bir hastalık olarak tanımlanamamış, 19. yüzyıla gelindiğinde Baillarger ve Falret benzer dönemlerde iki uçlu bozukluk ile ilgili farklı isimlerle benzer hastalığı tanımlayarak dile getirmişlerdir (Maj ve diğerleri, 2002:5). Bu yüzyıla kadar mani ve melankolinin tanımı çok daha geniş bırakılmış, ilk defa Falret '*folie circulaire*' olarak isimlendirdiği ayrı bir hastalık tanımını

19. yy' ın ortalarında yapmıştır (Angst ve Marneros, 2001; Yazıcı ve Oral, 2009). Falret' ten farklı olarak Baillarger '*folie a double form*' olarak isimlendirdiği bu hastalıkta döngüsel olarak birbirini takip eden mani ve melankoli epizodlarının arasındaki sürenin bu hastalık açısından önemli olmadığını vurgulamıştır (Angst ve Marneros, 2001). Bu iki önermedeki ortak nokta mani ve depresyon dönemlerinin aynı kişide yaşanıyor olmasıdır.

Bu yüzyılın sonlarına doğru Emil Kraepelin duygudurum ile alakalı bozuklukları mani-depresyon bozukluk çatısı altında birleştirmiş (Angst ve Marneros, 2001) ve hastalığın döngüsel nitelikli olduğunu, tam düzelmenin yaşandığı ara dönemlerde hastalarda farklı hastalık biçimlerinin görülebileceğini ve hastalığın ailesel yükü olduğunu vurgulayarak hastalığın zihinsel bir işlev bozukluğu olduğunu vurgulamıştır (Yazıcı ve Oral, 2009).

1966 yılında, bipolar bozukluğun yeniden doğuşu olarak nitelendirilebilecek (Pichot, 1995) iki adet kitap yayınlanmıştır; About Aetiology and Nosology of the Endogeneous Depressive Psychoses ve The Study of Bipolar and Unipolar Recurrent Depressive Psychoses. Bu iki eser de bu hastalıkta genetiğin bir faktör olarak tartışmasını yaparken öte yandan da Kraepelin tarafından birleştirici bir konsept olarak ortaya atılan manik depresif hastalığın tekrar gözden geçirilmesi konusundaki ihtiyacı vurgulamışlardır (Pichot, 1995). Bu çalışmalar tek uçlu depresif bozukluğun iki uçlu manik-depresif bozukluktan farklı olduğunu vurgulamıştır. Gözden geçirilmesi gereken farklı yönler; genetik ve cinsiyet faktörü, hastalığın gidiş ve hastalık öncesi kişilik özellikleri açısından farklılıkların ortaya konması ile olmuştur (Yazıcı ve Oral, 2009).

Jules Angst' ın 1959-1963 yılları arasında 326 hastanın katılımı ile Zürih Üniversite Hastanesi' nde yaptığı araştırmanın yayımlanan sonuçları yukarıdaki tartışmaları özetler niteliktedir. Sonrasında pek çok araştırmanın atıfta bulunduğu bu araştırmaya göre genetik ve çevresel faktörler hastalığın ortaya çıkışında karşılıklı bir etkiye sahiptir; cinsiyet farkı görülme de depresyonun kadın cinsiyeti ile bir ilişkisi mevcut olabilir, tek kutuplu depresyondan farklılıklar gösterir ve geç başlangıçlı depresyonlar tek kutuplu depresyona daha çok benzerlik göstermektedir (Angst ve Marneros, 2001).

Dunner, (1976) duygudurum bozukluklarının tek ve çift kutuplu olarak ikiye ayrıldığından ve çift kutuplu (bipolar) bozukluğun bipolar tip 1 (maninin varlığı) ve tip 2

(depresyon ve hipomaninin varlığı) şeklinde sınıflandırılmasından bahsetmektedir. Angst, (1978) makalesinde 3 tip üzerinde durmuştur; MD (nuclear) tip, hem mani hem depresyon epizodunun varlığı; Md tip, maninin varlığı (baskın mani olarak adlandırılır); Dm tip; depresyonun ve hipomaninin varlığı (baskın depresyon tip) olarak adlandırılır. Klerman, (1981) ise bipolar bozukluk altında bipolar tip 1 ve 2' yi dahil ederek 6 alt tip belirtmektedir: bipolar tip 3 ilaç (antidepresan) kullanımı ile tetiklenen maninin varlığında, bipolar tip 4 siklotiminin varlığında, bipolar tip 5 aile hikayesinde bipolar bozukluk varken depresyonun varlığı, bipolar tip 6 depresyon epizodu olmaksızın sadece mani varlığında tek kutuplu mani.

1990' lı yıllara gelindiğinde ise duygudurum bozukluklarında kutupluluk kullanımı standart haline gelmiştir (Bebbington ve Ramana, 1995).

1.1.3. Başlangıç

Yapılan gözden geçirme çalışmalarında bipolar bozukluk başlangıç yaşının 20 civarında olduğu belirtilmektedir (Carvalho ve diğerleri, 2020). Ancak, bipolar bozukluk başlangıç yaşını belirleyebilmek geçmişe dönük bir çalışmayı gerektirdiğinden güvenilir olmayabileceği gerekçesi ile kesin bir başlangıç yaşı belirlemek kısmen güvenilir olmayabilir (Angst ve Sellaro, 2000).

Bipolar tip 1 ve 2 bozukluk çoğunlukla depresyon ile başladığından ve depresyon epizodu mani ya da hipomani epizodlarından daha uzun sürdüğünden bazen bipolar bozukluk yerine majör depresyon tanısı konabiliyor olsa da bazı durumlarda olduğundan fazla bipolar bozukluk tanısı da konabilmektedir. (Carvalho ve diğerleri, 2020, Zimmerman ve diğerleri, 2008).

1996-2006 yılları arasındaki yayınları kapsayan bir gözden geçirme çalışmasında önceki epizod sayısının artması ve epizodlar arasındaki sürenin (interval) azalmasının hastalığın gidişatını yordamada ve iyileşme süresinde oldukça etkili olduğu belirtilmiştir (Altman ve diğerleri, 2006). Yine aynı çalışmada stresli yaşam olaylarının etkisi ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, stresli yaşam olaylarının atakların tekrarlanmasında etkili olduğu belirtilmiş ve ayrıca uyku döngüsü ve süresinin stresli yaşam olayları ile etkileşimi tartışılmış ve uyku saatinin azalmasının yeni bir atağın önemli bir göstergesi olabileceği

belirtirse de mani ve depresyon epizodlarının göstergelerinin benzer olmayabileceğinin de altı çizilmiştir (Altman ve diğerleri, 2006).

Psikososyal destek ve başlangıç yaşı tekrarlanma ile ilişkili olsa da gözden geçirme çalışmaları bu sonucu desteklememekte ve bu etkiler üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Altman ve diğerleri, 2006).

1.1.4. Nedenler

Bipolar bozukluk kalıtsal psikiyatrik bozukluk olsa da genetik ve çevrenin etkileşimini içeren multifaktöriyel model en uygun açıklama olarak düşünülmektedir (Craddock ve Sklar, 2013).

Bipolar bozukluğun kuşaklar arası aktarılmasında sorumlu gen ya da genleri tespit etmeye yönelik çalışmalar çok genli yapıda olduğunu göstermektedir (Butcher ve diğerleri, 2013:472). Aile, ikiz, evlat edinme, soy bağı ve hücre genetiği çalışmalarını da kapsayan gözden geçirme çalışmalarında spesifik bir gen aktarımının varlığı ile ilgili tutarlı veriler saptanamamıştır (Potash ve DePaulo, 2000; Tsuang ve diğerleri, 2004).

Bipolar bozuklukta nörokimyasal etki üzerine yapılan çalışmalarda duygudurum düzenlenmesinde norepinefrin, serotonin ve dopaminin birlikte rol oynadığı belirtilmiştir (Howland ve Thase, 1999, aktaran Butcher ve diğerleri, 2013:413; Southwick ve diğerleri,2005).

Depresyon epizodu esnasında sol prefrontal kortekste kan akışında azalma ve mani epizodu esnasında yine bu bölgede belirli alanlarda kan akışının arttığı gözlemlenmiştir (Goodwin ve Jamison, 2007:632). Ayrıca bazı gözden geçirme çalışmalarında problem çözme, plan yapma, çalışan bellek ve dikkat gibi bilişsel süreçlerin işletildiği dorsolateral prefrontal kortekste etkinlikte eksiklikler olduğuna dair veriler bulunmaktadır (Haldane ve Frangou,2004; Malhi ve diğerleri, 2004a). Tek kutuplu hastalar ve normal grup ile karşılaştırıldığında, fMRI ile yapılan bazı çalışmalarda talamus ve amigdala gibi duygusal bilgi işleme merkezlerinde etkinliğin arttığı görülmüştür (Malhi ve diğerleri, 2004b).

Yaşanan stresli olayların kişide zaten olan yatkınlığı tetiklediği ve harekete geçirdiği düşünülmektedir. Şiddetli olumsuz olaylar deneyimleyen kişilerin mani, depresyon ya da karma epizodları şiddetli olumsuz olaylar deneyimleyemeyenlere oranla üç kat daha uzun yaşadıklarını gösteren bir çalışma mevcuttur (Johnson ve Miller, 1997).

1.1.5. Yaygınlık

Bipolar bozukluğun genel popülasyon içerisindeki yaygınlık oranı tarihsel olarak dayanan tanı kriterleri ve bu tanı kriterlerini etkileyen ve değiştiren çalışmalar ile farklı tarihlerdeki çalışmalarda farklı oranlarla karşılaşsak da (Bebbington ve Ramana, 1995; Angst, 1998) bipolar bozukluk milliyet, etnik köken, sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir (Alonso ve diğerleri, 2010). Bir Dünya Ruh Sağlığı Araştırması çalışmasında bipolar bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı bipolar tip 1 için %0.6; bipolar tip 2 için %0.4; eşik altı bipolar bozukluk için %1.4 ve bipolar bozukluk spektrumu için %2.4 olarak belirtilmiştir (Merikangas ve diğerleri, 2011). Bipolar tip 1 ve 2 bozuklukları birlikte ele alındığında ABD genel nüfusunun yaklaşık %2-3 ünün bu bozukluklardan bir tanesi olduğu tahmin edilmektedir (Kupfer, 2005).

1.1.6. Cinsiyet

Her ne kadar bipolar bozukluk cinsiyetler arası eşit dağılım gösteriyor olsa da Zürih deneyini (Angst ve Marneros, 2001) izleme çalışmalarında kadınlar önemli derecede daha fazla depresif epizod gösterirken, erkekler daha fazla döngüsel epizod göstermiştir. Ancak sadece mani ya da karma epizod iki cinsiyette de benzer sıklıkta görülmüştür (Angst ve Sellaro, 2000). Bipolar bozukluk başlangıcında da erkeklerin daha çok manik epizod, kadınlarda ise depresif epizod ile başladığını ve kadınlarda hastalık boyunca hem daha sık hem daha fazla depresif dönem yaşadıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (Miquel ve diğerleri, 2010; Kawa ve diğerleri, 2005; Kennedy ve diğerleri, 2005). Kadınlarda mani dönemlerinin erkeklerde depresyon dönemlerinin daha sık olduğunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur (Yazla ve diğerleri, 2012). Bu farklı veriler hastalığın başlangıç ve gidişatını etkileyen biyolojik yapının ve işleyişinin cinsiyetten bağımsız bir şekilde işlediğini gösterebilir (Yazla ve diğerleri, 2012). Başlangıç ve gidişte cinsiyetler arası farklar araştırılmış olsa da, hastalığın belirli bir döneminde cinsiyetler

arası nasıl farkların olduğuna dair detaylı bir bilginin olmadığı da belirtilmiştir. (Yazla ve diğerleri, 2012).

1.1.7. Psikiyatrik Eş Tanılar

Bipolar bozuklukta eş zamanlı psikiyatrik tanı istisnai durum olarak değil bir norm olarak değerlendirilmektedir. (Goodwin ve Jamison, 2007:223). Ulusal Komorbidite Anketi' nin bulgularına göre bipolar bozukluk tip 1 hastalarının %95 gibi bir oranda 3 ya da daha fazla psikiyatrik eş tanı kriterini karşıladığı belirtilmiştir. Bu eş tanılardan en yaygın olanları ise kaygı bozukluğu, madde kötüye kullanımı, davranım bozukluğu, kişilik bozuklukları ve dürtü kontrol bozukluklarıdır (McElroy, 2004; Merikangas ve diğerleri, 2007). Bipolar bozuklukta eş tanı durumu tedaviye direnç, intihar riski artırarak hatalığın gidişatını etkilemektedir (Hirschfeld ve diğerleri, 2003; Schaffer ve diğerleri, 2015).

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında madde kötüye kullanım bozukluğunun bipolar bozuklukta eş tanı oranı genel popülasyonun içinde yaklaşık %33 olarak bildirilmektedir (Hunt ve diğerleri, 2016). Alkol ve madde kötüye kullanımı ile duygudurum ve kaygı bozuklukları arasındaki yaygınlık ve ilişkiyi inceleyen bir çalışma, bipolar bozukluk tip 1 hastalarının %60' ından fazlasının, bipolar bozukluk tip 2 hastalarının ise %48' inin madde bağımlılığı tanısı kriterlerini karşıladığını gösteriyor (Grant ve diğerleri, 2004).

Kaygı bozukluğu eş tanılı bipolar bozukluk, oldukça yaygın ve hastalığın gidişatını ve işlevselliği kötü etkileyen bir durumdur. Genel popülasyona oranla bipolar bozuklukta çok daha yüksek oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Freeman ve diğerleri, 2002). Klinik çalışmalar bipolar bozukluk tanılı hastaların %24 ile %56 oranı arasında en az bir kaygı bozukluğu eş tanısı aldığını ve bu oranın kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Schaffer ve diğerleri, 2012). Kaygı bozukluğu; erken başlangıç, tedaviye uyumsuzluk, intihar davranışı, madde kötüye kullanımı ve yaşam kalitesini düşürücü bir etken olarak değerlendirilir (Keller, 2006).

Bir meta analiz çalışması bipolar bozukluk tanılı hastaların yaklaşık %42 oranında ek bir kişilik bozukluğu tanısı aldığını bildirmektedir. Bu çalışmaya göre en sık konulan 3 tanı obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğudur (Friborg ve diğerleri, 2014).

Obsesif-kompulsif bozukluğun, bipolar bozukluk tanılı hastalarda %10-20 arasında eş tanı olarak konduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Amerio ve diğerleri, 2014; Nabavi ve diğerleri, 2015).

1.1.8. İntihar Riski

Bipolar bozukluk yüksek derecede intihar riski ile ilişkilidir (Gonda ve diğerleri, 2012; Tonod ve diğerleri, 2003) ve bazı ölüm oranı ile alakalı çalışmalar da bipolar bozukluğun diğer psikiyatrik tanılar içerisinde intihar ile en yüksek ilişkisi olduğunu göstermektedir (Osby ve diğerleri, 2001; Harris ve Barraclough, 1998).

Yapılan geniş bir literatür gözden geçirme çalışmasında Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların yaklaşık %6-7 gibi bir oranı intihar ettiğini, genel popülasyon ile karşılaştırıldığında da bipolar bozukluk tanısı alan hastaların 20 kat intihara daha meyilli olduklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Plans ve diğerleri, 2018; Pompili ve diğerleri, 2013).

1.1.9. Remisyon Dönemi

Uzun süreli bir duygudurum bozukluğu yaşayan bir hastanın depresyon ya da mani tanı kriterlerini karşılamadığı dönem olarak nitelendirilir (Fava ve Bech, 2016).

Bipolar bozuklukta devam eden tedaviye rağmen akut dönemleri dışında da kalıntı semptomlar görülmektedir. Remisyon dönemlerinde de kalıntı eşik altı depresyon ve mani semptom dalgalanmalarının devam ettiğini ve işlevselliğin bozulduğu belirtilmiştir (Judd ve diğerleri, 2003; Angst ve Sellaro, 2000).

Bu tedavilerin esas amacı tamamen iyileşme olmalıdır çünkü bilişsel ve sosyal işlevselliğe, hayat kalitesine ve iyi olma durumuna negatif etkisi olan bu kalıntı semptomlar hastalıkta nüksetme ihtimalini artırır (Fava, 1999).

Bipolar bozuklukta yineleyen epizod dönemlerine stresli yaşam olaylarının, biyolojik nedenlerin, sosyal ritmin bozulmasının, devam eden ilaç tedavisine uyumun bozulması gibi faktörlerin birleşerek neden olduklarını söylenmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007). Giglio ve diğerleri, (2010) akut hastalık dönemleri arasındaki remisyon

dönemlerinde sirkadyen ritimdeki bozulmanın yinelemeyi ve kişinin işlevselliğini etkilediğini belirtmişlerdir.

Bipolar bozukluğun remisyon dönemindeki psikososyal neticeleri üzerine yapılan bir literatür gözden geçirme çalışmasında bipolar bozukluk tanılı kişilerin %30-60 civarında mesleki ve sosyal anlamda yeniden tam işlevselliğe kavuşamadıklarını belirtmiştir (McQueen ve diğerleri, 2001).

Bu dönemde ilaç tedavilerine ek olarak yürütülen psikoeğitim ve psikoterapilerin ilaç tedavilerinin etkinliğini artırdığı, remisyon dönemlerini uzattığı, kalıntı belirtilerini azalttığı, işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı gibi bulgular sunulmuştur. Bu nedenlerle remisyon dönemleri tedavinin daha yoğunlaştığı ve önemli hale geldiği bir dönem olarak değerlendirilmelidir (Lam ve diğerleri, 2003; Zaretsky ve diğerleri, 2007; Scott ve diğerleri, 2001).

Bipolar bozukluk kronik ve yineleyen bir hastalık olduğundan, atak dönemlerinde ilaç tedavisini hastaya uygun düzenlemek kadar eşik altı ya da remisyon dönemindeki kalıntı belirtiler ve yineleme riskini azaltmak için farmakolojik ve psikolojik tedavi yaklaşımları önemlidir (Grande ve diğerleri, 2016).

1.1.10. Tedavi

Bipolar bozukluk tedavisinde ilk aşama hipomani, mani, depresyon ve remisyon evrelerinden hangisinde olduğuna göre tedavi ve terapi yaklaşımı değişeceğinden kişinin hangi evrede olduğunu -mani mi hipomani mi- doğru tespit etmektir ve klinisyen tedavi planı oluştururken hastanın ve aile çevresinin tıbbi ve psikiyatrik eş tanının varlığına, eski ya da güncel tedavisine, tedaviye verdiği yanıt ve hastanın tedaviye uyumuna dikkat etmelidir (Grande ve diğerleri, 2016). Akut dönemde yapılacak müdahaledeki temel amaç hastanın ve yakınlarının güvenliğini sağlamak ve en az negatif etki ile klinik ve işlevsel olarak stabil duruma getirmektir (Maçkalı, 2014). Uzun vadede temel amaç yeni epizod dönemlerini engelleyebilmek ve tedavi devam ederken işlevselliği sağlamaktır (Grande ve diğerleri, 2016).

1.1.10.1 Farmakolojik Tedavi

Antidepresanlar, duygudurum düzenleyicileri ve antipsikotikler farmakolojik tedavide kullanılan başlıca ilaç grubudur (Grande ve Vieta, 2015; Butcher, 2013). Randomize kontrollü çalışmaların bir gözden geçirme çalışmasında (2005-2007) plasebo grupları ile karşılaştırıldığında duygudurum düzenleyici ilaçların (lityum, lamotrigin, olanzapin, valproat) kullanımının bipolar bozuklukta yinelemeyi önleyici bir etkisi olduğu gösterilmiştir, ancak ayrı etki ve tolerans biçimlerinin olması nedeniyle bu ilaçların uzun süreli koruma tedavisinde tamamlayıcı rollerinin olabileceği de belirtilmiştir (Smith ve diğerleri, 2007). Antidepresan grubunun bipolar bozuklukta tedavideki yeri ve etkisi tartışılan bir konudur (Vieta, 2014). Elektrokonvülsif terapi (EKT) ise özellikle psikotik ve katatonik özellikler gösteren dirençli akut dönemlerdeki hastalarda oldukça etkili bir yöntem olarak değerlendirilir (Schoeyen ve diğerleri, 2015). Yapılan bir meta analiz çalışmasında lityum kullanımı yan etkilerine rağmen hem depresyon hem mani ataklarını önleyici en etkili yöntem olarak vurgulanmıştır (Miura ve diğerleri, 2014; Shine ve diğerleri, 2015). Lityum bipolar bozuklukta hem depresif hem mani atakların yinelenmesinin önlenmesinde halen en etkili ilaçlardan birisidir (Carvalho ve diğerleri, 2020; Severus ve diğerleri, 2004). Yine de uzun süre lityum kullanımının yan etkileri ortaya çıkabilmektedir (McKnight ve diğerleri, 2012). Özellikle uzun süreli ve yüksek dozda kullanımda böbreklerde kalıcı zarara neden olabileceğinden kullanım dozunun önemli olduğu vurgulanmaktadır (Gitlin, 2016).

Hastalık döngüsel ve yenilenebilir özellikte olduğu için doğru tanıyı koymak ve doğru tedavi sürecine başlamak kadar, atakların yaşanmadığı remisyon döneminde de tedavinin sürekliliği önemlidir (Carvalho ve diğerleri, 2020). Bu koruyucu tedavinin temel amaçları yinelemeyi önlemek, eşik altı belirtileri ortadan kaldırmak ve hastanın işlevselliğini sürdürmesini sağlamaktır (Zengin Eroğlu ve diğerleri, 2014). Hastanede 18 yıl boyunca takip edilen bipolar bozukluk hastalarında yüzde 95 oranında hastalığın yenilendiği ve ortalama 4 epizod geçirildiği gösterilmiştir (Angst, 1996). İkiüçlü bozukluk tanısı olan 100 hasta ile yapılan koruyucu sağaltımın etkisi ve klinik değişkenlerle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, hastalık dönemlerinin yineme nedenlerine bakıldığında ilaç kullanımında aksatmanın (%17,3), mevsimselliğin etkisinin (%14,7) ve stres faktörünün (%14,1) önemli derecede etkilediği belirtilmiştir (Zengin Eroğlu ve diğerleri, 2014). Koruyucu sağaltımın hastalığın gidişinde önemli olduğunu gösteren bir başka çalışmada ise sonuçlar bu kavramın halen geçerli olduğunu ve düzenli

bir koruyucu sağaltım tedavisi ile hastalıktaki geçen sürenin azaldığını göstermiş ancak bu iyi gidişre rağmen hastalığın kendiliğinden yinelenme oranlarının yüksek olması hastalığa dair yapılan müdahalelerin yetersiz kalabileceğini ve bu alanda halen yanıtlanamamış pek çok soru olduğunu yine vurgulamıştır (Zengin Eroğlu ve diğerkleri, 2014)

1.1.10.2. Psikososyal Destek

İlaç tedavisi bipolar bozukluğun klinik anlamda baş edilebilmesi için temel bir tedavi olsa da işlevsel iyileşme ve yaşam kalitesini artırmada her zaman yeterli olmayabilir (Vieta ve diğerkleri, 2013a; Vieta ve diğerkleri 2013b). Bipolar bozukluğun tedavisinde psikososyal destek psikoeğitimi, bireysel, aile ve grup psikoterapisini de kapsamaktadır (Goodwin ve Jamison, 2007:869). 1990 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından organize edilen bir toplantıda belirtildiği üzere hastalık ile alakalı davranışsal ve toplumsal uyumu kolaylaştıracak ek psikososyal terapilerin kullanımı bipolar bozukluğun tedavisinde en az gelişmiş alan olarak belirtilmiştir (Goodwin ve Jamison, 2007: 870). Ayrıca hastalığın etiolojisinde biyolojik faktörler daha baskın olsa da bipolar bozukluğun birincil göstergeleri algıda, tavırda, karakterde, duygudurumda ve bilişteki yoğun değişimler ile davranışsal ve psikolojiktir (Goodwin ve Jamison, 2007: 870).

1.1.10.2.1. Psikoeğitim

Psikoeğitim ön belirti ve epizod dönemi semptomları, tedavi seçenekleri, uyku döngüsünün ve ilaç tedavisine uyumun önemini kapsayacak şekilde hastalık hakkında eğitime odaklanır ve iki önemli problem üzerine eğilir; ilaç tedavisine uyum ve hastalığın nüksü (Goodwin ve Jamison, 2007:889). Pek çok tedavi yaklaşımı yinelenmeyi önleme ve ilaçlara uyumu artırma amacıyla geliştirilmiş (Valls ve diğerkleri, 2021) ve bu şekilde geliştirilen yöntemlerden biri olan psikoeğitim de yinelenme sıklığını hastane yatış sayısını azaltarak etkililiğini göstermiştir (Colom ve diğerkleri, 2003). Psikoeğitim uzun süreli önleyici etkiye sahiptir (Colom ve diğerkleri, 2003; Colom ve diğerkleri, 2009) ancak akut epizod dönemlerinde faydasına dair önemli bir kanıt bulunmamaktadır (Yatham ve diğerkleri, 2018). Perry ve diğerkleri, (1999) yaptığı çalışmada bireysel psikoeğitimin etkisinin kontrol grubu ile karşılaştırılarak bakıldığı çalışmada epizodların yinelenme sıklığında bir düşüşe sebep olduğu belirtilmiştir. Colom ve diğerkleri'nin, (2003) bipolar bozukluk tanılı hastalarda grup psikoterapisini ilaç tedavisine uyumu artıran ve böylece

yinelemeleri azaltan ek bir terapi yöntemi olarak değerlendirildiği görülmektedir. Psikoeğitimde kullanılan model ve içerikten bağımsız olarak terapötik iş birliğinin, empatinin kurulmasının, ve sürekli olarak semptomların gözlemlenmesinin öncelikli olduğu vurgulanmaktadır (Norcross ve Wampold, 2011).

1.1.10.2.2. Aile Odaklı Terapiler

Aile odaklı terapinin hedefi ailenin tavırları, aile içi iletişim, ve problem çözme biçimleridir (Goodwin ve Jamison, 2007:902). Aile terapisi yapılan çalışmalarda yineleme riskini azaltma ve yinelemeler arasındaki zamanı artırmada etkisi olduğu aynı zamanda aile üyelerine de pozitif etkilediği gösterilmiştir (Reinares ve diğerleri, 2008; Miklowitz ve diğerleri, 2003; Miklowitz ve diğerleri, 2000). Ayrıca yine aynı çalışmada bireysel terapi ile karşılaştırıldığında depresyon epizodunun yinelenmesinde ve semptomatolojide önemli bir azalma etkisinden bahsedilmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007:902; Miklowitz ve diğerleri, 2000).

1.1.10.2.3. Bilişsel Davranışçı Terapiler

Bilişsel davranışçı terapiler majör depresyon için geliştirilip bipolar bozukluk için adapte edilmiş bir prosedür uygulanıyor olup bipolar bozukluktaki etkinliği ile ilgili yazındaki çalışmaların sonuçları tek yönlü değildir (Yatham ve diğerleri, 2018). Bilişsel davranışçı terapinin bipolar bozukluk tedavisinde yinelemeyi önleme konusunda olumlu sonuçları olduğu vurgulanan çalışmalar mevcuttur (Lam ve diğerleri, 2003). Yine Lam ve Wong' un, (2005) yürüttüğü bir başka çalışmada duygudurum düzenleyici ilaçlar ve bilişsel terapinin birlikte uygulanması sadece duygudurum düzenleyicilerin kullanılması ile karşılaştırıldığında çok daha iyi sonuçlar göstermiştir (Goodwin ve Jamison, 2007:900). 2020 yılında hasta ve hastanın ailesine yönelik psikoeğitim, mindfulness eğitimi, bilişsel ve işlevsel gelişime yönelik stratejiler ve sağlıklı yaşam tarzı için tamamlayıcı eğitimi içeren bütünleştirici yaklaşımın çalışıldığı 12 haftalık bir çalışmanın sonuçları bütünleştirici yaklaşımın psikososyal işlevselliği remisyon dönemindeki depresif semptomlara pozitif yönde etkilediği yönündedir (Valls ve diğerleri, 2021). Öte yandan bilişsel davranışçı terapilerin etkinliğinin araştırıldığı bir başka çalışmada bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi ile karşılaştırılmış, ancak fayda sağlanan etkenin psikoterapi mi ilaç tedavisindeki düzenlemelerden

kaynaklı mı olduğu net bir şekilde tanımlanamamıştır (Miklowitz ve diğlerleri, 2007). Ayrıca bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında bipolar bozukluk hastalarında remisyon dönemindeyken grup uygulaması da yeni bir yaklaşım olmakla beraber bir çalışmada grup bilişsel davranışçı terapilerinin remisyon döneminde geçirilen zamanı uzatabildiğı belirtilmiştir (Gomes ve diğlerleri, 2011).

Bipolar bozukluğun kronik ve yineleyici doğası düşünöldüğünde en uygun uzun süreli tedavi planı farmakolojik, psikolojik ve yaşam tarzı yaklaşımlarının bir arada olduğı önleyici bir plan olması gerektiğı vurgulanmaktadır (Geddes ve Miklowitz, 2013).

Ancak Ulusal Eşzamanlı Hastalık Araştırması-Tekrarlama çalışmasında duygudurum bozukluğu tanısı almış insanların yalnızca %40' ının en az düzeyde tedavi alabildiğini göstermiştir (Wang ve diğlerleri, 2005).

1.2. Dans ve Hareket ile Tedavi

Duygudurum bozukluklarında ilaç ve psikoterapi tedavilerine ek olarak psikososyal rehabilitasyon etkili bir araç olarak görölmektedir. Bipolar bozukluk tanısında tedavi farmakolojik ve psikososyal müdahale ile sınırlı olmayan bilişsel davranışçı terapiler, işlevsel iyileştirme, aile psikoeğitimi, sosyal beceri eğitimi, korunaklı bir iş gücü oluşturulması gibi müdahalelerin kombinasyonu ile oluşturulmaktadır (Chatterton ve diğlerleri, 2017). Pek çok çalışma ilaç ve psikoterapi tedavisine ek olarak psikososyal rehabilitasyon tedavisi alan kişilerin bu ek tedaviyi almayan kişilerle karşılaştırıldığında daha iyi sonuçlar elde ettiğini göstermektedir (Tavormina ve Tavormina, 2018). Farmakolojik tedavi ve psikoterapilere rağmen hastalıkta yinelemelerin olması ya da kalıntı semptomların devam ediyor oluşu, ek ve güçlendirici tedavi yöntemleri arayışını artırmış ve fiziksel egzersiz psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yararlı bir yol olarak değerlendirilmiştir (Moylan ve diğlerleri, 2013). Bu tip çalışmaların ana amacı hastaların damgalanma ve utancın üstesinden gelmelerini sağlamak ve günlük hayata geri adapte olmalarını sağlayacak pozitif yönlerini güçlendirmektir (Tavormina ve Tavormina, 2018).

Bu çalışmalardan biri dans ve hareket terapisidir. Dans terapötik anlamda psikiyatri kliniklerinde ilk defa Marian Chace tarafından 1940 lı yıllarda kullanılmıştır (Chase,

1969). Dans hareket terapisi ampirik olarak beden-zihin ve ruhun birbirine bağılı olduğu önermesi ve kişinin duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal bütünlüğü için hareketin terapötik kullanımı üzerine kuruludur. Hareket bir egzersiz olmaktan öte bir dil olarak kullanılır (Tavormina ve Tavormina, 2018). Dans ve hareket çalışması kişinin duygusal, psikolojik ve fiziksel iyiliğini kolaylaştıran ve dışavurumsal ve davranışsal iletişimini güçlendiren terapötik etkiye sahiptir. Pek çok psikiyatrik hasta için ise sosyal izolasyon hali ve geri çekilme davranışlarının üstesinden gelmek için önemli bir yol olabilir (Heber, 1993).

Dans ve/veya hareket temelli çalışmalar hasta ya da hastalık tanısı olmayan gruplar ile de çalışılmış ve kişilerin iyilik hali, strese karşı dayanıklılık üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Hartfiel ve diğerleri, 2011). 1984 yılında modern dansın kaygı üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada spor, müzik ve sadece egzersiz grupları ile karşılaştırıldığında modern dansın kaygının azalmasında daha fazla etkisi olduğu gösterilmiştir (Leste ve Rust, 1984). Egzersiz çalışmalarının sağlıklı bireylerde ve kronik hastalığı olan bireylerde kaygı semptomlarını azalttığı görülmüştür (Herring ve diğerleri, 2010).

Dans duygusal, fiziksel ve sosyal iyi olma halini destekleyen keyif verici bir deneyim olarak ele alınabilir. Karma yöntemle yapılan bir çalışmada özgüveni destekleme ve stresle başa çıkmada bir araç olarak kullanılabileceği yorumlanmıştır (Murcia ve diğerleri, 2010).

Sanat terapileri depresyon tedavisinde önemli bir tamamlayıcı yaklaşım olarak kullanılır (Lehofer ve Stuppach, 2005, aktaran Koch ve diğerleri, 2007). 2006 yılında depresyon hastaları ile yapılan bir pilot çalışmada dans hareket çalışmasının sonuçları değerlendirilmiş ve iyilik hali, kendilik algısı, kişiler arası ilişkiler ve yaşam öyküsü algısında pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (Gunter ve Hölter, 2006, aktaran Koch ve diğerleri, 2007).

Ayrıca 2017 yılında yapılan bir çalışma da duygudurum bozukluklarında fiziksel aktivite çalışmalarının iyileşmeye olan etkisini göstermiştir (Phillips, 2017). Yaşlı insanlarla 12 hafta boyunca yapılan düşük ritimli aerobik çalışması, fiziksel egzersizin yaşlı popülasyonda hem fiziksel hem ruhsal yararları olduğunu göstermiştir (Hui ve diğerleri,

2009). Farklı dans stillerinin ruh halindeki değişimler üzerine yapılan kısa süreli bir müdahale çalışmasında, psikolojik iyilik halini geliştirdiği gösterilmiştir (McKenzie ve diğeri, 2021).

Fiziksel aktivite olarak sadece yürüme egzersizinin kullanıldığı kısa süreli bir çalışmada yürüme programına katılan bipolar bozukluk hastalarının katılmayanlara göre daha düşük depresyon ve kaygı semptomları gösterdikleri bildirilmiştir (Ng ve diğeri, 2007). Kesin süreç tam olarak bilinmese de bazı çalışmaların beyin türevli nörotrofik faktörünün (BDNF) nin beyin plastisitesini geliştirdiği ve gen ifadesini artırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur (Vega ve diğeri, 2006; Binder ve Scharfman, 2004; Tang ve diğeri, 2008; Schinder ve Poo, 2000; Lu, 2003). Egzersizin allostatik yükünü azaltarak yeni duygudurum epizodlarına karşı bir koruma sağladığı tartışılmaktadır (Zhao ve diğeri, 2008). Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında egzersizin bipolar hastalarda BDNF' nin nörojenezde artışı ve allostatik yükte azalma etkisi göstererek duygudurum ve işlevsellikte gelişme kaydedilmesinde önemli olacağı belirtilmiştir (Sylvia ve diğeri, 2010). Fiziksel egzersizin çevresel ve merkezi sinir sistemindeki antiinflatuar etkisinden ötürü bipolar bozukluğun fizyopatolojisinde iyileştirici etkisi olabileceği tartışılmıştır (Garcia ve diğeri, 2017; Kucyi ve diğeri, 2010).

Yapılan bir pilot çalışmada derin nefes egzersizlerinin bipolar bozukluk tanısı alan kişilerde anksiyete semptomlarında düşüş olduğunu göstermektedir (Serafim ve diğeri, 2019). Devam eden ilaç tedavisi ile çözülemeyen ve eşik altı değerlendirilebilecek semptomların şiddetindeki bu azalma yeni bir epizod yaşanması ihtimalini de düşürebilir şeklinde yorumlanmıştır (Serafim ve diğeri, 2019).

31 depresyon tanılı ya da eş tanılı hasta ile yapılan, 3 gruptan oluşturulan tek seferlik bir dans, müzik ve egzersiz çalışmasında sadece dans çalışmasına katılan grubun daha fazla fayda sağladığı ve depresyon skorlarında diğeri iki grup ile karşılaştırıldığında anlamlı bir düşüş olduğu gösterilmiştir (Koch ve diğeri, 2007).

Hastane yatışlı şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada dans hareket terapisinin öfke, öfkenin dışa vurumu, depresyon, kaygı ve şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarına etkisi incelenmiş, sürekli ve durumluk öfke seviyelerinde anlamlı bir azalma görülmemiştir. Bu durum dans ve hareket terapisinin hastaların duygularını

dışavurumunu teşvik ediyor olması şeklinde yorumlanmıştır. Depresyon semptomlarını azaltıcı bir etkisi olduğu öne sürülse de durumluk ve sürekli kaygıya anlamlı bir etkisi olmadığı gösterilmiş ve bu yapılan çalışmanın hastane gibi sürekli kapalı bir ortamda devam ettirildiği şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada şizofreninin pozitif semptomlarına anlamlı bir etkisi bulunmamış ancak negatif semptomlarında bir iyileşme görülmüştür (Lee ve diğerleri, 2015). Bir başka çalışma yine şizofreni hastalarında fiziksel egzersiz programının bilişsel işleyiş ve işlevselliğe olan etkisini incelemiştir (Engh ve diğerleri, 2015; Ren ve Xia, 2013).

Ancak 2015 yılında yayımlanan bir Cochrane derlemesinde dans hareket terapisinin özelde depresyon üzerinde anlamlı sonuçlar ve güvenilir veriler olmadığı; ilaç ve psikoterapi tedavisi ile tek başına bir tedavi yöntemi olarak daha efektif olarak değerlendirilemeyeceği belirtilmiştir (Meekums ve diğerleri, 2015). Bu değerlendirmenin yapılmasında çalışma sayısının az olması, örneklemelerin küçük olması, değerlendirmelerin öz bildirim gibi yöntemler üzerinden yapılması gibi açıklamalar bulunmaktadır.

1.3. Kaygı

Pek çok epidemiyolojik ve klinik araştırma kaygı bozukluğu tanısı kriterlerini karşılamasa da kaygı semptomlarının bipolar bozuklukta oldukça yaygın ve en çok öne çıkan şikayetlerden birisi olduğunu belirtmektedir. (McElroy ve diğerleri, 2001). Provencher ve diğerleri de, (2012) bu şikayetleri belirten bipolar bozukluk tanılı hastaların her zaman ayrıca kaygı bozukluğu tanısı almadıklarını belirtmiştir. (Provencher ve diğerleri, 2012). Mani ya da karma semptomlar gösteren 316 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %39 oranında kaygı semptomları gösterdikleri belirtilmiştir (Cassidy ve diğerleri, 1998). Benzer bir çalışmada da bu oran %24 civarında gösterilmiştir (Young ve diğerleri, 1993). Bipolar Bozuklukta Sistematik Tedaviyi Güçlendirme Programının (STEP-BD) verilerine göre bipolar bozuklukta kaygı semptomlarının görülme yaygınlığı %30.5 oranındadır (Simon ve diğerleri, 2004). Kaygı, intihar davranışı ile ilişkili olduğundan bipolar bozuklukta kaygıyı ele almak barındırdığı intihar riski açısından oldukça önemlidir (Young ve diğerleri, 1993; Goldberg ve Fawcett, 2012). Bipolar bozukluk ve yüksek kaygı seviyesi gösteren hastalarda intihar davranışı, alkol kötüye kullanımı ve siklotimi olma ihtimalleri daha yüksek olarak belirtilmiştir

(Tohen ve diğ erleri, 2007; Young ve diğ erleri, 1993). Bipolar bozuklukta kaygı semptomları erken başlangıç, artmış semptomatoloji, daha fazla intihar d   lemi, daha fazla hastane yatışı ile ilişkilendirilmektedir (Goes2015; Goldberg ve Fawcett, 2012; Schaffer ve diğ erleri, 2012). Major depresyon ve bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada eş tanı olarak kaygı bozukluğının bipolar bozukluk hastalarında daha sık görüldüğünü göstermiştir (Zimmerman ve diğ erleri, 2009).

Kaygı semptomları sadece akut hastalık dönemlerinde değil remisyon döneminde de en çok devam eden semptomlardır (Vieta ve diğ erleri, 2008; Faurholt-Jepsen ve diğ erleri, 2019). Bipolar bozukluk ve kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen epidemiyolojik ve klinik çalışmaların bir literatür tarama çalışmasında epizodlar arası devam eden kaygı semptomlarının işlevselliğ  ve hayat kalitesini dikkate değ r ölçüde negatif etkileyebildiğ  belirtilmiştir (Sant' Anna ve diğ erleri, 2009). Remisyon döneminde kaygı semptomları olduğunda tedaviye cevap zayıflar, kullanılan duygudurum düzenleyicilerin etkisi azalır ve ilaç tedavisine uyum azalır. (Henry ve diğ erleri, 2003, aktaran Seeberg ve diğ erleri, 2021; Keller, 2006; Perles ve diğ erleri, 2006).

Yapılan  alışmalar bipolar bozukluk tanısı olan hastaların %40-50 oranında kaygı bozukluğ  tanısı olduğ n  göstermektedir. (Boylan ve diğ erleri, 2004, aktaran Seeberg ve diğ erleri 2021; Yapıcı Eser ve diğ erleri, 2018; Lee ve Dunner, 2008; Nabavi ve diğ erleri, 2015, Pavlova ve diğ erleri, 2015). Eş tanı olarak kaygı bozukluğ  ve kaygı semptomları, k   leşmiş uzun süreli bir gidişin göstergesi olarak yorumlanmaktadır (Freeman ve diğ erleri, 2002).

1.4. Başa  ıkma Tutumları

Beutler ve diğ erleri, (2001) oldukça geniş bir kavram olan başa çıkma tutumlarını, kişinin kişilik özelliklerini, mizacını ve stres altında gözlemlenen belirli davranışlarını içerecek şeklinde özetlemiştir. Olumsuz yaşam olaylarının bipolar bozukluk başlangıcında ve atak dönemlerinin yinelenmesinde olumsuz bir etkisi olduğundan, gündelik yaşam stresi ile nasıl başa çıkıldığı duygudurumdaki dalgalanmaları yönetebilmek için önemlidir (Suh ve diğ erleri, 2020). Stresi düzenleme ve strese karşı başa çıkma tutumu geliştirme birden fazla etkiye sahip bir karar verme sürecidir. Patolojiyi anlamada ve psikoterapideki müdahalenin temellerini oluşturmada stres ile kurulan ilişkiyi anlayarak başa çıkma

tutumlarını anlamak önemlidir (Fortgang ve diğerleri, 2016). Başa çıkma karmaşık bir süreçtir ve farklı şekillerde tanımlanır: duruma bağlı tepki, strese karşı verilen tepki, karakteristik tepki, değişime karşı verilen tepki gibi (Goossens ve diğerleri, 2008). Goossens ve diğerleri, (2008) makalelerinde başa çıkma tutumları ve bipolar bozukluklar ile ilgili yayımlanmış 4 makaleyi şöyle özetliyor: Bir kişilik tipi olarak tanımlansa da başa çıkma tutumları kişinin değişmeyen bir karakter özelliği olarak yorumlanmaz. Sosyal işlevsellik kişinin iç gözü seviyesi ile ilişkilidir. Lam, Wong ve Sham, (2001) yayımladıkları makalelerinde ön belirti semptomlarını güvenilir bir şekilde tespit edip bildirebiliyorlar ve ön semptomları yaşadıkları süreç boyunca davranışsal başa çıkma stratejilerini kullanan bu hastalar önemli derecede daha az mani ve depresyon atağı nüksü yaşıyorlar. 2005 yılında yayımlanan bir gözden geçirme makalesinde ise uyarlanabilen başa çıkma tutumları ve ön semptomların erken tespitini içeren psikososyal müdahalelerin bipolar bozuklukta yararlı etkilerine dair bilimsel veriler sunulmaktadır (Lam ve Wong, 2005). Makalede bahsedilen dördüncü çalışma ise başa çıkma tutumları ve ilaç tedavisine uyum ile ilgilidir, bir başa çıkma stratejisi olarak kabullenme ve inkar etme ilaç tedavisine uyum sağlamada etkili olduğu bildirilmiştir.

Goossens ve diğerleri, (2008), çalışmalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bipolar bozukluk hastaları daha az aktif reaksiyon modeli ve daha kaçınan başa çıkma tutumları kullandıkları belirtilmiştir.

1.5. İşlevsellik

İşlevsellik çalışma kapasitesi, bağımsız yaşayabilme, boş zaman etkinliklerine katılabilme, duygusal ilişki geliştirebilme, ve çalışabilme gibi pek çok farklı alanda tanımlanan karmaşık bir kavramdır (Zarate ve diğerleri, 2000). İşlevsellikte bozulma karmaşık bir boyut olarak değerlendirilebilir ve hastanın problemlerinin farklı alanlarda ne derece kötüleşmiş olduğunu yansıtır (Beutler ve diğerleri, 2001).

Bipolar bozuklukta gidişat ve klinik belirtilerde düzelmeler sağlanabilse bile tanı alan bu kişilerin sosyal, mesleki ve kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellikleri aynı oranda düzelememektedir (McQueen ve diğerleri, 2001; Levy ve Manove, 2012; Fagiolini ve diğerleri, 2005). Remisyon döneminde iken bile sözel bellekte ve frontal yürütücü işlevler gibi bilişsel işlevlerde (Miskowiak ve diğerleri, 2018) hem de toplumsal işlevlerde bir

kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında bozulmaların devam ettiği bildirilmiştir (Bauwen ve diğerleri, 1991). Bu hastaların büyük bir kısmı toplumsal işlev bakımından hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine dönemez (Sanchez-Moreno ve diğerleri, 2009) ve mesleki işlevsellik de önemli ölçüde etkilenmektedir (Bonnin ve diğerleri, 2010).

Bipolar bozukluk hastalarında remisyon dönemindeyken devam eden eşik altı semptomlarının bilişsel ve toplumsal işlevsellik üzerine olan etkileri araştırılan bir başka çalışmada bipolar bozukluk grubunun kontrol grubuna göre toplumsal ve daha çok depresif eşik altı belirtilerle ilişkili bulunan bilişsel işlevsellikte daha fazla bozulma olduğunu göstermiştir (Kaya ve diğerleri, 2009).

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın işlevsellik, kaygı düzeyleri ve başa çıkma tutumlarına etkisinin incelendiği bu araştırmanın tasarımı nicel ve nitel yaklaşımları barındıran karma bir çalışmadır. Nicel araştırma türleri arasında deneysel yönetime sahip olan bu çalışmanın modeli kesitsel müdahaledir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmaya bipolar bozukluk tanısı olan 18-45 yaş arası 11 kadın ve 5 erkek toplam 16 kişi katılmıştır. Katılımcılar bipolar bozukluk tanısı almış (tip 1 ve 2) ilaç tedavisi ve psikoterapi desteği almakta olup remisyon döneminde oldukları değerlendirilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu ve mani ya da depresyon epizodunda olmak dışlayıcı kriter olarak belirlenmişti. Araştırma için 2022 yılının Ağustos ve Eylül aylarında Bipolar Yaşam Derneği' nin sosyal medya hesabından çalışma bilgilendirmesi yapılarak başvurular alınmıştır. Araştırmaya toplam 46 kişi başvuruda bulunmuştur. Her bir katılımcı ile Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) üzerinden değerlendirme yapılmış, çalışma süreci paylaşılmıştır. HDDÖ 7 puan, YMDÖ ise 12 puan belirlenen sınır puan üstü remisyon dönemi dışında olarak değerlendirilmiş ve çalışmaya dahil edilmemiştir. Toplam başvuru içerisinde 12 kişi deney grubu ve 9 kişi kontrol grubu olarak oluşturulmuştur. 12 kişilik deney grubundan 11 kişi ile çalışmaya başlanmış, çalışma sürecinde 3 katılımcı çalışmadan ayrılmıştır. Deney grubu 2 erkek, 6 kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Kontrol grubu 9 kişi ile başlatılmış ancak son test sürecinde 8 kişi ile süreç tamamlanmıştır. Kontrol grubu 3 erkek, 5 kadın katılımcıdan oluşmaktadır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları; Demografik Bilgi Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğidir.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından oluşturulan, katılımcıların demografik bilgileri, bipolar bozukluk tanıları ile ilgili bilgileri ve psikiyatrik ve fiziksel hastalık bilgilerini içeren 17 soruluk formdur. Form kapsamında katılımcıların cinsiyet, yaş,

eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi, kimlerle yaşadığı, medeni durumu, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olup olmadığı, kronik fiziksel ya da psikiyatrik hastalık durumu, bipolar bozukluk tanısı aldığı yıl, baskın atak çeşidi, yıllık ortalama atak sayısı, son atak dönemi, düzenli olarak kullandığı psikiyatrik ilaçlar ve psikoterapi alıp almadığı bilgisi alınmıştır.

2.3.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) 1950'lerin sonunda Max Hamilton tarafından geliştirilen derecelendirmeye dayalı bir ölçektir (Hamilton, 1960). Ölçek, görüşmeci tarafından yönlendirilen açık uçlu sorulardan oluşur. Ölçeğin uygulanmasında rehberlik etmesi amacıyla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği için Yapılandırılmış Görüşme Rehberi Janet B.W. Williams tarafından geliştirilmiştir (Williams, 1988). Ölçeğin 17 ya da 24 maddelik versiyonları bulunmakta ve farklı çalışmalarda kullanılmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007:943).

Türkiye'de ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akdemir ve diğerleri, 2001). Ölçeğin 17 madde üzerinden Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.75 ve Spearman-Brown formülüne göre iki yarım güvenilirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Akdemir ve diğerleri, 2001). HDDÖ depresyonu ölçen benzer ölçeklerle geçerliliği karşılaştırılmış ve HDDÖ nin güvenilir ve geçerli biçimde kullanılabileceği belirtilmiştir (Akdemir ve diğerleri, 2001).

Toplam puan 0 ile 50 arasında değişmektedir ve 7 ya da daha düşük puan normal, 8 ile 13 puan arası hafif şiddet, 14-18 puan arası orta şiddet, 19 ile 22 puan arası şiddetli, 23 ve üstü puan çok şiddetli olarak değerlendirilir (Sadock ve Sadock, 2007:943).

2.3.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Maninin şiddetini ölçmek için 1970 lerin sonunda R.C. Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir değerlendirme ölçeğidir (Young ve diğerleri, 1978). Görüşmeci tarafından sorular ve gözlem üzerinden 0-4 ya da 0-8 değerlerinin arasında ölçüm yapan 11 soruluk bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve diğerleri, (2001) tarafından yapılmış, Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Benzer başka mani derecelendirme ölçeği ile geçerliliği karşılaştırılmış ve güvenli bir şekilde kullanılabileceği belirtilmiştir.

Toplam puan 0-60 arasında değişir (Sadock ve Sadock, 2007:945). Yüksek puan daha şiddetli mani semptomlarının varlığına işaret eder. 0 ile 12 puan arası remisyon dönemi,

13 ile 19 puan arası minimum semptomlar, 20 ile 25 puan arası hafif mani, 26 ile 37 puan arası orta dereceli, 38 ile 60 puan arası şiddetli mani semptomları olarak yorumlanır.

2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından psikiyatri hastalarında kaygının şiddetini ölçmek için geliştirdikleri 21 soruluk bir öz bildirim anketidir (Beck ve diğerleri, 1988). Bu ölçek anksiyetenin fizyolojik, duygusal(affective) ve bilişsel belirtilerini içerir. Her bir maddedeki belirtinin kendilerini ne derece rahatsız ettiğini (0) Hiç, (1) Hafif Düzeyde, (2) Orta Düzeyde, (3) Ciddi Düzeyde seçeneklerinden birini işaretleyerek değerlendirilir. Ölçekten 0-63 arasında puan alınır. Ölçek değerlendirmesinde 8 ile 15 arası puan hafif düzeyde anksiyete semptomları, 16 ile 25 arası puan orta düzeyde, 26 ile 63 arası puan yüksek düzeyde anksiyete semptomlarının varlığı olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve diğerleri, (1998), tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.93 olarak belirtilmiştir ve uygulamaya uygun olduğu belirtilmiştir.

2.3.5. Başa Çıkma Tutumları Ölçeği

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE) Carver, Scheier ve Weintraub, (1989) tarafından 60 madde ve 15 alt boyut olarak geliştirilmiştir. Zuckerman ve Gagne, (2003) tarafından Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza (COPE-R) olarak 5 faktör ve 40 madde olarak yeniden düzenlenmiştir. 4lü likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlanması (1) Asla Böyle Yapmam, (2) Çok Az Böyle Yaparım, (3) Böyle Yaparım, (4) Çoğunlukla Böyle Yaparım şeklinde olup, yüksek puan alımı başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması şeklinde yorumlanır (Dicle ve Ersanlı, 2015).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dicle ve Ersanlı, (2015) tarafından yapılmış ve Türkçeye çevrilirken 32 maddeye düşürülmüştür. Ölçeği oluşturan maddelerin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.979 olarak bulunmuş ve kabul edilebilir düzeyde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Dicle ve Ersanlı, 2015).

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başvuran her bir kişi ile öncelikle Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği başvuranın remisyon döneminde olup çalışmaya katılımının uygunluğunu belirlemek için görüşmeci tarafından yapılmıştır. Katılım kriterlerine ve belirlenmiş olan çalışma takvimine uyan her bir katılımcı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığını, hiçbir gerekçe belirtmeden

çalışmadan ayrılma haklarının olduğu, kişisel verilerinin KVKK kapsamında araştırmacı tarafından gizli tutulacağını içeren bilgilendirmeyi okumuş ve onam formunu imzalamıştır.

Deney grubunun çalışması 2022 yılının Eylül, Ekim ve Kasım aylarına yayılacak şekilde ardışık toplam 8 hafta sürmüştür. Deney ve kontrol gruplarının ön-test değerlendirmeleri farklı zamanda başlatılmış olup iki grubunda ön test ve son test arasında 8 hafta bulunmaktadır.

Her bir katılımcı 8 hafta ara ile Beck Anksiyete Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeğini toplam iki defa doldurmuşlardır. Ayrıca deney grubu katılımcılarının 8 hafta sonunda yorumları ve değerlendirmeleri not edilmiştir.

2.5. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Deney grubu katılımcılarından alınan değerlendirme ve yorumlar için içerik analizi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma yöntemlerinin ön ve son test uygulamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının ön ve son test puanları arasındaki farkın karşılaştırılmasına eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0.05 düzeyinde alınmıştır.

2.6. Dans ve Hareket Çalışması Uygulaması

Dans ve hareket çalışması programı 8 hafta boyunca deney grubunu oluşturan katılımcılarla uygulanmıştır. Haftada iki gün olarak toplam 16 çalışmadan oluşmaktadır. Yürütücünden kaynaklı olarak bir çalışma iptal edilmiş, iptal edilen çalışma saatleri grubunda onayı ile kalan çalışmalara eklenerek toplam süre tamamlanmıştır. Her seans 1,5 saat sürecek şekilde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Çalışmalar 4er çalışma bir tema üzerinden ilerletilecek şekilde ve toplam 4 temadan oluşmaktadır. (Laban hareket eforları, her bir efor dört çalışma olacak şekilde) Her tema katılımcılar ile 2 hafta çalışılmıştır. Her seansın yapısı Garcis Plevin Yöntemi'nde önerilen seans akışı temel alınarak Ritüel (beden-zihin entegrasyonu), Yaratıcı Hareket Deneyimleri (Araştırma/Keşif), Form Verme (Birleştirme, Seçme) şeklinde kurgulanmıştır. Kaynak kitapta da belirttiği gibi çalışmanın temeli farkındalık ve yaratıcılık olacağından form verme evresi çalışmalarda

uygulanmamış, çalışmanın son bölümü yine aynı kaynaktan önerilen şekilde sözlü değerlendirme ve paylaşımına ayrılmıştır. Ritüel olarak adlandırılan bölüm bir hazırlık aşamasıdır ve beden ve zihnin uyumlanması ve aktive edilmesi amaçlanır. Kaslara, dikkate ve bilincin niteliğine de odaklanarak kurulur. (Garcia ve diğerleri, 2018:74). Araştırma/Keşif olarak adlandırılan bölümde araştırma ve keşfe yönelik yaratıcı süreç deneyimleri amaçlanır (Garcia ve diğerleri, 2018:70-72). Bu yöntem önerisinin uygulanmasında Laban Hareket Analizi-Eforlar sistemi temel alınmıştır. Bu akışın temel amacı beden farkındalığını tekrar uyandırmak ve kişinin hareket olasılıklarını keşfetmektir. Bu bölümü ‘söze dökme ve paylaşım’ bölümü takip etmiştir (Garcia ve diğerleri, 2018:73). Bu kısımda tekrar çembere dönülerek hem bedensel ve zihinsel rahatlama ve ardından sözel paylaşım bölümüne geçilmiştir.

İlk çalışmada gruba araştırma tanıtılmıştır. Ön testler uygulanmıştır. Grup kuralları ve sınırlar katılımcılar ile belirlenmiştir. İlk çalışmanın sonunda ise her bir grup kuralı için bir hareket önermeleri ve bu hareketleri birbirine bağlayarak tekrar edilebilir bir dans cümlesi oluşturmaları istenmiştir. Çalışma sonunda ortak grup kuralları ve her katılımcının kendine ait tekrar edebileceği kural hareket cümlesi oluşturulmuştur.

2.6.1. Çalışmanın Aşamaları

2.6.1.1. Ritüel

Isınma kısmı bir çemberde herkesin eşit mesafede olacağı ve birbirlerini görebilecekleri şekilde yerleştirilmiş Baum’un, (1991) önerdiği gibi sandalyelere oturarak başlatılmıştır. Hem bedensel hem zihinsel olarak sakinleşmek, rahatlamak ve bulundukları salona odaklanmaları için derin nefes egzersizleri yapılmıştır. Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda sempatik sinir sisteminde artan bir aktivite ve tersine parasempatik sinir sisteminde azalan bir aktivite olduğundan (Kapczinski ve ark., 2007, aktaran, Serafim ve diğerleri, 2019), bu egzersizler bipolar bozuklukta yardımcı bir tedavi yöntemi olabilir şeklinde yorumlanmaktadır (Serafim ve diğerleri, 2019). Derin nefes alma yalın bir gevşeme egzersizidir ve bu egzersiz duygu düzenleme, dikkat, algı ve problem çözme becerileri gibi temel anatomik yapıları nöral bağlantıların işleyişini etkiler (Brown ve diğerleri, 2013). Derin nefes egzersizleri çevresel sinir sistemindeki (PNS) aktivasyonu artırdığı belirtilmektedir (Brown ve Gerbarg, 2005).

Nefes egzersizleri ardından katılımcılardan o gün kendilerini nasıl hissettiklerini yansıtan bir hareket önerisi istenmiş ve sonrasında grup tarafından birebir icra edilmiştir. Kinestetik empati olarak da adlandırılan aynalama (hareketi ve duyguyu) yine Marian Chace'in önemli katkılarından biridir (Levy, 1988:25).

İlk 4 çalışma boyunca bu egzersizde katılımcılar isimlerini de eklemişler böylece grubun tanışması sağlanmıştır. Bu egzersiz Chace halkası olarak geçen egzersizden esinlenilmiştir.

Chace' e göre bu bölüm, hastanın önerdiği bir hareketi görmek ve grubun bunu aynalaması hastanın sözsüz ve sembolik iletişimde duygusal olarak onu görmek, anlamak ve kabul etmektir. (Levy, 1988:25,28).

Isınma kısmının sonunda sandalyelerden ayrılıp çember korunarak egzersizlere ayakta devam edilmiştir.

Burada Baum halkası ile ısınma kısmı devam ettirilmiştir. Amacı bedensel ısınmayı tamamlamak ve grubun sınırlara dikkat ederek kendi hareket alanı içerisinde üç boyutlu hareket imkanına yer açmaktır. Baum halkasında bir katılımcı yine müzik eşliğinde liderlik ederek gruba bir hareket önerir ve grup bu hareketi aynen icra eder. Müzik grubun ortak bir ritme uyup senkronize olabilmesine yardımcı olmaktadır. Ancak gruptan kullanılan müziğe birebir uymaları beklenmemiştir. Bu bölüm katılımcılar için kabullenilme ve güven oluşumuna giden önemli bir aşamadır (Baum, 1991). Grup içerisinde grubun ritmi içerisinde bir hareket önermek ve bu hareketin grup tarafından da icra edilmesi grubu birbirini ve kendisini gözlemleyen ve ortak ritimde buluşturup şekillendirme fırsatı sunmaktadır (Levy, 1988:28).

2.6.1.2. Araştırma/ Keşif

Rudolf Laban 1900lerin başında teorilerini geliştirmiş ve ancak 1950lerde dans ve hareketin terapötik kullanımına entegre edilmiştir. (Levy, 1988:133). Bu çalışmada Laban' ın bütün teorik sistemi değil sadece eforlar sistemi kullanılmıştır. Bu sistemde efor; hareketin mekan, ağırlık, zaman ve akış olmak üzere 4 farklı niteliğindeki değişimi tarif eden bir metottur, hareket 4 farklı parametre üzerinden değerlendirilir (Levy, 1988:134). Her bir efor kendi içinde element olarak adlandırılan iki zıt olanağı ve olasılığı barındırır. Kişinin *mekan* kullanımı doğrudan ve dolaylı olabilir; *ağırlık* kullanımı ağır ve

hafif olabilir, *zaman* kullanımı hızlı-ani ve yavaş olabilir, *akışı* ise bağılı ya da serbest olabilir (Levy, 1988:134). Katılımcılar bu iki ucu ve arasındaki geniş yelpazeyi deneyimlemeye davet edilir.

Her bir efor 4 çalışma boyunca ele alınmıştır. Her eforun bir unsuruna iki çalışma zamanı ayrılmıştır. Her bir unsur temel olarak gündelik hayatta en çok icra edilen ‘yürüme’ eylemi üzerinden ele alınmıştır. Her bir efor ve unsur öncelikle bu bölümde sözel olarak tarif edildikten sonra yürüme eylemi üzerinden deneyimleme çalışması başlamıştır. Her bir eforun iki uç unsurun ayrı zamanlarda ve peş peşe deneyimlenmesi ve bu deneyimin sözel ifadesine yer ayrılmıştır. Sonrasında katılımcılardan günlük jestler ve hareketler önermeleri istenmiş ve her bir unsur bu hareketler üzerinden tekrar denenmiştir. Bu bölümde Garcia ve diğerlerinin, (2018:49) önerdiği 3 tür doğaçlamadan biri olan *bir uyarandan ortaya çıkan doğaçlama yöntemi* kullanılmış, uyaran olarak bazen yürüme ya da gündelik bir eylem bazen eforun kendisi başlangıç noktası olmuştur.

2.6.1.3. Sözlü Değerlendirme ve Paylaşım

Kapanışı yine ortak ritimde ve yapıda bir egzersiz ile yapıyor olmak katılımcıya odağını tekrar bir grup olarak bütüne odaklamasına yardımcı olacağından (Levy, 1988:31) her çalışmanın kapanışı çembere tekrar dönerek yapılmıştır. Bu bölümde bedensel soğuma ve zihinsel rahatlama yine nefes egzersizleri yapılmıştır.

Kapanış için her çalışma sonunda günlük sözel kısa değerlendirme vakti ayrılmıştır. Bu bölümde katılımcılara soru, yorum, öneri ya da günün değerlendirmesini paylaşmak için alan açılmıştır. Yine bu bölüm Chace’ in amaçladığı gibi duyguların ve fikirlerin anlamlı sözel iletişime dönüşebilir hale gelmesine yardımcı olmaktadır. (Levy, 198:31).

BÖLÜM 3: BULGULAR

Bu bölümde, bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın işlevsellik, kaygı ve başa çıkma tutumlarına etkisinin belirlenmesine yönelik analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak tüm katılımcıların demografik özellikleri ile değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermedikleri ve grupların kendi içlerinde ve birbirleri ile karşılaştırmaya yönelik yapılan analizlere ve içerik analizine yer verilmiştir.

3.1. Demografik Özellikler

Tablo 2
Grupların Cinsiyete Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Cinsiyet	Erkek	2	25.0%	12.5%	3	37.5%	18.8%
	Kadın	6	75.0%	37.5%	5	62.5%	31.3%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 2’de deney ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımı incelendiğinde, deney grubunda erkekler %25.0 ve kadın katılımcıların oranı %75.0’tir. Kontrol grubunda erkekler %37.5 ve kadınlar %62.5 oranındadır.

Tablo 3
Grupların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Eğitim durumu	Lise	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	Lisans	5	62.5%	31.3%	5	62.5%	31.3%

Yüksek Okul	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
Yüksek Lisans	3	37.5%	18.8%	1	12.5%	6.3%
Toplam	8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 3’te deney ve kontrol gruplarının eğitim durumu dağılımı incelendiğinde, deney grubunda lisans mezunları %62.5 ve yüksek lisans mezunları %37.5 oranındadır. Kontrol grubunda lise mezunları %12.5; lisans mezunları %62.5; yüksek okul mezunları %12.5 ve yüksek lisans mezunları %12.5 oranındadır.

Tablo 4
Grupların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Gruplar		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Çalışma durumu	Çalışıyor	5	62.5%	31.3%	4	50.0%	25.0%
	Çalışmıyor	2	25.0%	12.5%	2	25.0%	12.5%
	Öğrenci	1	12.5%	6.3%	2	25.0%	12.5%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 4’te deney ve kontrol gruplarının çalışma durumu dağılımı incelendiğinde, deney grubunda çalışanlar %62.5, çalışmayanlar %25.0 ve öğrenciler %12.5 oranındadır. Kontrol grubunda, çalışanlar %50.0; çalışmayanlar %25.0 ve öğrenciler %25.0 oranındadır.

Tablo 5
Grupların Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Gruplar		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %

Gelir düzeyi	10000 üstünde	3	37.5%	18.8%	2	25.0%	12.5%
	7001-10000	3	37.5%	18.8%	2	25.0%	12.5%
	3001-5000	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	2001-3000	1	12.5%	6.3%	1	12.5%	6.3%
	2000 den az	1	12.5%	6.3%	2	25.0%	12.5%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 5’te deney ve kontrol gruplarının gelir düzeyi değişkeninin dağılımı incelendiğinde, deney grubunda 10000 TL’nin üzerinde gelir düzeyi olanlar %37.5; 7001-10000 TL olanlar %37.5; 2001-3000 TL arası %12.5 ve 2000 TL’den az olanlar %12.5 oranındadır. Deney grubunda, 10000 TL’nin üzerinde gelir düzeyi olanlar %25.0; 7001-10000 TL olanlar %25.0; 3001- 5000 TL arası olanlar %12.5; 2001-3000 TL arası %12.5 ve 2000 TL’den az olanlar %25.0 oranındadır.

Tablo 6
Grupların Kiminle Yaşadığına Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Kiminle yaşıyor	Çocuklarla	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	Ebeveynlerle	5	62.5%	31.3%	5	62.5%	31.3%
	Eşle veya partnerle	1	12.5%	6.3%	1	12.5%	6.3%
	Ev arkadaşlarıyla	0	0.0%	0.0%	2	25.0%	12.5%
	Yalnız	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 6’da deney ve kontrol gruplarının kiminle yaşıyor olduğu değişkeninin dağılımı incelendiğinde, deney grubunda çocuklarıyla yaşayanlar %12.5; ebeveynleriyle yaşayanlar %62.5; eşle veya partnerle yaşayan %12.5 ve yalnız yaşayanlar %12.5

oranındadır. Deney grubunda, ebeveynleriyle yaşayanlar %62.5; eşle veya partnerle yaşayanlar %12.5; ev arkadaşlarıyla yaşayanlar %25.0 oranındadır.

Tablo 7
Grupların Medeni Duruma Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Medeni durum	Bekâr	4	50.0%	25.0%	6	75.0%	37.5%
	Boşanmış	3	37.5%	18.8%	0	0.0%	0.0%
	Evli	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	İlişkisi var	0	0.0%	0.0%	2	25.0%	12.5%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 7’de deney ve kontrol gruplarının medeni durumu dağılımı incelendiğinde, deney grubunda bekarlar %50.0, boşanmış olanlar %37.5 ve evli olanlar %12.5 oranındadır. Kontrol grubunda, bekarlar %75.0 ve ilişkisi olanlar %25.0 oranındadır.

Tablo 8
Grupların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Çocuk	Evet	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	Hayır	7	87.5%	43.8%	8	100.0%	43.8%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 8’de deney ve kontrol gruplarının çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde, deney grubunda çocuğu olanlar %12.5 ve çocuğu olmayan deney grubu katılımcıların oranı %87.5’tir.. Kontrol grubunda çocuğu olmayan katılımcıların oranı %100.0’dür.

Tablo 9
Grupların Kronik Fiziksel Rahatsızlıklara Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Kronik fiziksel	Hayır	7	87.5%	43.8%	5	62.5%	31.3%
	Haşimato Tiroidi	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	Bronşit	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	Hipertiroidi Astım, Hafif İşitme Kaybı, Bacakta Platin	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	İşitme engeli	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 9’da katılımcıların kronik fiziksel rahatsızlıklarının dağılımı incelendiğinde, deney grubunda kronik rahatsızlığı olmayanların oranı %87.5’tir. İşitme engeli olanların oranı %12.5’tir. Kontrol grubunda kronik rahatsızlığı olmayanların oranı %62.5’tir. Haşimato tiroidi %12.5; bronşit %12.5; Hipertiroidi Astım, Hafif İşitme Kaybı, Bacakta Platin %12.5 oranındadır.

Tablo 10
Grupların Bipolar Bozukluk Dışında Psikiyatrik Rahatsızlıklara Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Bipolar bozukluk dışında psikiyatrik rahatsızlık	Hayır	7	87.5%	43.8%	2	25.0%	12.5%
	Anksiyete Bozukluğu	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	Anksiyete bozukluğu, Dikkat Eksikliği	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%

Borderline Bozukluğu	Kişilik	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
Kekemelik		0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
Panik Bozukluk		0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
Sosyal Borderline Bozukluğu	fobi, Kişilik	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
Yetişkin Eksikliği	Dikkat	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 10’da grupların bipolar bozukluk dışında psikiyatrik rahatsızlıklara göre dağılımı incelendiğinde, deney grubunda bipolar bozukluk dışında psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını belirtenlerin oranı %87.5’tir. Sosyal fobi ve borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların oranı %12.5’tir. Kontrol grubunda, bipolar bozukluk dışında psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını belirtenlerin oranı %25.0’tir. Anksiyete bozukluğu %12.5; anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği %12.5; borderline kişilik bozukluğu %12.5; kekemelik %12.5; panik bozukluk %12.5 ve yetişkin dikkat eksikliği %12.5 oranındadır. Bu bilgiler görüşmeci tarafından hazırlanan demografik bilgi formu üzerinden katılımcının beyanı ile alınmış, görüşmeci tarafından ek bir değerlendirme yapılmamıştır.

Tablo 11
Grupların Bipolar Bozukluk Tanısına Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Bipolar bozukluk tanısı	1 yıl önce	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	2 yıl önce	1	12.5%	6.3%	1	12.5%	6.3%
	3 yıl önce	3	37.5%	18.8%	0	0.0%	0.0%

4 yıl önce	1	12.5%	6.3%	1	12.5%	6.3%
5 yıl önce	1	12.5%	6.3%	1	12.5%	6.3%
7 yıl önce	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
8 yıl önce	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
9 yıl önce	1	12.5%	6.3%	1	12.5%	6.3%
10 yıl önce	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
16 sene önce	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
Toplam	8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 11’de katılımcıların kaç yıl önce bipolar bozukluk tanısı aldığına ilişkin dağılım verilmiştir. Deney grubunda, 2 yıl önce tanı alanlar %12.5; 3 yıl önce tanı alanlar %37.5; 4 yıl önce tanı alanlar %12.5; 5 yıl önce tanı alanlar %12.5; 9 yıl önce tanı alanlar %12.5 ve 16 sene önce tanı alanlar %12.5 oranındadır. Kontrol grubunda, 1 yıl önce tanı alanlar %12.5; 2 yıl önce tanı alanlar %12.5; 4 yıl önce tanı alanlar %12.5; 5 yıl önce tanı alanlar %12.5; 7 yıl önce tanı alanlar %12.5; 8 yıl önce tanı alanlar %12.5; 9 yıl önce tanı alanlar %12.5 ve 10 yıl önce tanı alanlar %12.5 oranındadır.

Tablo 12
Grupların Son Mani/Depresyon Atağına Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
İlk Mani/depresyon atağı	2018	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	2019	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	2020	0	0.0%	0.0%	3	37.5%	18.8%
	2021	3	37.5%	18.8%	0	0.0%	0.0%
	2022	3	37.5%	18.8%	4	50.0%	25.0%
	Belirtmemiş	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 12’de katılımcıların en son mani ya da depresyon atağı geçirdiği yıl değişkenine göre, deney grubunda en son 2018 yılında atak geçirenler %12.5; en son 2019 yılında atak geçirenler %12.5; en son 2021 yılında atak geçirenler %37.5 ve en son 2022 yılında atak geçirenler %37.5 oranındadır. Kontrol grubunda, en son 2020 yılında atak geçirenler %37.5; en son 2022 yılında atak geçirenler %50.0 ve belirtmemiş olanlar %12.5 oranındadır.

Tablo 13
Grupların Atak Sıklıklarına Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Atak sıklığı	1 mani	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	1 mani depresyon	1 2	25.0%	12.5%	3	37.5%	18.8%
	1-2 depresyon	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	2 mani	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	2 mani depresyon	5-6 0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	2-3 mani ve depresyon	1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	3 mani	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	4-5 mani depresyon	3-4 1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
	8-10 mani, depresyon	5-6 1	12.5%	6.3%	0	0.0%	0.0%
Belirtmemiş		2	25.0%	12.5%	1	12.5%	6.3%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 13’te deney ve kontrol gruplarının atak sıklıkları incelendiğinde, deney grubunda 1 mani 1 depresyon %25.0; 2-3 mani ve depresyon %12.5; 4-5 mani ve 3-4 depresyon

%12.5; 8-10 mani ve 5-6 depresyon %12.5 ve belirtmemiş olanlar %25.0 oranındadır. Kontrol grubunda 1 mani atağı %12.5; 1 mani 1 depresyon atağı %37.5; 1-2 depresyon atağı %12.5; 2 mani 5-6 depresyon %12.5; 3 mani %12.5 ve belirtmemiş olanlar %12.5 oranındadır.

Tablo 14
Grupların Baskın Atak Türüne Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Baskın atak	Depresyon	3	37.5%	18.8%	4	50.0%	25.0%
	Karma	0	0.0%	0.0%	1	12.5%	6.3%
	Mani	5	62.5%	31.3%	3	37.5%	18.8%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 14'te baskın atakların gruplardaki dağılımı incelendiğinde, deney grubunun depresyon atağı %37.5 ve mani atağı %62.5 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise depresyon %50.0, karma atak %12.5 ve mani atağı %37.5 olarak bulunmuştur.

Tablo 15
Grupların Psikoterapi Alma Durumuna Göre Dağılımı

		Gruplar					
		Deney			Kontrol		
		N	%	Toplam %	N	%	Toplam %
Psikoterapi	Evet	6	75.0%	37.5%	7	87.5%	43.8%
	Hayır	2	25.0%	12.5%	1	12.5%	6.3%
Toplam		8	100.0%	50.0%	8	100.0%	50.0%

Tablo 15’de deney ve kontrol gruplarının psikoterapi alma durumu incelendiğinde, deney grubunda psikoterapi alanlar %75.0 ve psikoterapi almayan deney grubu katılımcıların oranı %25.0’dır. Kontrol grubunda psikoterapi alanların oranı %87.5 ve almayanların oranı %12.5’tir.

Tablo 16
Normallik Testi Sonuçları

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Gruplar	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Hamilton Depresyon Ölçeği Ön Test	Deney	.195	8	.200*	.922	8	.446
	Kontrol	.244	8	.178	.813	8	.040
Hamilton Depresyon Ölçeği Son Test	Deney	.195	8	.200*	.873	8	.163
	Kontrol	.204	8	.200*	.855	8	.106
Young Mani Ölçeği Ön Test	Deney	.280	8	.065	.745	8	.007
	Kontrol	.301	8	.032	.822	8	.049
Young Mani Ölçeği Son Test	Deney	.325	8	.013	.707	8	.003
	Kontrol	.388	8	.001	.682	8	.001
Beck Anksiyete Ölçeği Ön Test	Deney	.309	8	.024	.765	8	.012
	Kontrol	.213	8	.200*	.802	8	.030
Beck Anksiyete Ölçeği Son Test	Deney	.155	8	.200*	.972	8	.913
	Kontrol	.233	8	.200*	.927	8	.493
COPE Kendine Yardım Ön Test	Deney	.159	8	.200*	.939	8	.601
	Kontrol	.126	8	.200*	.941	8	.619
COPE Kendine Yardım Son Test	Deney	.161	8	.200*	.912	8	.371
	Kontrol	.238	8	.200*	.877	8	.178
COPE Yaklaşım Ön Test	Deney	.159	8	.200*	.927	8	.491
	Kontrol	.250	8	.150	.897	8	.273
	Deney	.185	8	.200*	.956	8	.775

COPE	Yaklaşım	Kontrol	.170	8	.200*	.905	8	.320
Son Test								
COPE	Uyum	Deney	.148	8	.200*	.986	8	.985
Sağlama Ön Test		Kontrol	.200	8	.200*	.907	8	.332
COPE	Uyum	Deney	.155	8	.200*	.947	8	.679
Sağlama Son Test		Kontrol	.229	8	.200*	.933	8	.543
COPE	Sakinma	Deney	.298	8	.035	.835	8	.066
Kaçınma Ön Test		Kontrol	.151	8	.200*	.938	8	.593
COPE	Sakinma	Deney	.165	8	.200*	.903	8	.309
Kaçınma Son Test		Kontrol	.273	8	.081	.879	8	.185
COPE	Kendine	Deney	.226	8	.200*	.906	8	.326
Ceza Ön Test		Kontrol	.165	8	.200*	.919	8	.420
COPE	Kendine	Deney	.280	8	.065	.807	8	.034
Ceza Son Test		Kontrol	.194	8	.200*	.978	8	.954

Tablo 16’da normallik testi bulguları incelendiğinde, araştırmada kullanılan tüm ölçek toplam ve alt boyutların $p>0.05$ değerleri aldığı ve normal dağılım gösterdiği sonucu elde edilmiştir. Bu doğrultuda, araştırmada parametrik testlerin yapılması uygun bulunmuştur.

3.2. Karşılaştırmalı İstatistikler

Karşılaştırma Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma yöntemlerinin ön ve son test uygulamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının ön ve son test puanları arasındaki farkın karşılaştırılmasına eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0.05 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 17
Grupların Mani, Depresyon, Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumları Ön Test Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik T-Test Bulguları

	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	t	p
Hamilton Depresyon Ölçeği Ön Test	Deney	8	3.38	2.134	1.667	.118
	Kontrol	8	1.63	2.066		
Young Mani Ölçeği Ön Test	Deney	8	.75	1.035	-1.133	.276
	Kontrol	8	1.63	1.923		
Beck Anksiyete Ölçeği Ön Test	Deney	8	9.75	7.498	-.446	.662
	Kontrol	8	12.38	14.861		
COPE Kendine Yardım Ön Test	Deney	8	18.00	3.742	-.710	.489
	Kontrol	8	19.38	3.998		
COPE Yaklaşım Ön Test	Deney	8	20.50	5.904	-.233	.819
	Kontrol	8	21.00	1.414		
COPE Uyum Sağlama Ön Test	Deney	8	20.25	4.268	.700	.495
	Kontrol	8	18.75	4.301		
COPE Sakınma Kaçınma Ön Test	Deney	8	12.50	2.563	1.290	.218
	Kontrol	8	10.88	2.475		
COPE Kendine Ceza Ön Test	Deney	8	16.75	4.166	.886	.391
	Kontrol	8	14.50	5.855		

Tablo 17’de deney ve kontrol gruplarının depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları ön test puanlarının karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, deney ve kontrol gruplarının ön test skorlarında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 18
Grupların Mani, Depresyon, Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumları Son Test Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik T-Test Bulguları

Test	Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	t	p
Hamilton Depresyon Ölçeği Son Test	Deney	8	4.00	3.928	-.330	.746
	Kontrol	8	4.75	5.092		
Young Mani Ölçeği Son Test	Deney	8	1.38	1.996	-.647	.528
	Kontrol	8	2.38	3.889		
Beck Anksiyete Ölçeği Son Test	Deney	8	10.13	6.664	-1.441	.172
	Kontrol	8	16.25	10.011		
COPE Kendine Yardım Son Test	Deney	8	20.00	3.546	-.804	.435
	Kontrol	8	21.25	2.605		
COPE Yaklaşım Son Test	Deney	8	20.88	5.357	.562	.583
	Kontrol	8	19.50	4.375		
COPE Uyum Sağlama Son Test	Deney	8	21.63	4.868	1.027	.322
	Kontrol	8	19.00	5.345		
COPE Sakınma Kaçınma Son Test	Deney	8	11.50	4.986	.250	.806
	Kontrol	8	11.00	2.673		
COPE Kendine Ceza Son Test	Deney	8	16.75	3.370	.291	.775
	Kontrol	8	16.13	5.055		

Tablo 18’de deney ve kontrol gruplarının depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları son test puanlarının karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, deney ve kontrol gruplarının son test skorlarında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 19

Deney Grubunun Mani, Depresyon, Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumları Ön ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Eşli Örneklem T-Test Bulguları

Deney grubu	$\bar{x}$	N	ss	t	p
Beck Anksiyete Ölçeği Son Test	10.13	8	6.664	.140	.892
Beck Anksiyete Ölçeği Ön Test	9.75	8	7.498		
COPE Kendine Yardım Son Test	20.00	8	3.546	2.428	.046*
COPE Kendine Yardım Ön Test	18.00	8	3.742		
COPE Yaklaşım Son Test	20.88	8	5.357	.893	.402
COPE Yaklaşım Ön Test	20.50	8	5.904		
COPE Uyum Sağlama Son Test	21.63	8	4.868	1.268	.245
COPE Uyum Sağlama Ön Test	20.25	8	4.268		
COPE Sakınma Kaçınma Son Test	11.50	8	4.986	-.734	.487
COPE Sakınma Kaçınma Ön Test	12.50	8	2.563		
COPE Kendine Ceza Son Test	16.75	8	3.370	.000	1.000
COPE Kendine Ceza Ön Test	16.75	8	4.166		
Young Mani Ölçeği Son Test	1.38	8	1.996	.886	.405
Young Mani Ölçeği Ön Test	.75	8	1.035		
Hamilton Depresyon Ölçeği Son Test	4.00	8	3.928	.552	.598

Hamilton Depresyon Ölçeği Ön Test	3.38	8	2.134
-----------------------------------	------	---	-------

Tablo 19’da deney grubunun depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları ön ve son test puanlarının karşılaştırılması amacıyla eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, COPE kendine yardım alt boyutu ön ve son test skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($t=2.42$; $p<0.05$). Bulgulara göre, müdahale sonrasında COPE kendine yardım alt boyutu puanları anlamlı düzeyde artış göstermiştir.

Tablo 20
Kontrol Grubunun Mani, Depresyon, Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumları Ön ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Eşli Örneklem T-Test Bulguları

Kontrol grubu	$\bar{x}$	N	ss	t	p
Beck Anksiyete Ölçeği Son Test	16.25	8	10.011	.734	.487
Beck Anksiyete Ölçeği Ön Test	12.38	8	14.861		
COPE Kendine Yardım Son Test	21.25	8	2.605	1.397	.205
COPE Kendine Yardım Ön Test	19.38	8	3.998		
COPE Yaklaşım Son Test	19.50	8	4.375	-1.225	.260
COPE Yaklaşım Ön Test	21.00	8	1.414		
COPE Uyum Sağlama Son Test	19.00	8	5.345	.228	.826
COPE Uyum Sağlama Ön Test	18.75	8	4.301		
COPE Sakınma Kaçınma Son Test	11.00	8	2.673	.150	.885

COPE	Sakınma	10.88	8	2.475		
Kaçınma	Ön Test					
COPE	Kendine Ceza	16.13	8	5.055	1.328	.226
Son Test						
COPE	Kendine Ceza	14.50	8	5.855		
Ön Test						
Young Mani Ölçeği Son		2.38	8	3.889	.587	.576
Test						
Young Mani Ölçeği Ön		1.63	8	1.923		
Test						
Hamilton	Depresyon	4.75	8	5.092	2.163	.067
Ölçeği Son Test						
Hamilton	Depresyon	1.63	8	2.066		
Ölçeği Ön Test						

Tablo 20’de kontrol grubunun depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları ön ve son test puanlarının karşılaştırılması amacıyla eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, kontrol grubunun ön ve son test skorlarında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

3.3. Korelasyon Çözümlemesi Bulguları

Tablo 21
Deney Grubunun Yaş, Depresyon, Mani, Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumları
Değişkenlerinin Pearson Korelasyonu Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Yaş	1								
2. Post-test	-.275	1							
Hamilton									
3. Posttest Young	-.619	.820*	1						
Mani Ölçeği									
4. BAE_sontest	-.109	.546	.211	1					

5. Kendine yardım_son test	-.073	.051	.182	-.562	1				
6. Yaklaşım_sontest	.263	-.577	-.423	-.864**	.384	1			
7. Uyum sağlama_sontest	-.185	-.276	-.028	-.703	.166	.809*	1		
8. Sakınma kaçınma_sontest	-.266	.605	.409	.772*	-.331	-.928**	-.656	1	
9. Kendine ceza_sontest	.270	.561	.228	.676	-.120	-.801*	-.886**	.765*	1

**p<0.01 *p<0.05

Tablo 21’de deney grubunun son ölçüm puanlarının Pearson korelasyonu incelendiğinde, deney grubunun yaşı ile depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları boyutları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Hamilton depresyon ölçeği son ölçüm puanları ile Young mani ölçeği son ölçüm puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r=.82$; $p<0.05$). Beck Anksiyete ölçeği ile başa çıkma tutumları yaklaşım alt boyutu ($r=-.86$; $p<0.01$) negatif yönlü; sakınma ve kaçınma alt boyutu ($r=.77$; $p<0.05$) pozitif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Tablo 22
Deney Grubundaki Katılımcıların Cinsiyetine Göre, Depresyon, Anksiyete, Mani ve Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Mann Whitney U Testi

Post-test	Cinsiyet	N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
PosttestHamilton	Kadın	6	4.92	29.50	3.500	.399
	Erkek	2	3.25	6.50		
	Toplam	8				
PosttestYoung	Kadın	6	4.83	29.00	4.000	.483
	Erkek	2	3.50	7.00		
	Toplam	8				

	Kadın	6	4.42	26.50	5.500	.867
beck_sontest	Erkek	2	4.75	9.50		
	Toplam	8				
	Kadın	6	5.33	32.00	1.000	.092
Kendineyardım_sontest	Erkek	2	2.00	4.00		
	Toplam	8				
	Kadın	6	4.33	26.00	5.000	.737
Yaklaşım_sontest	Erkek	2	5.00	10.00		
	Toplam	8				
	Kadın	6	4.08	24.50	3.500	.402
Uyumsağlama_sontest	Erkek	2	5.75	11.50		
	Toplam	8				
	Kadın	6	5.00	30.00	3.000	.311
Sakınmakaçınma_sontest	Erkek	2	3.00	6.00		
	Toplam	8				
	Kadın	6	5.33	32.00	1.000	.092
Kendineceza_sontest	Erkek	2	2.00	4.00		
	Toplam	8				

Tablo 22’de deney grubunun cinsiyete göre depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları son ölçüm puanlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bulgulara göre, deney grubundaki kadın ve erkek katılımcıların puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23
Deney Grubundaki Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre, Depresyon, Anksiyete, Mani ve Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Mann Whitney U Testi

Post-test	Eğitim durumu	N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
PosttestHamilton	Lisans	4	3.88	15.50	5.500	.465
	Yüksek lisans	4	5.13	20.50		
	Toplam	8				
PosttestYoung	Lisans	4	4.25	17.00	7.000	.762
	Yüksek lisans	4	4.75	19.00		
	Toplam	8				
beck_sontest	Lisans	4	4.50	18.00	8.000	1.000
	Yüksek lisans	4	4.50	18.00		
	Toplam	8				
Kendineyardım_sontest	Lisans	4	3.38	13.50	3.500	.189
	Yüksek lisans	4	5.63	22.50		
	Toplam	8				
Yaklaşım_sontest	Lisans	4	4.13	16.50	6.500	.663
	Yüksek lisans	4	4.88	19.50		
	Toplam	8				
Uyumsağlama_sontest	Lisans	4	4.88	19.50	6.500	.663
	Yüksek lisans	4	4.13	16.50		
	Toplam	8				
Sakınmakaçınma_sontest	Lisans	4	4.75	19.00	7.000	.770

	Yüksek lisans	4	4.25	17.00		
	Toplam	8				
	Lisans	4	3.75	15.00	5.000	.381
Kendineceza_sontest	Yüksek lisans	4	5.25	21.00		
	Toplam	8				

Tablo 23’de deney grubunun eğitim durumuna göre depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları son ölçüm puanlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bulgulara göre, deney grubundaki kadın ve erkek katılımcıların puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24
Kontrol Grubunun Yaş, Depresyon, Mani, Anksiyete ve Başa Çıkma Tutumları
Değişkenlerinin Pearson Korelasyonu Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Yaş	1								
2. PosttestHamilton	-.477	1							
3. PosttestYoung	-.570	.135	1						
4. beck_sontest	-.463	.094	.408	1					
5. Kendineyardım_sontest	-.464	-.242	.596	-.173	1				
6. Yaklaşım_sontest	.021	-.802*	.466	.117	.639	1			
7. Uyumsağlama_sontest	.312	-.908**	.151	.251	.195	.867**	1		
8. Sakınmakaçınma_sontest	-.246	.441	-.151	.043	-.123	-.525	-.480	1	
9. Kendineceza_sontest	-.600	.634	.550	.426	.203	-.255	-.481	.402	1

** $p<0.01$ * $p<0.05$

Tablo 24’te kontrol grubunun son ölçüm puanlarının Pearson korelasyonu incelendiğinde, deney grubunun yaşı ile depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları boyutları

arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği son ölçüm puanları ile başa çıkma tutumları yaklaşım ($r=-.80$; $p<0.05$) ve uyum sağlama ($r=-.90$; $p<0.01$) negatif yönlü ve anlamlı ilişkili bulunmuştur. Young mani ölçeği ve anksiyete puanları ile başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 25
Kontrol Grubundaki Katılımcıların Cinsiyetine Göre, Depresyon, Anksiyete, Mani ve Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Mann Whitney U Testi

Post-test	Cinsiyet	N	Ort. Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
PosttestHamilton	Kadın	5	3.10	15.50	.500	.031*
	Erkek	3	6.83	20.50		
	Toplam	8				
PosttestYoung	Kadın	5	4.80	24.00	6.000	.631
	Erkek	3	4.00	12.00		
	Toplam	8				
beck_sontest	Kadın	5	4.20	21.00	6.000	.647
	Erkek	3	5.00	15.00		
	Toplam	8				
Kendineyardım_sontest	Kadın	5	5.30	26.50	3.500	.227
	Erkek	3	3.17	9.50		
	Toplam	8				
Yaklaşım_sontest	Kadın	5	6.00	30.00	.000	.024*
	Erkek	3	2.00	6.00		
	Toplam	8				
Uyumsağlama_sontest	Kadın	5	5.30	26.50	3.500	.230
	Erkek	3	3.17	9.50		

	Toplam	8				
	Kadın	5	4.00	20.00	5.000	.445
Sakinmakaçınma_sontest	Erkek	3	5.33	16.00		
	Toplam	8				
	Kadın	5	4.30	21.50	6.500	.764
Kendineceza_sontest	Erkek	3	4.83	14.50		
	Toplam	8				

**p<0.01

*p<0.05

Tablo 25'te kontrol grubunun cinsiyete göre depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları son ölçüm puanlarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bulgulara göre, Hamilton depresyon puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir (U=.500; p=0.34; p<0.05). Kontrol grubundaki erkek katılımcıların depresyon puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, başa çıkma tutumları yaklaşım alt boyut puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir (U=.0005; p=0.24; p<0.05). Kontrol grubundaki kadın katılımcıların yaklaşım alt boyut puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 26

Kontrol Grubundaki Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre, Depresyon, Anksiyete, Mani ve Başa Çıkma Tutumları Puanlarının Kruskal Wallis Testi

Post-test	Eğitim durumu	N	Ort. Sırası	X2	sd	p
PosttestHamiltonDepresyon	Lise	1	4.00			
	Lisans	6	5.00	1.418	2	.492
	Yüksek lisans	1	2.00			
	Toplam	8				
PosttestYoungMani	Lise	1	5.50			
	Lisans	6	4.17	.511	2	.774

	Yüksek lisans	1	5.50			
	Toplam	8				
BeckAnksiyete_sontest	Lise	1	6.00			
	Lisans	6	4.67	1.517	2	.468
	Yüksek lisans	1	2.00			
	Toplam	8				
Kendineyardım_sontest	Lise	1	4.50			
	Lisans	6	4.17	.797	2	.671
	Yüksek lisans	1	6.50			
	Toplam	8				
Yaklaşım_sontest	Lise	1	5.00			
	Lisans	6	4.08	.903	2	.637
	Yüksek lisans	1	6.50			
	Toplam	8				
Uyumsağlama_sontest	Lise	1	3.50			
	Lisans	6	4.25	1.286	2	.526
	Yüksek lisans	1	7.00			
	Toplam	8				
Sakınmakaçınma_sontest	Lise	1	8.00			
	Lisans	6	3.67	3.267	2	.195
	Yüksek lisans	1	6.00			
	Toplam	8				
Kendineceza_sontest	Lise	1	7.00			

Lisans	6	4.33	1.462	2	.481
Yüksek lisans	1	3.00			
Toplam	8				

Tablo 26’da kontrol grubunun eğitim durumuna göre depresyon, mani, anksiyete ve başa çıkma tutumları son ölçüm puanlarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Bulgulara göre, kontrol grubundaki kadın ve erkek katılımcıların puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

3.4. Nitel İçerik Analizi Bulguları

Deney grubunun müdahale sonrasındaki görüşlerinin incelenmesi için içerik analizi yapılmış ve ortak tema ve kategoriler oluşturulmuştur. 8 kişilik deney grubunda müdahale sonrasında genel ortak değerlendirmeler incelendiğinde grubun geneli ilk defa bipolar bozukluk tanısı alan başka insanlarla bir araya geldiği için heyecanlı ve pozitif bir tutum içinde oldukları görülmüştür. Ayrıca, her çalışma öncesinde, deney grubundaki katılımcıların olumsuz duygular (sinirlilik, konfüzyon, aşırı düşünme, kaygı ve öfke) ifade ettikleri gözlenmiştir, ancak çalışma sonlarında bu duyguların yerini mutlu ve rahatlamış duyguları almıştır. Öte yandan, çalışma içerisinde katılımcıların ortak gündeminin damgalanma olduğu görülmüştür. 16 oturumdan oluşan çalışmaya katılımcıların farklı sıklıklarla katıldığı görülmüştür. En düşük katılım 9 oturum; en yüksek katılım 14 oturum olarak belirtilmiştir.

Tablo 27
Katılımcıların Müdahaleyle İlgili Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Tema	Kategori	Kod	Katılımcılar	İfadeler
		Güven verici	D4, D3, D7, D8	D4: “Güvenli ve yargılanmadığımız bir ortam ve rahatça hareket edebiliyoruz” D8 “çalışma mekanı ‘ev’ gibi. Güvenli hissettiğim bir alan ve grup.”
		Gözlemleyerek öğrenme	D2	D2: “Çalışmalar sırasında hem kendini hem grubu gözlemleyerek öğrendim”

Grup etkileşimi	Grup etkileşimi hakkında görüşler	Farklı bakış açıları geliştirme	D6	D6 “Grup çalışmasında grubun da katkısıyla farklı bakış açıları geliştirebildim”
		Bir aradalık	D5, D4	D5: “Grup paylaşımları ve bir aradalık güzel bir deneyim” D4: “Grubun birbirini aynalaması, konuşmadan paylaşım ve dayanışma duygusunu oluşturuyor”
Farkındalık	Değişen durumlar	Değişim	D2, D7, D5	D2: “Duyguları ve hareket etmeyi birlikte deneyimlemek yeni ve işlevsel bir deneyim” D7: “Çalışma önceleri sinirliydim çalışma sonlarında ise sinirlilik oranım azaldı”
		Duygular	D1, D4	D1 “Karışıklık, samimiyet, sakinlik, rahatlık” D4: “Hayat ve duygular arasında bağlantı kurabiliyorum”
		Çevresel faktörler	D1	D1:“Yolda yürürken sadece önüme ve gittiğim yere bakmıyorum artık, çevremi de görmeye başladım!”
		Damgalanma	D8, D6	D8.: “Kendimi hep yalnız ve dışlanmış hissediyorum, kendimi hep eleştiriyordum, ama artık daha özgüvenli hissediyorum ve bu çevrem tarafından da fark ediliyor, daha neşeli, pozitif ve heyecanlıyım ve bipolar bozukluk tanısı olmasından dolayı artık utanmıyorum”. D6: “Hayatımda damgalanma gündemi ile bu çalışma aynı anda başladı. Farklı deneyimlerle ve grubun katkılarıyla bu konuyu düşünmek açıcı ve rahatlatıcı”

Kendine yardım	Belirtile ri yönetme	Sakinleştirm e	D2, D5, D7, D8	D2 “Yaşadığım bir panik atak sırasında doktora ya da hastaneye gitmeye gerek kalmadan kendimi sakinleştirebildim” D5: “Bir duyguyu harekete dökmek beni sakinleştiriyor” D7:“Dansın ve hareket etmenin, kontrol edemediğim ya da sıkıştığım duyguları rahatlatmak için faydalı olduğunu gördüm ve bu farkındalık ile dans etmeye başladım”
	Eyleme geçme		D4	D4: “Son dönemde eskisinden farklı olarak günlük rutinimin dışında çıkan işleri halledebiliyorum. Normal davranışım hep erteleme olurken, bu çalışmanın etkisi ile planları ve fikirleri eskisine nazaran daha hızlı ‘eyleme dökabiliyorum ve ‘hamle alabiliyorum.
	Maruz bırakma		D8	D8: Uzun süredir sosyal fobim vardı ancak ilk defa bu çalışma sürecinde hiç tanımadığım bir toplu grup etkinliğine gidip sosyalleşebildim”

Tablo 27’de görüldüğü üzere, bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların dans uygulamalarına ilişkin görüşleri grup etkileşimi ve kendine yardım temaları oluşturularak incelenmiştir. Grup etkileşimi teması içerisinde grup etkileşimi hakkındaki görüşler yer almaktadır. Grup etkileşimi kategorisi içerisinde güven verici gözlemleyerek öğrenme, farklı bakış açısı ve bir aradalık kodları yer almaktadır. Diğer tema ise farkındalık olarak belirlenmiştir. Farkındalık teması içerisinde değişen durumlar kategorisi oluşturulmuştur. Değişen durumlar kategorisi içerisinde değişim, duygular, çevresel faktörler ve damgalanma kodları yer almaktadır. Diğer bir tema ise kendine yardım olarak belirlenmiştir. Kendine yardım teması içerisinde belirtileri yönetme kategorisi

oluşturulmuştur. Kategori içerisinde sakinleştirme, eyleme geçme ve maruz bırakma kodları yer almaktadır. Deney grubundaki katılımcıların müdahale sonrası görüşleri kodlara göre değerlendirildiğinde, grup çalışmasının farkındalık yaratan, güven verici ve bipolar bozukluk belirtilerini yönetebilme açısından faydalı olduğuna ilişkin yanıtlar içerdiği anlaşılmaktadır. Katılımcıların tümü, grup çalışmasının güven verici bir yanı olduğunu ve bir aradalık hissinin olumlu olduğunu belirttiği görülmektedir. Ayrıca, D8: *“Uzun süredir sosyal fobim vardı ancak ilk defa bu çalışma sürecinde hiç tanımadığım bir toplu grup etkinliğine gidip sosyalleşebildim”* tarafından belirtildiği üzere, bipolar bozukluk dışındaki psikiyatrik belirtilerin iyileşmesinde müdahalenin etkili olduğu anlaşılmaktadır. Benzer bir ifade D2: *“Yaşadığım bir panik atak sırasında doktora ya da hastaneye gitmeye gerek kalmadan kendimi sakinleştirebildim”* tarafından verilmiştir. Bu yönüyle, müdahalenin kişileri sakinleştirdiği ve psikolojik belirtilerin yönetilmesinde etkili olduğu söylenebilir. Görüşler arasında dikkat çeken diğer önemli unsur, damgalanma ile ilgilidir. Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıkları sebebiyle damgalandıklarını düşündükleri, ancak müdahale sonrasında bu duruma ilişkin fikirlerinin değiştiği anlaşılmaktadır. D8: *“Kendimi hep yalnız ve dışlanmış hissediyorum, kendimi hep eleştiriyordum, ama artık daha özgüvenli hissediyorum ve bu çevrem tarafından da fark ediliyor, daha neşeli, pozitif ve heyecanlıyım ve bipolar bozukluk tanısı olmasından dolayı artık utanmıyorum”*. Ve D6: *“Hayatımda damgalanma gündemi ile bu çalışma aynı anda başladı. Farklı deneyimlerle ve grubun katkılarıyla bu konuyu düşünmek açıcı ve rahatlatıcı”* şeklinde belirtmiş ve damgalanmayla ilgili fikirlerinin müdahale sonrası değiştiği anlaşılmıştır.

TARTIŞMA

Bu araştırmada bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın işlevsellik, kaygı düzeyleri ve baş etme tutumlarına etkisi incelenmiştir. Araştırmanın bu bölümünde verilerin nitel ve nicel analiz sonuçlarından elde edilen bulgulardan yola çıkılarak literatürdeki araştırmalarla karşılaştırma yapılmış ve yorumlanmıştır. Deney ve kontrol grubunun demografik bilgileri incelendiğinde iki grubun da ağırlıklı düzenli bir ilaç tedavisine ek olarak psikososyal destek (psikoterapi) (deney grubu %75, kontrol grubu %87,5) aldıklarını belirttikleri görülmüştür. Ayrıca araştırma başlangıcında deney ve kontrol grubunun ön test değerlerinin yaklaşık olması iki grubun da başlangıçta ortak bir noktada olduklarını göstermektedir.

Standart ilaç tedavisine ek olarak psikososyal terapilerin etkinliğine bakılan bir meta analiz çalışmasında bakım veren odaklı müdahalelerin standart tedavi prosedürü ile karşılaştırıldığında epizod yinelemeyi önemli derecede azalttığı etkisi gösterilmiş, ayrıca psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapinin birlikte uygulandığı çalışmalarda ilaç tedavisine uyumsuzluğun önemli derecede azaldığı da belirtilmiştir (Chatterton ve diğerleri, 2017). Aile odaklı terapi çalışmaların etkinliğine bakıldığında aile üyeleri ve hastaların aile odaklı terapide hedeflenen pek çok iletişim ve problem çözme becerilerinde birlikte dahil olabildiklerini ve terapinin etkinliğinde bu iş birliğinin etkili olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır (Miklowitz ve diğerleri, 2000). İlaç tedavisi ve bireysel psikoterapiler dışında değerlendirilebilecek psikososyal müdahaleler kapsamında fiziksel egzersiz ya da dans ve hareket temelli müdahaleler de psikiyatrik hastalıkların tedavisinde bir yöntem olarak değerlendirilmiştir (Moylan ve diğerleri, 2013). Sözsüz psikoterapinin bir formu olarak sanat terapisi özelinde dans ve hareket çalışması, psikiyatri hastalarının rehabilitasyonunda kullanılmaktadır (Oganessian, 2008).

Fiziksel egzersiz çalışmalarının psikiyatrik tanısı olmayan gruplarda da kaygı ile ilişkisine bakılmış, hem sağlıklı hem de kronik hastalığı olan kişilerde kaygı semptomlarını azaltıcı bir etkisi olduğu öne sürülmüştür (Herring ve diğerleri, 2010). Benzer bir çalışma bipolar bozukluk tanılı hastalarla nefes egzersizleri üzerinden yapılmış ve kaygı semptomlarında düşüş olduğu gösterilmiştir (Serafim ve diğerleri, 2019). Direnç ve aerobik egzersiz çalışmalarının genel kaygı bozukluğu hastalarında kaygıyı azaltan bir etkisi olduğu ve etkili bir ek ve kısa süreli tedavi olabileceği gösterilmiştir (Herring ve

diğerleri, 2012). 1975 sonrası yayımlanan fiziksel egzersizin duygudurum düzenleme üzerine etkilerinin incelendiği çalışmaların gözden geçirildiği bir makalede kaygı, depresyon ve duyguduruma olan etkiler üzerine yoğunlaşmış ve genel sonuç olarak egzersizin duygudurum ve depresyon konusunda önemli sonuçları etkilediği görüşünü destekler nitelikte veriler karşımıza çıkmaktadır (Byrne ve Byrne, 1993). Psikiyatri hastaları ile yapılan dans hareket çalışmasından 6 vaka örneğinin özetlendiği bir çalışmada kaygı, stres, düşük özgüven gösteren hastaların kendilik, duygulanım ve iletişim becerilerini pozitif yönde etkileyerek rehabilitasyonunu kolaylaştırdığı değerlendirilmiştir (Heber, 1993).

Bu çalışmanın hipotezlerine göre dans ve hareket çalışmasına katılan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında daha düşük kaygı düzeyi ve başa çıkma tutumlarında pozitif bir artış gözlemlenecektir. Ancak ön ve son test bulguları ve kontrol grubu ile karşılaştırılması yapıldığında dans ve hareket çalışması müdahalesinin literatürdeki pek çok çalışmanın aksine kaygı düzeyine bir etkisi olmadığı görülmüş ve hipotezlerimizden biri desteklenmemiştir. Bizim araştırmamızda ortaya çıkan bu bulgular literatür ile tutarlılık göstermemektedir. Bipolar bozukluk tanısı olan bireylerle yapılan bu araştırmada dans ve hareket çalışmasının baş etme tutumlarının yalnızca kendine yardım alt boyutu ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Deney grubunun ön ve son test bulguları karşılaştırıldığında başa çıkma tutumları ölçeğinin kendine yardım alt boyutu skorlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Müdahale sonrasında kendine yardım alt boyutu puanları anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Kendine yardım alt boyutu, kişinin duygularını anlaması, ifade edebilmesi ve çevreden destek talep edebilmesi şeklinde yorumlanmaktadır. Bu tutum, kişinin stres altında duygusal iyi olma halini sürdürebilmesidir (Zuckerman ve Gagne, 2003).

Deney grubu verilerinin korelasyon çözümlemesi bulgularına bakıldığında Beck anksiyete ölçeği değerleri arttıkça COPE-R yaklaşım alt boyutu değerinin azaldığı; COPE-R sakınma ve kaçınma alt boyutu değerinin arttığı görülmüştür. Kaygı arttıkça başa çıkma becerilerinin azaldığı söylenebilir. Yaklaşım alt boyutu, kişinin stresli duruma karşı problem çözme becerileri ve faaliyetlerini göstermekte, aktif başa çıkma, planlama, stres kaynağını bastırma ve çevresel destek arama olarak yorumlanır. Sakınma-kaçınma alt boyutu, zihinsel ve davranışsal olarak faaliyetten geri çekilme, reddetme, hedef

değiştirme ve suçlama olarak yorumlanır. Bu tutum, kişiyi probleminden ve çözümünden uzaklaştıran bir tutumdur (Zuckerman ve Gagne, 2003). Alan yazında bipolar bozuklukta kaygı bozukluğu ya da kaygı semptomlarının hastalığın gidişini artmış semptomatoloji ve daha yüksek intihar riski ile ilişkilendiren, işlevselliği ve hayat kalitesini düşürdüğünü gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Goes, 2015; Goldberg ve Fawcett, 2012; Schaffer ve diğerleri, 2012; Sant'Anna ve diğerleri, 2009). Goossens ve diğerleri de, (2008), bipolar bozukluk hastalarının başa çıkma tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında daha az aktif reaksiyon modeli ve daha kaçınan/çekingen tutumları kullandıkları belirtilmiştir. Bu çalışmadaki bulgularımız da literatür ile tutarlılık gösterdiği şeklinde yorumlanabilir.

Kontrol grubu verilerinin korelasyon çözümlemesi bulgularına bakıldığında depresyon değerleri arttıkça COPE-R yaklaşım alt boyutu değerleri ve uyum sağlama değerlerinin azaldığı görülmüştür. Uyum sağlama alt boyutu, kişinin duygularını anlama, duruma göre yeniden değerlendirme, kabul etme, iyi hali devam ettirme olarak yorumlanır. Bu tutum, stresli durumlarla başa çıkma amacıyla yapılan girişimleri belirtmektedir (Zuckerman ve Gagne, 2003).

Bipolar bozuklukta epizod dönemleri dışında remisyon dönemlerinde de belli alanlarda işlevsellikte bozulmalar devam ettiği için tedavilerin esas amaçlarının işlevselliğin normal seviyeye çıkarılması olmalıdır (Cerit ve diğerleri, 2012). Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan işlevselliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bipolar bozukluk hastalarının remisyon dönemindeyken bile psikososyal alanda, iş, aile ilişkileri ve sosyal alanda, daha kötü işlevsellik gösterdikleri belirtilmiştir (Rosa ve diğerleri, 2010; Sanchez-Moreno ve diğerleri, 2009). Bipolar bozukluğun sonuçlarının epizodlar arası psikososyal işlevsellik olarak ele alındığı bir literatür gözden geçirme çalışmasında metodolojik ve takip çalışmalarında farklar olsa bile çalışmaların bipolar bozukluk tanılı hastaların yaklaşık %30-60 oranında kötü psikososyal işlevsellik gösterdikleri belirtilmiştir (McQueen ve diğerleri, 2001). Bu araştırmadaki hipotezlerimizden biri de dans ve hareket çalışmasına katılan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin araştırma sonrası, öncesi ile karşılaştırıldığında işlevsellik düzeylerinde pozitif bir artış gözleneceği yönündeydi. Bu araştırmada katılımcıların

işlevsellik değerleri çalışma yürütücüsünün gözlemleri ve katılımcıların değerlendirme ve yorumlarının nitel içerik analizi üzerinden yapılmıştır.

Nitel görüşmelerden alınan veriler içerik analizine tabii tutularak ortak tema ve kategoriler oluşturulmuştur. İlk defa bipolar bozukluk tanısı olan insanlarla bir araya geldiğini belirten katılımcılardan oluşan bu çalışmada grup etkileşimi teması ön plana çıkmıştır. Bu tema içerisinde güvenli bir ortamda hissetme, bir aradalık ve farklı bakış açısı geliştirerek öğrenme katılımcılar tarafından vurgulanan görüşlerdir. Katılımcılardan alınan değerlendirme ifadelerine bakıldığında çalışma mekanını ve grubu “ev” e benzetme dikkat çekmektedir. “...*çalışma mekanı ev gibi. Güvenli hissettiğim bir alan ve grup.*”

Ön plana çıkan bir diğer ortak tema ise farkındalıktır. Katılımcıların kendileri, duyguları ve çevreleri hakkında farkındalıklarında bir artış olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmektedir. “*Yolda yürürken sadece önüme ve gittiğim yere bakmıyorum artık, çevremi de görmeye başladım.*” Farkındalık teması altında en dikkat çekici başlıklardan biri de psikiyatrik tanı alan hastaların sıklıkla yaşadığı bir sorun olan damgalanmadır.

Damgalanma, kişinin, psikiyatrik hastalık, etnik grup, fiziksel yetersizlik gibi özellikler nedeniyle olumsuz değerlendirilmesidir (Taşkın, 2007:59). Damgalanma, toplumsal damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma olarak iki unsur şeklinde tanımlanmaktadır (Corrigan ve Watson, 2002). Damgalanma, bipolar bozukluk hastalarının %54.6 sını etkileyen ciddi bir sorun olduğu belirtilmiştir (Camp ve diğerleri, 2002). Türkiye’ de bipolar bozukluk tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %46’ sının kendilerini tamamen ya da kısmen yetersiz ve eksik hissettikleri, %40’ ının çevresindekiler tarafından tamamen veya kısmen yetersiz ve eksikmiş gibi gördüklerini düşündüklerini, %55’ inin meslek ve iş bulma konusunda zorluk yaşayacaklarını düşündükleri belirtilmiştir. (Taşkın, 2007:160). Toplum tarafından damgalamanın kişideki kendilik saygısını düşürdüğü belirtilmektedir (Aydemir, 2004). Hayward ve diğerleri, (2002) damgalanma ve kendilik saygısı arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğunu, iki durumda birbirini etkilediğini belirtmiştir. Bipolar bozuklukta damgalanma ve toplumsal uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, damgalanma kaygısı taşıyan hastaların toplumsal işlevsellikte daha kötü oldukları ve bu nedenle de kaçınmacı davranışları daha çok sergiledikleri belirtilmiştir (Perlick ve diğerleri, 2001). Yine

damgalanma ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışma da kendini damgalamada yüksek değerlerin düşük işlevsellik ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Vazquez ve diğerleri, 2011). Aydemir'in, (2013) yaptığı bir çalışmada bipolar bozuklukta işlevsellikte azalmanın damgalama hissini artırdığını ve damgalama hissini de işlevsellikte kötüye gidişe neden olduğunu desteklemekle birlikte damgalamanın psikososyal işlevsellikte kişilerarası boyutu etkilediğini belirtmiştir. Şizofreni tanısı alan hastalarla yapılan bir dans hareket terapisi çalışmasında sonuçlar değerlendirildiğinde hastaların iletişime daha açık ve damgalanma gündeminin daha az geçerli olduğu değerlendirilmiştir (Oganesian, 2008). Kendini damgalama, psikiyatri hastalığı olan pek çok kişinin yaşadığı bir durumdur (Mills ve diğerleri, 2020) ve dans etmenin kendisi doğrudan hastalık ile ilgisi olmayan bir etkinlik olarak bu damgalanma hissini azaltabilir (McKenzie ve diğerleri, 2021). Grup iletişiminin pozitif yönde oluşabilmesi ve farkındalık anlamında gelişimin değerlendirilmesi katılımcıların gündelik hayatlarında sıklıkla karşılaştıkları damgalanma konusunu bu çalışmanın önemli bir gündemi haline getirmiş, ortak mekan, zaman ve deneyim paylaşımı katılımcıların bu konuda birbirlerine katkıda bulunmasını sağlamış olarak yorumlanabilir. Bu araştırmanın nitel analiz bulguları incelendiğinde katılımcıların damgalanma konusunda belirttikleri ifadelerden *“...kendimi daha özgüvenli hissediyorum ve bu çevrem tarafından da fark ediliyor, daha neşeli, pozitif ve heyecanlıyım ve bipolar bozukluk tanısı olmasından dolayı artık utanmıyorum”* damgalanma hissini azaldığını ve farklı alanlarda işlev kazanmaya başladıkları yorumlanabilir. Bu yorum, literatür ile uyumluluk göstermektedir.

COPE-R ön ve son test bulgularının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanan kendine yardım alt boyutu gibi, içerik analizinde de ortak temalardan biri kendine yardımdır. Bu alt boyut strese karşı iyilik halini devam ettirebilmek için gerekli eylemlerde bulunabilmeyi içermektedir. İçerik analizinde de benzer şekilde kendine yardım teması altında belirtileri yönetme, eyleme geçme ve maruz bırakma konuları ön plana çıkmış ve katılımcıların stres kaynağı ile baş edebilmek için kendilerini anlamada ve eyleme geçmede aktif rol aldıkları görülmektedir: *“yaşadığım bir panik atak sırasında doktora ya da hastaneye gitmeye gerek kalmadan kendimi sakinleştirebildim.” “uzun süredir sosyal fobim vardı ancak ilk defa bu çalışma sürecinde hiç tanımadığım bir toplu grup etkinliğine gidip sosyalleşebildim.”*

SONUÇ

Yapılan istatistik analizleri sonucunda bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın başa çıkma tutumları kendine yardım alt boyutunda pozitif yönde anlamlı etkisi olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmanın nitel içerik analizi, dans hareket çalışmasının remisyon dönemindeki kişilerin işlevselliklerinde etkisi olduğunu destekler niteliktedir.

Ayrıca bu çalışma psikiyatrik tanısı olan kişilerde damgalama konusunun ne kadar merkezi bir noktada olduğunu göstermiş ve 8 kişilik grup olarak ilerletilen bu çalışmada grup çalışmalarının standart ilaç tedavisi ve psikoterapilere ek olarak remisyon döneminde devam eden işlevsellikteki zayıflıkların iyileştirilmesinde bir yöntem olarak ele alınabileceğini desteklemiştir.

Bu araştırmada dans hareket çalışması müdahalesinin remisyon dönemindeki bipolar bozukluk tanılı bireylerde kaygı seviyesinde anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir.

Literatürle uyuşmayan bu sonuçların birkaç nedeni olduğu söylenebilir. Mevsimselliğin ve ilaç tedavisindeki değişikliklerin etkisiyle az bir sayı ile başlayan deney grubundan süreçte ayrılmalar nedeniyle katılımcı sayısının düşmesi; çalışmanın sınırlı bir süre içinde yapılması ve çalışma sayısının az olması bu nedenler arasında sayılabilir.

Bu araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda ileride yapılacak bilimsel araştırmalar için birkaç öneri sunulabilir. Dans hareket müdahalesinin etkisini anlayabilmek için daha uzun soluklu bir araştırma ve çalışma süreci oluşturulabilir. Sürenin uzun tutulması mevsimsel döngünün etkisini kırabilmek için önemli olduğu düşünülmektedir. Grup etkileşiminden yararlanmak ve etkiyi daha iyi anlayabilmek için daha geniş örneklemli ve takip çalışmaları yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Akdemir, A., M. H. Türkçapar, S. D. Orsel, N. Demirel, I. Dag ve M. H. Ozbay. (2001). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 161-165.
- Alonso, J., M. Petukhova, G. Vilagut, S. Chatterji, S. Heeringa, T. B. Üstün, A. O. Alhamzawi, M. C. Viana, M. Angermeyer, E. Bromet, R. Bruffaerts, G. de Girolama, S. Florescu, O. Gureje, J. M. Haro, H. Hinkov, C-y. Hu, E. G. Karam, V. Kovess, ... R. C. Kessler. (2011). Days Out of Role Due to Common Physical and Mental Conditions: Results From the WHO World Mental Health Surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234-1246. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>
- Altman, S., S. Haeri, L. J. Goh, A. Ten, E. Barron, I. I. Galynker & K. N. Duhamel. (2006). Predictors of Relapse in Bipolar Disorder: A Review. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(5), 269-282.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Amerio, A., A. Odone, C. Marchesi ve S. N. Ghaemi. (2014). Treatment of Comorbid Bipolar Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 166, 258-263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.026>
- Angst, J. (1978). The Course of Affective Disorders: II. Typology of Bipolar Manic-Depressive Illness. *Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 226(1), 65-73.
- Angst, J. (1996). Comorbidity of Mood Disorders: A Longitudinal Prospective Study. [Supplemental material]. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 31-37.
- Angst, J. (1998). The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 143-151.

Angst, J. ve A. Marneros. (2001). Bipolarity From Ancient to Modern Times: Conception, Birth and Rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 3-19.

Angst, J. ve M. Preisig. (1995). Course of a Clinical Cohort of Unipolar, Bipolar and Schizoaffective Patients. Results of a Prospective Study From 1959 to 1985. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 146(1), 5-16.

Angst, J. ve R. Sellaro. (2000). Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. *Natural History*, 48(6), 445-457.

Aydemir, Ö. (2004). Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar ve Damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(3), 61-64.

Aydemir, Ö. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Damgalanma Hissinin İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 141-145.

Baldessarini, R.J., J. Undurraga, G. H. Vázquez, L. Tondo, P. Salvatore, K. Ha, H-MK. Khalsa, B. Lepr, T. H. Ha, J. S. Chang, M. Tohen ve E. Vieta. (2011). Predominant Recurrence Polarity Among 928 Adult International Bipolar I Disorder Patients. *Acta Psychiatry Scand*, 125(4), 293-302. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.0818.x>

Baum, E. (1991). Movement Therapy with Multiple Personality Disorder Patients. *Dissociation*, 4(2), 99-104.

Bauwens, F., A. Tracy, D. Pardoën, M. Vander Elst ve J. Mendlewicz. (1991). Social Adjustment of Remitted Bipolar and Unipolar Out-Patients. *British Journal of Psychiatry*, 169, 239-244. <https://doi.org/10.1192/bjp.159.2.239>

Bebbington, P. ve R. Ramana. (1995). The Epidemiology of Bipolar Affective Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(6), 279-292.

Beck, A. T., N. Epstein, G. Brown ve R. A. Steer. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

Berk, M., S. Dodd, P. Callaly, L. Berk, P. Fitzgerald, A. R. de Castella, S. Filia, K. Filia, S. Tahtalian, F. Biffin, K. Kelin, M. Smith, W. Montgomery ve J. Kulkarni. (2007).

History of Illness Prior to a Diagnosis of Bipolar Disorder or Schizoaffective Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 181-186.

Beutler, L.E., L. Brookman, T. M. Harwood, S. Alimohamed ve M. Malik. (2001). Functional Impairment and Coping Style. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 38(4), 437-442.

Binder, D. K. ve H. E. Scharfman. (2004). Brain-Derived Neurotrophic Factor. *Growth Factors*, 22(3), 123-131.

Bonnin, C. M., A. Martinez-Aran, C. Torrent, I. Pacchiarotti, A. R. Rosa, C. Franco, A. Murru, J. Sanchez-Moreno ve E. Vieta. (2010) Clinical and Neurocognitive Predictors of Functional Outcome in Bipolar Euthymic Patients: A Long-term, Follow-up Study. *Journal of Affective Disorder*, 121(1-2), 156-160.

Brown, R. P. ve P. L. Gerbarg. (2005). Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety and Depression: Part I-Neurophysiologic Model. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(1), 189-201.

Brown, R. P., P. L. Gerbarg ve F. Muench. (2013). Breathing Practices for Treatment of Psychiatric and Stress-related Medical Conditions. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), 121-140.

Butcher, J. N., S. Mineka ve J. M. Hooley. (2013). *Anormal Psikoloji* (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınevi.

Byrne, A. ve D. G. Byrne. (1993). The Effect of Exercise on Depression, Anxiety and Other Mood States: A Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(6), 565-574.

Camp, D. L., W. M. L. Finlay ve E. Lyons. (2002). Is low Self-esteem an Inevitable Consequence of Stigma? An Example From Women with Chronic Mental Health Problems. *Social Sciences & Medicine*, 55(5), 823-834.

Carvalho, A. F., J. Firth ve E. Vieta. (2020). Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>

- Carver, C. S., M. F. Scheier ve J. K. Weintraub. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cassidy, F., E. Murry, K. Forest ve B. J. Carroll. (1998). Signs and Symptoms of Mania in Pure and Mixed Episodes. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 187-201.
- Cerit, C., A. Filizer, Ü. Tural ve A. E. Tufan. (2012). Stigma: A Core Factor on Predicting Functionality in Bipolar Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489.
- Chase, M. (1969). Dance as an Adjunctive Therapy with Hospitalized Mental Patients. İçinde V. T. Marian, *Anthology of impulse; annual of contemporary dance, 1951-1966* (219-225). Dance Horizons.
- Chatterton, M. L., E. Stockings, M. Berk, J. J. Barendregt, R. Carter ve C. Mihalopoulos. (2017). Psychosocial Therapies for the Adjunctive Treatment of Bipolar Disorder in Adults: Network Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 333-341.
- Colom, F., E. Vieta, C. Daban, I. Pacchiarrotti ve J. Sánchez-Moreno. (2006). Clinical and Therapeutic Implications of Predominant Polarity in Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 13-17.
- Colom, F., E. Vieta, A. Martinez-Aran, M. Reinares, J. M. Goikolea, A. Benabarre, C. Torrent, M. Comes, B. Corbella, G. Parramon ve J. Corominas. (2003). A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease is in Remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Colom, F., E. Vieta, J. Sánchez-Moreno, R. Palomino-Otiniano, M. Reinare, J. M. Goikolea, A. Benabarre ve A. Martínez-Arán. (2009). Group Psychoeducation for Stabilised Bipolar Disorders: 5-year Outcome of a Randomised Clinical Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260-265.
- Corrigan, P. W. ve A. C. Watson. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Craddock, N. ve P. Sklar. (2013). Genetics of Bipolar Disorder. *Lancet*, 381(9878), 1654-1662. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60855-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60855-7)

- Dicle, A. N. ve K. Ersanlı. (2015). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(16), 111-126.
- Dunner, D. L., J. L. Fleiss ve R. R. Fieve. (1976). The Course of Development of Mania in Patients with Recurrent Depression. *Am J Psychiatry*, 133(8), 905-908.
- Ellison, N., O. Mason ve K. Scior. (2013). Bipolar Disorder and Stigma: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805-820.
- Engh, J.A., E. Andersen, T. L. Holmen, E. W. Martinsen, J. Mordal, G. Morken ve J. Egeland. (2015). Effects of High-intensity Aerobic Exercise on Psychotic Symptoms and Neurocognition in Outpatients with Schizophrenia: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 16, article 557. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1094-2>
- Fagiolini, A., D. J. Kupfer, A. Masalehdan, J. A. Scott, P. R. Houck ve E. Frank. (2005). Functional Impairment in the Remission Phase of Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 7(3), 281-285.
- Faurholt-Jepsen, M., M. Frost, E. M. Christensen, J. E. Bardram, M. Vinberg ve L. V. Kessing. (2019). The Validity of Daily Patient-reported Anxiety Measured Using Smartphones and the Association with Stress, Quality of Life and Functioning in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 257, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.029>
- Fava, G. A. (1999). Subclinical Symptoms in Mood Disorders: Pathophysiological and Therapeutic Implications. *Psychological Medicine*, 29(1), 47-61.
- Fava, G. A. ve P. Bech. (2016). The Concept of Euthymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(1), 1-5. <https://doi.org/10.1159/000441244>
- Fortgang, R. G., C. M. Hultman ve T. D. Cannon. (2016). Coping Styles in Twins Discordant for Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Depression. *Clin Psychol Sci.*, 4(2), 216-228.
- Freeman, M. P., S. A. Freeman ve S. L. McElroy. (2002). The Comorbidity of Bipolar and Anxiety Disorders: Prevalance, Psychobiology, and Treatment Issues. *Journal of Affective Disorders*, 68(1), 1-23.

- Friborg, O, E. W. Martinsen, M. Martinussen, S. Kraiser, K. T. Øvergård ve J. H. Rosenvinge. (2014). Comorbidity of Personality Disorders in Mood Disorders: A Meta-analytic Review of 122 Studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>
- Garcia-Alvarez, L., J. R. Caso, M. P. Garcia-Portilla, L. de la Fuente-Tomas, L. Gonzalez-Blanco, P. S. Martinez, J. C. Leza ve J. Bobes. (2017). Regulation of Inflammatory Pathways in Schizophrenia: A Comparative Study with Bipolar Disorder and Healthy Controls. *European Psychiatry*, 47, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.007>
- Geddes, J. R. ve D. J. Miklowitz. (2013). Bipolar Disorder 3: Treatment of Bipolar Disorder. *Lancet Psychiatry*, 381(9878), 1672-1682.
- Giglio, L. M., P. V. S. Magalhães, N. S. Kapczinski, J. C. Walz ve F. Kapczinski. (2010). Functional Impact of Biological Rhythm Disturbance in Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), 220-223. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.08.003>
- Gitlin, M. (2016). Lithium Side Effects and Toxicity: Prevalence and Management Strategies. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-016-0068-y>
- Goes, F. S. (2015). The Importance of Anxiety States in Bipolar Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 17(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0540-2>
- Goldberg, D. ve J. Fawcett. (2012). The Importance of Anxiety in Both Major Depression and Bipolar Disorder. *Depression and Anxiety*, 29(6), 471-478.
- Goldberg, J. F., M. Harrow ve J. E. Whiteside. (2001). Risk for Bipolar Illness in Patients Initially Hospitalized for Unipolar Depression. *Am J Psychiatry*, 158(8), 1265-1270.
- Gomes, B. C., L. N. Abreu, E. Brietzke, S. C. Caetano, A. Kleinman, F. G. Nery ve B. Lafer. (2011). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Group Therapy for Bipolar Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 144-150.
- Gonda, X., M. Pompili, G. Serafini, F. Montebovi, S. Campi, P. Dome, T. Duleba, P. Girardi ve Z. Rihmer. (2012). Suicidal Behavior in Bipolar Disorder: Epidemiology, Characteristics and Major Risk Factors. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 16-26.

Goodwin, F. K. ve K. R. Jamison. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. New York: Oxford University Press.

Goossens, P. J. J., E. A. M. Knoppert-van der Klein ve T. van Achterberg. (2008). Coping Styles of Outpatients with a Bipolar Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5), 245-253. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.07.001>

Grande, I., M. Berk, B. Birmaher ve E. Vieta. (2016). Bipolar Disorder. *Seminars*, 387(10027), 1561-1572. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Grande, I. ve E. Vieta. (2015). Pharmacotherapy of Acute Mania: Monotherapy or Combination Therapy with Mood Stabilizers and Antipsychotics?. *CNS Drugs*, 29(3), 221-227.

Grant, B. F., F. S. Stinson, D. A. Dawson, S. P. Chou, M. C. Dufour, W. Compton, R. P. Pickering ve K. Kaplan. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(8), 807-816.

Haldane, M. ve S. Frangou. (2004). New Insights Help Define the Pathophysiology of Bipolar Affective Disorder: Neuroimaging and Neuropathology Findings. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 28(6), 943-960.

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *J. Neurol Neurosurg Psychiatr*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Harris, E. C. ve B. Barraclough. (1998). Excess mortality and Mental Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.11>

Hartfiel, N., J. Havenhand, S. B. Khalsa, G. Clarke ve A. Krayner. (2011). The Effectiveness of Yoga for the Improvement of Well-being and Resilience to Stress in the Workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 37(1), 70-76.

Hayward, P., G. Wong, J. A. Bright ve D. Lam. (2002). Stigma and Self-esteem in Manic Depression: An Exploratory Study. *Journal of Affective Disorders*, 69(1-3), 61-67.

Heber, L. (1993). Dance Movements: A Therapeutic Program for Psychiatric Clients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(2), 22-29.

Herring, M. P., M. L. Jacob, M. L. Suveg, C. Suveg, R. K. Dishman ve P. J. O'Connor. (2012). Feasibility of Exercise Training for the Short-term Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 21-28.

Herring, M. P., P. J. O'Connor ve R. K. Dishman. (2010). The Effect of Exercise Training on Anxiety Symptoms Among Patients. *Archives of Internal Medicine*, 170(4), 321-331.

Hirschfeld, R. M. A., L. Lewis ve L. A. Vornik. (2003). Perceptions and Impact of Bipolar Disorder: How Far Have We Really Come? Results of the National Depressive and Manic-depressive Association 2000 Survey of Individuals with Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*, 64(2), 161-74

Hui, E., B. T. Chui ve J. Woo. (2009). Effects of Dance on Physical and Psychological Well-being in Older Persons. *Archives of Gerontology*, 49(1), e45-e50. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.006>

Hunt, G. E., G. S. Malhi, M. Cleary, H. M. X. Lai ve T. Sitharthan. (2016). Comorbidity of Bipolar and Substance Use Disorders in National Surveys of General Populations, 1990-2015: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 321-330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.051>

Johnson, S. L. ve I. Miller. (1997). Negative Life Events and Time to Recovery From Episodes of Bipolar Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 449-457.

Joslyn, C., D. J. Hawes, C. Hunt ve P. B. Mitchell. (2016). Is Age of Onset Associated with Severity, Prognosis, and Clinical Features in Bipolar Disorder? A Meta-analytic Review. *Bipolar Disorders*, 18(5), 389-403.

Judd, L. L., H. S. Akiskal, P. J. Schettler, W. Coryell, J. Endicott, J. D. Maser, D. A. Solomon, A. C. Leon ve M. B. Keller. (2003). A Prospective Investigation of the Natural History of the Long-term Weekly Symptomatic Status of Bipolar II Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60(3), 261-269.

- Karadağ, F., T. Oral, F. A. Yalçın ve E. Erten. (2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-114.
- Kawa, I., J. D. Carter, P. R. Joyce, C. J. Doughty, C. M. Frampton, J. E. Wells, A. E. S. Walsh ve R. J. Olds. (2005). Gender Differences in Bipolar Disorder: Age of Onset, Course, Comorbidity, and Symptom Presentation. *Bipolar Disorders*, 7(2), 119-125.
- Kaya, E., Ö. Aydemir ve D. Selçuki. (2009). Remisyondaki İki Uçlu Hastalarda Kalıntı Duygudurum Belirtilerinin Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10(2), 124-130.
- Keller, M. B. (2006). Prevalence and Impact of Comorbid Anxiety and Bipolar Disorder. [Supplemental material]. *J Clin Psychiatry*, 67(1), 5-7.
- Kennedy, N., J. Boydell, S. Kalidindi, P. Fearon, P. B. Jones, J. van Os ve R. M. Murray. (2005). Gender Differences in Incidence and Age at Onset of Mania and Bipolar Disorder Over a 35-year Period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*, 162(2), 257-262.
- Kessing, L.V. ve P. K. Andersen. (2017). Evidence for Clinical Progression of Unipolar and Bipolar Disorders. *Acta Psychiatr Scand.*, 135(1), 51-64.
- Kessing, L. V., A. González-Pinto, A. Fagiolini, A. Bechdolf, A. Reif, A. Yildiz, B. Etain, C. Henry, E. Severus, E. Z. Reininghaus, G. Morken, G. M. Goodwin, J. Scott, J. R. Geddes, M. Rietschel, M. Landen, M. Manchia, M. Bauer, M. Martinez-Cengotitabengoa, M., ... E. Vieta. (2021). DSM-5 and ICD-11 Criteria for Bipolar Disorder: Implications for the Prevalence of Bipolar Disorder and Validity of the Diagnosis- A Narrative Review from the ECNP Bipolar Disorders Network. *European Neuropsychopharmacology*, 47, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.01.097>
- Klerman, G. L. (1981). The Spectrum of Mania. *Comprehensive Psychiatry*, 22(1), 11-20.
- Koch, S. C., K. Morlinghaus ve T. Funchs. (2007). The Joy Dance Specific Effects of a Single Dance Intervention on Psychiatric Patients with Depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 340-349.

Kucyi, A., M. T. Alsuwaidan, S. S. Liauw ve R. S. McIntyre. (2010) Aerobic Physical Exercise as a Possible Treatment for Neurocognitive Dysfunction in Bipolar Disorder. *Postgraduate Medicine*, 122(6), 107-116.

Kupfer, D. J. (2005). The Increasing Medical Burden in Bipolar Disorder. *JAMA*, 293(20), 2528-2530.

Lam, D., E. R. Watkins, P. Hayward, J. Bright, K. Wright, N. Kerr, G. Parr-Davis ve P. Sham. (2003). A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 145-152.

Lam, D. ve G. Wong. (2005). Prodromes, Coping Strategies and Psychological Interventions in Bipolar Disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1028-1042.

Lam, D., G. Wong ve P. Sham. (2001). Prodromes, Coping Strategies and Course of Illness in Bipolar Affective Disorder-A Naturalistic Study. *Psychological Medicine*, 31(8), 1397-1402.

Lee, J. H. ve D. L. Dunner. (2008). The Effect of Anxiety Disorder Comorbidity on Treatment Resistant Bipolar Disorders. *Depression and Anxiety*, 25(2), 91-97.

Lee, H., S. Jang, S. Lee ve K. Hwang. (2015). Effectiveness of Dance/Movement Therapy on Affect and Psychotic Symptoms in Patients with Schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.07.003>

Leste, A., J. Rust. (1984). Effects of Dance on Anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 767-772.

Levy, B. ve E. Manove. (2012). Functional Outcome in Bipolar Disorder: The big Picture. *Depression Research and Treatment*, 2012, Article 949248. <https://doi.org/10.1155/2012/949248>

Levy, F. J. (1988). *Dance/Movement Therapy, A Healing Art*. The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.

Lish, J. D., S. Dime-Meenan, P. C. Whybrow, A. R. Price ve R. M. A. Hirschfeld. (1994). The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) Survey of Bipolar Members. *Journal of Affective Disorders*, 31(4), 281-294.

- Lu, B. (2003). BDNF and Activity-Dependent Synaptic Modulation. *Learning & Memory*, 10(2), 86-98.
- Maçkalı, Z., (2014). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Yatkınlık-stres Kuramları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33), 15-28.
- Maj, M., H. S. Akiskal, J. J. Lopez-Ibor ve N. Sartorius. (Eds.). (2002). *İki uçlu bozukluk*. John Wiley & Sons.
- Malhi, G. S., B. Ivanovski, V. Szekeres ve A. Olley. (2004a). Bipolar Disorder: It's All in Your Mind? The Neuropsychological Profile of a Biological Disorder. *Can J Psychiatry*, 49(12), 813-819.
- Malhi, G. S., J. Lagopoulos, A. M. Owen ve L. N. Yatham. (2004b). Bipolaroids: Functional Imaging in Bipolar Disorder. [Supplemental material]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(422), 46-54.
- McElroy, S. L. (2004). Diagnosing and Treating Comorbid (complicated) Bipolar Disorder. [Supplemental material]. *J Clin Psychiatry*, 65(15), 35-44.
- McElroy, S. L., L. L. Altshuler, T. Suppes, P. E. Keck Jr, M. A. Frye, K. D. Denicoff, W. A. Nolen, R. W. Kupka, G. S. Leverich, J. R. Rochussen, A. J. Rush ve R. M. Post. (2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients with Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 158(3), 420-426.
- McKenzie, K., R. Bowes ve K. Murray. (2021) Effects of Dance on Mood and Potential of Dance as a Mental Health Intervention. *Mental Health Practice*, 24 (3), 12-17. <https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1522>
- McKnight, R. F., M. Adida, K. Budge, S. Stockton, G. M. Goodwin ve J. R. Geddes. (2012). Lithium Toxicity Profile: A Systematic Review and Meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 379(9817), 721-728.
- McQueen, G. M., L. T. Young ve R. T. Joffe. (2001). A Review of Psychosocial Outcome in Patients with Bipolar Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10(3), 163-170.

Meekums, B., V. Karkou ve E. A. Nelson. (2015). Dance Movement Therapy for Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Article CD009895. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009895.pub2>

Melo, M. C. A., R. F. Garcia, C. F. C. de Araujo, D. M. Rangel, P. F. C. de Bruin ve V. M. S. de Bruin. (2019). Physical Activity as Prognostic Factor for Bipolar Disorder: An 18-month Prospective Study. *Journal of Affective Disorders*, 251, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.061>

Merikangas, K.R., H. S. Akiskal, J. Angst, P. E. Greenberg, R. M. A. Hirschfeld, M. Petukhova ve R. C. Kessler. (2007). Lifetime and 12-month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 543-552.

Merikangas, K. R., R. Jin, J. He, R. C. Kessler, S. Lee, N. A. Sampson, M. C. Viana, L. H. Andrade, C. Hu, E. G. Karam, M. Ladea, M. E. Medina-Mora, Y. Ono, J. Posada-Villa, R. Sagar, J. E. Wells ve Z. Zarkov. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 68(3), 241-251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>

Michalak, E.E., G. Murray ve B. D. Crest. (2010). Development of the QoLBD: A Disorder-specific Scale to Assess Quality of Life in Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 12(7), 727-740.

Miklowitz, D. J., E. L. George, J. A. Richards, T. L. Simoneau ve R. L. Suddath. (2003). A Randomized Study of Family-focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60(9), 904-912.

Miklowitz, D. J., M. W. Otto, E. Frank, N. A. Reilly-Harrington, J. N. Kogan, G. S. Sachs, M. E. Thase, J. R. Calabrese, L. B. Marangell, M. J. Ostacher, J. Patel, M. R. Thomas, M. Araga, J. M. Gonzalez ve S. R. Wisniewski. (2007). Intensive Psychosocial Intervention Enhances Functioning in Patients with Bipolar Depression: Results from a 9-Month Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 164(9), 1340-1347.

Miklowitz, D. J., T. L. Simoneau, E. L. George, J. A. Richards, A. Kalbag, N. Sachs-Ericsson ve R. Suddath. (2000). Family-focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-Year

Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, 48(6), 582-592.

Mills, H., N. Mulfinger, S. Raeder, N. Rüsch, H. Clements ve K. Scior. (2019). Self-help Interventions to Reduce Self-stigma in People with Mental Health Problems: A Systematic Literature Review. *Psychiatry Research*, 284. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112702>

Miquel, A., J. Usall, C. Reed, J. Bertsch, E. Vieta, A. González-Pinto, J. Angst, W. Nolen, I. van Rossum ve J. M. Haro. (2010). Gender Differences in Outcomes of Acute Mania: A 12-Month Follow-up Study. *Archives of Women's Mental Health*, 14(2), 107-113.

Miskowiak, K. W., K. E. Burdick, A. Martinez-Aran, C. M. Bonnin, C. R. Bowie, A. F. Calvalho, P. Gallegher, B. Lafer, C. Lopez-Jaramillo, T. Sumiyoshi, R. S. McIntyre, A. Schaffer, R. J. Porter, S. Purdon, I. J. Torres, L. N. Yatham, A. H. Young, L. V. Kessing, ve E. Vieta. (2018). Assessing and Addressing Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: The International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force Recommendations for Clinicians. *Bipolar Disorders*, 20(3), 184-194.

Miura, T., H. Noma, T. A. Furukawa, H. Mitsuyasu, S. Tanaka, S. Stockton, G. Salanti, K. Motomura, S. Shimano-Katsuki, S. Leucht, A. Cipriani, J. R. Geddes ve S. Kanba. (2014). Comparative Efficacy and Tolerability of Pharmacological Treatments in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Lancet Psychiatry*, 1(5), 351-359.

Moylan, S., H. A. Eyre, M. Maes, B. T. Baune, F. N. Jacka ve M. Berk. (2013). Exercising the Worry Away: How Inflammation, Oxidative and Nitrogen Stress Mediates the Beneficial Effect of Physical Activity on Anxiety Disorder Symptoms and Behaviours. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(4), 573-584.

Murcia, C. Q., G. Kreutz, S. Clift ve S. Bongard. (2010). Shall We Dance? An Exploration of the Perceived Benefits of Dancing on Well-being. *Arts & Health*, 2(2), 149-163.

Nabavi, B., A. J. Mitchell ve D. Nutt. (2015). A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population. *EBioMedicine*, 2(10), 1405-1419. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.09.006>

Ng, F., S. Dodd ve M. Berk. (2007). The Effects of Physical Activity in the Acute Treatment of Bipolar Disorder: A Pilot Study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 259-262.

Norcross, J. C. ve B. E. Wampold. (2011). Evidence-based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy (Chic.)*, 48(1), 98-102.

Oganesian, N. (2008). Dance Therapy as Form of Communication Activating Psychotherapy for Schizophrenic Patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 3(2), 97-106.

Osby, U., L. Brandt, N. Correia, A. Ekblom ve P. Sparen. (2001). Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*, 58(9), 844-850.

Pavlova, B., R. H. Perlis, M. Alda ve R. Uher. (2015). Lifetime Prevalence of Anxiety Disorders in People with Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2(8), 710-717.

Perlick, D. A., R. A. Rosenheck, J. F. Clarkin, J. A. Sirey, J. Salahi, E. L. Struening ve B. G. Link. (2001). Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed with Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1632.

Perlis, R. H., M. J. Ostacher, J. K. Patel, L. B. Marangell, H. Zhang, S. R. Wisniewski, T. A. Ketter, D. J. Miklowitz, M. W. Otto, L. Gyulai, N. A. Reilly-Harrington, A. A. Nierenberg, G. S. Sachs ve M. E. Thase. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 163(2), 217-224.

Perry, A., N. Tarrier, R. Morriss, E. McCarthy ve K. Limb. (1999). Randomised Controlled Trial of Efficacy of Teaching Patients with Bipolar Disorder to Identify Early Symptoms of Relapse and Obtain Treatment. *BMJ*, 318(7177), 149-153.

Phillips, C. (2017). Physical Activity Modulates Common Neuroplasticity Substrates in Major Depressive and Bipolar Disorder. *Neural Plasticity*, 2017, Article ID 7014146. <https://doi.org/10.1155/2017/7014146>

Pichot, P. (1995). The Birth of the Bipolar Disorder. *Eur Psychiatry*, 10(1), 1-10.

- Plans, L., C. Barrot, E. Nieto, J. Rios, T. G. Schulze, S. Papiol, M. Mitjans, E. Vieta ve A. Benabarre. (2018). Association Between Completed Suicide and Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*, 242, 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054>
- Pompili, M., X. Gonda, G. Serafini, M. Innamorati, L. Sher, M. Amore, Z. Rihmer ve P. Girardi. (2013). Epidemiology of Suicide in Bipolar Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Bipolar Disorders*, 15(5), 457-490.
- Potash, J. B. ve J. R. DePaulo Jr. (2000). Searching High and Low: A Review of the Genetics of Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 2(1), 8-26.
- Provencher, M. D., A. Guimond ve L. D. Hawke. (2012). Comorbid Anxiety in Bipolar Spectrum Disorders: A Neglected Research and Treatment Issue?. *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 161-164
- Reinares, M., F. Colom, J. Sánchez-Moreno, C. Torrent, A. Martínez-Arán, M. Comes, J. M. Goikolea, A. Benabarre, M. Salamero ve E. Vieta. (2008). Impact of Caregiver Group Psychoeducation on the Course and Outcome of Bipolar Patients in Remission: A Randomized Controlled Trial. *Bipolar Disorders*, 10(4), 511-519.
- Ren, J. ve J. Xia. (2013). Dance Therapy for Schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Article CD006868. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006868.pub3>
- Rosa, A. R., M. Reinares, E. E. Michalak, C. M. Bonnin, B. Sole, C. Franco, M. Comes, C. Torrent, F. Kapczinski ve E. Vieta. (2010). Functional Impairment and Disability Across Mood States in Bipolar Disorder. *Value Health*, 13(8), 984-988.
- Sadock, M. D. ve V. A. Sadock. (Edit.) (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vols. 1-2). Güneş Kitabevi.
- Sánchez-Moreno, J., A. Martínez-Arán, R. Tabares-Seisdedos, C. Torrent, E. Vieta ve J. L. Ayuso-Mateos. (2009). Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 285-297. <https://doi.org/10.1159/000228249>

Sant'Anna, M. K., F. Kapczinski ve E. Vieta. (2009). Epidemiology and Management of Anxiety in Patients with Bipolar Disorder. *CNS Drugs*, 23(11), 953-964.

Schaffer, A., E. T. Isometsä, J. Azorin, F. Cassidy, T. Goldstein, Z. Rihmer, M. Sinyor, L. Tondo, D. H. Moreno, G. Turecki, C. Reis, L. V. Kessing, K. Ha, A. Weizman, A. Beautrais, Y. Chou, N. Diazgranados, A. J. Levitt, C. A. Zarate Jr ve L. Yatham. (2015). A Review of Factors Associated with Greater Likelihood of Suicide Attempts and Suicide Deaths in Bipolar Disorder: Part II of a Report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 1006-1020. <https://doi.org/10.1177/0004867415594428>

Schaffer, A., D. McIntosh, B. I. Goldstein, N. A. Rector, R. S. McIntyre, S. Beaulieu, R. Swinson ve L. N. Yatham. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Recommendations for the Management of Patients with Mood Disorders and Comorbid Anxiety Disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1), 6-22.

Schinder, A. F. ve M. Poo. (2000). The Neurotrophin Hypothesis for Synaptic Plasticity. *Trends Neuroscience*, 23(12), 639-645.

Schoeyen, H. K., U. Kessler, O. A. Andreassen, B. H. Auestad, P. Bergsholm, U. F. Malt, G. Morken, K. J. Oedegaard ve A. Vaaler. (2015). Treatment-resistant Bipolar Depression: A Randomized Controlled Trial of Electroconvulsive Therapy Versus Algorithm-based Pharmacological Treatment. *Am J Psychiatry*, 172(1), 41-51.

Scott, J., A. Garland ve S. Moorhead. (2001). A Pilot Study of Cognitive Therapy in Bipolar Disorders. *Psychology Medicine*, 31(3), 459-467.

Scott, J. ve M. Leboyer. (2011). Consequences of Delayed Diagnosis of Bipolar Disorders. [Supplemental Material]. *Encephale*, 37(3), 173-175.

Seeberg, I., I. B. Nielsen, C. K. Jørgensen, N. D. Eskestad ve K. W. Miskowiak. (2021). Effects of Psychological and Pharmacological Interventions on Anxiety Symptoms in Patients with Bipolar Disorder in Full or Partial Remission: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 279, 31-45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.119>

- Serafim, S. D., F. D. R. da Ponte, F. M. Lima, D. S. Martins, A. R. Rosa ve M. Kunz. (2019). Effects of Deep Breathing in Patients with Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 119-125.
- Severus, E., M. J. Taylor, C. Sauer, A. Pfennig, P. Ritter, M. Bauer ve J. R. Geddes. (2014). Lithium for Prevention of Mood Episodes in Bipolar Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2(15), Makale 15. <https://doi.org/10.1186/s40345-014-0015-8>
- Shine, B., R. F. McKnight, L. Leaver ve J. R. Geddes. (2015). Long-term Effects of Lithium on Renal, Thyroid, and Parathyroid Function: A Retrospective Analysis of Laboratory Data. *Lancet Psychiatry*, 386(9992), 461-468.
- Simon, N. M., M. O. Otto, S. R. Wisniewski, M. Fossey, K. Sagduyu, E. Frank, G. S. Sachs, A. A. Nierenberg, M. E. Thase ve M. H. Pollack. (2004). Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*, 161(12), 2222-2229.
- Smith, L. A., V. Cornelius, A. Wanock, A. Bell ve A. H. Young. (2007). Effectiveness of Mood Stabilizers and Antipsychotics in the Maintenance Phase of Bipolar Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Bipolar Disorders*, 9(4), 394-412.
- Southwick, S. M., M. V. Vythilingam ve D. S. Charney. (2005). The Psychobiology of Depression and Resilience to Stress: Implications for Prevention and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>
- Suh, H., T. U. Kang, E. Moon, J. M. Park, B. D. Lee, Y. M. Lee, H. J. Jeong, S. Y. Kim, K. Lee ve H. J. Lim. (2020). Similarities and Differences of Strategies Between Bipolar and Depressive Disorders on Stress Coping. *Psychiatry Investig*, 17(1), 71-77.
- Sylvia, L. G., R. M. Ametrano ve A. A. Nierenberg. (2010). Exercise Treatment for Bipolar Disorder: Potential Mechanisms of Action Mediated Through Increased Neurogenesis and Decreased Allostatic Load. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 79(2), 87-96.

- Tang, S. W., E. Chu, T. Hui, D. Helmeşte ve C. Law. (2008). Influence of Exercise on Serum Brain-derived Neurotrophic Factor Concentrations in Healthy Human Subjects. *Neuroscience Letter*, 431(1), 62-65. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2007.11.019>
- Taşkın, E. O. (Ed.). (2007). *Stigma: Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Tavormina, R. ve M. G. M. Tavormina. (2018). Overcoming Depression with Dance Movements Therapy: A Case Report. [Supplemental material]. *Psychiatria Danubina*, 30(7), 515-520.
- Tohen, M., J. Calabrese, E. Vieta, C. Bowden, A. Gonzalez-Pinto, D. Lin, W. Xu ve S. Corya. (2007). Effect of Comorbid Anxiety on Treatment Response in Bipolar Depression. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 137-146.
- Tondo, L., G. Isacsson ve R. J. Baldessarini. (2003). Suicidal Behavior in Bipolar Disorder: Risk and Prevention. *CNS Drugs*, 17(7), 491-511.
- Tsuang, M. T., L. Taylor ve S. V. Faraone. (2004). An Overview of the Genetics of Psychotic Mood Disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 38(1), 3-15.
- Ulusoy, M., N. H. Sahin ve H. Erkmen. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172.
- Valls, E., C. M. Bonnín, I. Torres, M. Brat, M. Prime-Tous, I. Morilla, X. Segú, B. Solé, C. Torrent, E. Vieta, A. Martínez-Arán, M. Reinares ve J. Sánchez-Moreno. (2021). Efficacy of an Integrative Approach for Bipolar Disorder: Preliminary Results From a Randomized Controlled Trial. *Psychological Medicine*, 52(16), 4094-4105.
- Vazquez, G. H., F. Kapczinski, P. V. Magalhaes, R. Cordoba, C. Lopez Jaramillo, A. R. Rosa, M. Sanchez de Carmona ve M. Tohen. (2011). Stigma and Functioning in Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 323-327.
- Vega, S. R., H. K. Strüder, B. V. Wahrmann, A. Schmidt, W. Bloch ve W. Hollmann. (2006). Acute BDNF and Cortisol Response to Low Intensity Exercise and Following Ramp Incremental Exercise to Exhaustion in Humans. *Brain Research*, 1121(1), 59-65.

- Vieta, E. (2014). Antidepressant in Bipolar I Disorder: Never as Monotherapy. *Am J Psychiatry*, 171(10), 1023-1026. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070826>
- Vieta, E., J. M. Langosch, M. L. Figueira, D. Souery, E. Blasco-Colmenares, E. Medina, M. Moreno-Manzanaro, M. A. Gonzalez ve F. Bellivier. (2013a). Clinical Management and Burden of Bipolar Disorder: Results From a Multinational Longitudinal Study (WAVE-bd). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(8), 1719-1732.
- Vieta, E., D. Popovic, A. R. Rosa, B. Sole', I. Grande, B. N. Frey, A. Martinez-Aran, J. Sanchez-Moreno, V. Balanza'-Martí'nez, R. Tabare's-Seisdedos ve F. Kapczinski. (2013b). The Clinical Implications of Cognitive Impairment and Allostatic Load in Bipolar Disorder. *European Psychiatry*, 28(1), 21-29.
- Vieta, E., J. Sanchez-Moreno, J. Lahuerta ve S. Zaragoza. (2008). Subsyndromal Depressive Symptoms in Patients with Bipolar and Unipolar Disorder During Clinical Remission. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 169-174.
- Wang, P. S., M. Lane, M. Olfson, H. A. Pincus, K. B. Wells ve R. C. Kessler. (2005). Twelve-month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Williams, J. B. W. (1988). A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45(), 742-747.
- Yapici Eser, H., A. S. Kacar, C. M. Kilciksiz, M. Yalçınay-İnan ve D. Ongur. (2018). Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-analysis and Meta Regression Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 229. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00229>
- Yatham, L. N., S. H. Kennedy, S. V. Parikh, A. Schaffer, D. J. Bond, B. N. Frey, V. Sharma, B. I. Goldstein, S. Rej, S. Beaulieu, M. Alda, G. MacQueen, R. V. Milev, A. Ravindran, C. O'Donovan, D. McIntosh, R. W. Lam, G. Vazquez, F. Kapczinski, ... M. Berk. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97-170.

Yazıcı, O. ve T. Oral. (2009). Psikoz Manik-Depresiften İki Uçlu Bozukluğa: Tanım ve Yaklaşımında Neler Değişti?. *Klinik Gelişim*, 22(4), 18-21.

Yazla, E., L. İnaç ve M. Bilici. (2012). İki Uçlu Bozukluk Manik Dönemdeki Hastalarda Sosyodemografik Özellikler, Klinik Belirtiler ve İşlevsellik Seviyesinin Birbiriyle İlişkisi ve Cinsiyete Göre Farklılıkları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(3), 221-229.

Young, L. T., R. G. Cooke, J. C. Robb, A. J. Levitt ve R. T. Joffe. (1993). Anxious and Non-anxious Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorder*, 29(1), 49-52.

Young, R. C., J. T. Biggs, V. E. Ziegler ve D. A. Meyer. (1978). A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133, 429-435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

Zarate, C. A., M. Tohen, M. Land ve S. Cavanagh. (2000). Functional Impairment and Cognition in Bipolar Disorder. *Psychiatr Q*, 71(4), 309-329.

Zaretzky, A. E., S. Rizvi ve S. G. Parikh. (2007). How Well Do Psychosocial Interventions Work in Bipolar Disorders?. *Can J Psychiatry*, 52(1), 14-21.

Zengin Eroğlu, M., N. Özpoyra ve L. Tamam. (2014). İki Uçlu Bozuklukta Koruyucu Sağaltım. *Journal of Mood Disorders*, 4(3), 95-102.

Zhao, C., W. Deng ve F. H. Gage. (2008). Mechanisms and Functional Implications of Adult Neurogenesis. *Cell*, 132(4), 645-660.

Zimmermann, P., T. Brückl, A. Nocon, H. Pfister, R. Lieb, H. Wittchen, F. Holsboer ve J. Angst. (2009). Heterogeneity of DSM-IV Major Depressive Disorder as a Consequence of Subthreshold Bipolarity. *Arch Gen Psychiatry*, 66(12), 1341-1352.

Zuckermann, M. ve M. Gagne. (2003). The COPE Revised: Proposing a 5-Factor Model of Coping Strategies. *Journal of Research in Personality*, 37(3), 169-204.

Zimmerman, M., C. J. Ruggero, I. Chelminski ve D. Young. (2008). Is Bipolar Overdiagnosed?. *J Clin Psychiatry*, 69(6), 935-940.

EKLER

EK 1.

Onam Formu (Deney Grubu)

Sayın Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu “Bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın işlevsellik, kaygı düzeyleri ve baş etme tutumlarına etkisi.” dir. Araştırmanın amacı, sınırlandırma olmadan hareket etme ve dans etme becerilerinin kazanılmasının bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin işlevsellik, kaygı düzeyleri ve baş etme tutumlarına etkisini araştırmaktadır. Bu araştırma için sizden 8 hafta boyunca haftada iki gün çalışmalara katılımınız beklenmektedir. Her çalışma 90 dakika sürecektir. Çalışma süreci öncesi ve çalışma süreci bitiminde size değerlendirme yapabilmek için bazı ölçekler verilecek ve bu ölçekleri doldurmanız beklenecektir.

Bu araştırma, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında, Prof. Dr. Devran Tan danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi Psikolog Zilan Kaki tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı Zilan Kaki ile aşağıda belirtilen iletişim bilgilerinden elektronik posta yoluyla iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamalarını okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün İmzası/ Onay kutucuğu.

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

EK2.

Onam Formu (Kontrol Grubu)

Sayın Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu “Bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde dans ve hareket temelli çalışmanın işlevsellik, kaygı düzeyleri ve baş etme tutumlarına etkisi.” dir. Araştırmanın amacı, sınırlandırma olmadan hareket etme ve dans etme becerilerinin kazanılmasının bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin işlevsellik, kaygı düzeyleri ve baş etme tutumlarına etkisini araştırmaktadır. Sizden herhangi bir dans çalışmasına katılımınız beklenmemektedir. Araştırma süreci öncesi ve bitiminde size değerlendirme yapabilmek için bazı ölçekler verilecek ve sadece bu ölçekleri doldurmanız beklenecektir.

Bu araştırma, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı kapsamında, Prof. Dr. Devran Tan danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi Psikolog Zilan Kaki tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı Zilan Kaki ile aşağıda belirtilen iletişim bilgilerinden elektronik posta yoluyla iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamalarını okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün İmzası/ Onay kutucuğu.

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

EK 3.

Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz
 1. Kadın
 2. Erkek
 3. Diğer
 4. Belirtmek istemiyorum

2. Yaşınız:

3. Eğitim durumunuz

1. Okuma yazma düzeyi
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise
5. Yüksek Okul
6. Lisans
7. Yüksek Lisans
8. Doktora Derecesi

4. Çalışma Durumunuz

1. Öğrenci
2. Çalışıyor
3. Çalışmıyor
4. Emekli

5. Gelir düzeyiniz nedir?

1. 2000 TL'den az
2. 2001 – 3000 TL arası
3. 3001 – 5000 TL arası
4. 5001 – 7000 TL arası
5. 7001 – 10000TL arası

6. 10000 TL'nin üstünde

6. Kimlerle yaşıyorsunuz?

1. Ebeveynlerle/ Ebeveynle
2. Yalnız
3. Ev arkadaşıyla/ arkadaşlarla
4. Eşle veya partnerle
5. Kardeşle/ Kardeşlerle
6. Çocukla / çocuklarla
7. Diğer.....

7. Medeni durumunuz?

1. Bekar
2. İlişkisi var
3. Evli
4. Boşanmış
5. Eşi vefat etmiş

8. Çocuğunuz var mı?

1. Evet
0. Hayır

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz kimse var mı? (Çocuğunuz dışında)

1. Evet
0. Hayır

10. Kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

1. Evet Hastalığınız nedir?

0. Hayır

11. Bipolar bozukluk dışında eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

1. Evet Hastalığınız nedir?

0. Hayır

12. Bipolar bozukluk tanısını ne zaman aldınız?

.....

13. En son mani/depresyon atağını ne zaman yaşadınız?

.....

14. Hangi sıklıkta atak yaşıyorsunuz? (Son bir yıldaki atak sayınız.)

Mani:

Depresyon:

15. Baskın atak türünüz nedir?

.....

16. Düzenli olarak hangi ilaç(ları) kullanıyorsunuz? Kullanıyorsanız hangi ilacı kullandığınızı belirtiniz.

Hangi ilacı kullanıyorsunuz?

17. Psikoterapi alıyor musunuz?

1. Evet

0. Hayır

EK 4.**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği**

Semptom	Belirtileri
1. DEPRESİF RUHSAL DURUM (keder, umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik duygusu)	0 Yok. 1 Bu duygusal durumlar hekim soru sorduğunda anlaşılır. 2 Bu duygusal durumları hasta kendiliğinden sözle ifade eder. 3 Bu duygusal durumları hasta sözsüz ifade eder, yani yüz ifadeleri, duruş vaziyeti, ses tonu ve ağlama eğilimi ile. 4 Hasta kendiliğinden sözlü veya sözsüz ifade ile YALNIZCA bu duygu durumlarını ifade eder.
2. SUÇLULUK DUYGULARI	0 Yok 1 Hasta kendini suçlar, çevresindekileri hayal kırıklığına uğrattığı duygusuna kapılır. 2 Suçluluk fikirleri veya geçmişteki hatalar yahut kötü davranışların aşırı düşünülmesi. 3 Mevcut hastalığın bir ceza olduğu duygusu; suçluluk yanılgıları. 4 Hasta kendini suçlayan sesler işitir.
3. İNTİHAR	0 Yok. 1 Hayatın yaşanmaya değer olmadığı duygusu. 2 Hasta ölmeyi ister. Benliğe yönelik çeşitli ölüm fikirleri. 3 İntihar fikirleri ve davranışları. 4 İntihar girişimleri (herhangi bir ciddi girişim 4 puan ile değerlendirilir).
4. GECE BAŞLANGICINDA UYKUSUZLUK	0 Uykuya dalmada güçlük yoktur. 1 Ara sıra (yani 1/2 saatten daha fazla) uykuya dalma güçlüğünden şikayet eder. 2 Her gece uykuya dalma güçlüğünden şikayet eder.
5. GECE ORTASINDA UYKUSUZLUK	0 Hiçbir güçlük yoktur. 1 Hasta gece süresince huzursuzluk ve rahatsızlıktan şikayet eder. 2 Gece süresince uyanmalar (miksiyon amacı dışında her yataktan kalkma 2 puanla değerlendirilir).

6. SABAHA KARŞI UYKUSUZLUK	0 Hiçbir güçlük yoktur. 1 Hasta sabahın erken saatlerinde uyanır fakat yeniden uykuya dalaabilir. 2 Yataktan kalktığı takdirde yeniden uykuya dalamaz.
7. ÇALIŞMA VE FAALİYETLER	0 Hiçbir güçlük yoktur. 1 Faaliyetlere, çalışmaya ya da hobilere ilişkin yeteneksizlik, halsizlik veya zayıflık düşünce ve duyguları. 2 Faaliyetlere, hobilere ya da çalışmaya karşı ilgi kaybı - bunu ya hasta kendisi bildirir ya da dolaylı olarak gösterdiği uyuşukluk, kararsızlık ve tereddüt ile anlaşılır (çalışma ya da aktivite göstermede kendisini zorlaması gerektiğini hisseder) 3 Faaliyetlere ayırdığı zamanda fiili azalma ya da randıman azalması. Klinikte veya hastanede hasta, koğuştaki gerekli işler dışında günde en az 3 saatini hastane işleri ya da hobiler gibi faaliyetlere ayırmadığı takdirde 3 puan ile değerlendirilir. 4 Hastanın mevcut hastalığı yüzünden çalışmasını durdurması. Hastanede ya da klinikte, hasta koğuştaki gerekli işler dışında hiçbir faaliyet göstermediği ya da bu işleri yardım görmeden yapamadığı takdirde 4 puan ile değerlendirilir.
8. RETARDASYON (düşünce ve konuşmada yavaşlama; konsantrasyon yeteneğinde bozukluk; motor aktivitede azalma)	0 Konuşma ve düşünce normal. 1 Mülakatta hafif retardasyon. 2 Mülakatta belirgin retardasyon. 3 Mülakatta güçlük. 4 Tam stupor hali.
9. AJİTASYON	0 Yoktur. 1 Ellerle, saçlarla v.s. oynama. 2 Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudakları ısırma.

10. PSİŞİK ANKSİYETE	0 Yoktur. 1 Subjektif gerilim ve iritabilite. 2 Önemsiz meselelerde kaygılanma. 3 Yüz ifadesi ya da konuşma ile beliren ürkek tutum. 4 Soru sorulmadan ifade edilen korkular.
11. SOMATİK ANKSİYETE	Anksiyetenin yanısıra görülen fizyolojik belirtiler, örneğin; Gastro-entestinal -ağız kuruması, gaz, hazımsızlık, diyare, kramplar, geçirme. Kardiovasküler - palpitasyon, baş ağrısı, Solunum - hiperventilasyon, iç çekme 0 Yoktur. 1 Hafif. 2 Orta derecede. 3 Şiddetli. 4 Yaşantısını etkileyecek nitelikte.
12. SOMATİK GASTROENTESTİNAL SEMPTOMLAR	0 Yoktur 1 İştah kaybı mevcuttur, fakat hasta klinik personelin ısrarı olmaksızın yemek yer. Karında ağırlık duyguları. 2 Klinik personelin zorlaması olmaksızın yemek yemede güçlük. Gastro entestinal semptomlar için medikasyon yahut barsaklar için laksatif veya medikasyon talep eder ya da gerektirir.
13. SOMATİK GENEL SEMPTOMLAR	0 Yoktur. 1 Ekstremiteler, sırt veya başta ağırlık duygusu. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kas ağrıları. Enerji kaybı ve kolay yorulma. 2 Herhangi bir belirgin semptom 2 puan ile değerlendirilir.
14. GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, adet bozuk-lukları gibi semptomlar)	0 Yoktur. 1 Hafif. 2 Şiddetli.

15. HİPOKONDRI YAZIS	0 Yoktur. 1 Evham, kendini dinleme (somatik). 2 Sağlıkla aşırı ilgilenme 3 Sık sık şikayetler, Yardım talepleri vs. 4 Hipokondriyak yanılgılar												
16. KİLO KAYBI	A. ANAMNEZE GÖRE DEĞERLENDİRME 0 Kilo kaybı yok. 1 Muhtemelen mevcut bir hastalıkla ilgili kilo kaybı. 2 Kesin kilo kaybı (hastaya göre). B. PSİKİYATRİST TARAFINDAN GERÇEK KİLO DEĞİŞİMLERİ ÖLÇÜLEREK YAPILAN DEĞERLENDİRMELERE GÖRE 0 Haftada 1/2 kilodan az kilo kaybı. 1 Haftada 1/2 kilodan fazla kilo kaybı. 2 Haftada 1 kilodan fazla kilo kaybı.												
17. HASTANIN HASTALIĞININ BİLİNCİNDE OLMASI	0 Hasta, depresif ve hasta olduğunu kabul eder. 1 Hastalığını kabul eder ama nedenini kötü diyet, iklime, aşırı çalışmaya, viral enfeksiyonlara, dinlenme ihtiyacına vs bağlar. 2 Hastalığını reddeder.												
18. GÜNLÜK DEĞİŞKENLİK	<table><tr><td>Öğleye kadar</td><td>Öğleden sonra</td><td></td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>Yoktur.</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>Hafif.</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>Şiddetli.</td></tr></table>	Öğleye kadar	Öğleden sonra		0	0	Yoktur.	1	1	Hafif.	2	2	Şiddetli.
Öğleye kadar	Öğleden sonra												
0	0	Yoktur.											
1	1	Hafif.											
2	2	Şiddetli.											
19. DEPERSONALİZASYON VE DEREALİZASYON (örneğin:gerçek dışı duygular,nihilistikfikirle r)	0 Yoktur. 1 Hafif. 2 Orta derecede. 3 Şiddetli. 4 Yaşantıyı etkileyecek nitelikte.												

20. PARANOİD SEMPTOMLAR	0 Yoktur. 1 2 Şüpheli. 3 Referans fikirleri. 4 Referans ve perseküsyon yanılgıları.
21. OBSESYONEL VE KOMPULSİF SEMPTOMLAR	0 Yoktur. 1 Hafif. 2 Şiddetli.

22. ÇARESİZLİK DUYGUSU	0 Yoktur. 1 Yalnızca soru üzerine ortaya çıkan subjektif duygular. 2 Hasta çaresizlik duygularını kendiliğinden ifade eder. 3 Koğuşta gerekli işleri ya da kişisel hijyeni yerine getirmek için zorlama, yol gösterme ve ikna gerektirir. 4 Giyinmek, bakım, yemek yemek veya kişisel hijyen için fizik yardım gerektirir.
23. UMUTSUZLUK DUYGUSU	0 Yoktur. 1 Arada bir (herşeyin düzeleceğinden) kuşku duyar, ama ikna edilebilir. 2 Sürekli olarak umutsuzluk duyar, ama ikna çabalarını kabul eder. 3 Cesaretinin kırıldığını, umutsuz ve geleceğe karamsar gözlerle baktığı gibi duygularla ifade eder ve bu duygular ikna yoluyla giderilemez. 4 Hiçbir nedeni olmadan ve yersiz olarak (iyileşmeyeceği) veya benzeri düşüncelerde ısrar eder.

24. DEĞERSİZLİK DUYGUSU	Hafif özsaygı kaybından, aşağılık duyguları ve kendini değersiz görme ile değersizlik duygusu yanılıklarına kadar değişir. 0 Yoktur. 1 Yalnızca soru üzerine değersizlik duygularını (özsaygı kaybı) belirtir. 2 Kendiliğinden değersizlik duygularını (özsaygı kaybı) belirtir. 3 2' den farkı şiddet derecesidir: Hasta, kendiliğinden " bir işe yaramadığını" , "aşağılık olduğunu" dile getirir. 4 Delüzyon niteliğinde değersizlik düşünceleri, yani " çöp kadar değerim yok" veya benzeri gibi ifadeler).
--------------------------------	--

Değerlendiren Dr:

EK 5.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

- 0. Yok
- 2. Kendisi arttığını belirtiyor
- 4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
- 6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
- 8. Düşmanca işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

- 0. Artma yok
- 2. Kendini konuşkan hissediyor
- 4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
- 6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
- 8. Basınçlı, durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

- 0. Yok
- 1. Çevresel; hafif çelinebilir, düşünce üretimi artmış
- 2. Çelinebilir; amaca yönelememe, sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
- 3. Fikir uçuşması; teğetsellik, takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
- 4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

- 0. Normal
- 2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
- 4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
- 6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
- 8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, iş birliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor, görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı, görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 6.

Beck Anksiete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 7.

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği

COPE-R

Sevgili Katılımcı

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız. Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“**Asla Böyle Yapmam**” için 1’i, “**Çok Az Böyle Yaparım**” için 2’yi, “**Böyle Yaparım**” için 3’ü, “**Çoğunlukla Böyle Yaparım**” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanılan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırıyorum.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşılarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8	Problemi çözümlmek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4

11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4
		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

EK 8.

Etik Kurul Kararı

T.C.
NIŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU KARAR SURETİ

Toplantı Tarihi : 09.06.2022

Toplantının Yeri: Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası

Toplantı Sayısı : 2022/23

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Uğur YOZGAT	Başkan
Doç. Dr. Umut BAŞOĞLU	Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ	Üye
Prof. Dr. Ömer Cüneyt BİNATLI	Üye
Prof. Dr. Ahmet İrfan YÜKLER	Üye
Prof. Dr. Serkan KESKİN	Üye
Öğr. Gör. Erkul BULUT	Üye
Demet ÖVELEK	Raportör

Gündem:

Gündem1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sultan Ağırtmış'ın "Hastanelerde Stratejik Stok Yönetimi; Bir İlçe Hastanesi Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ömürcahan Bozkuş'un "Yetişkinlerde Sosyal Medya Bağımlılığının Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Yalnızlık Düzeylerine Etkisi: İstanbul Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem3. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Lale Köse'nin "Covid-19 Pandemisinin Sağlık Kurumlarında Çalışan İdari Personel Üzerindeki Etkisinin Yönetim Sürecine Yansımaları" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem4. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Gülsüm Yıldız Budak'ın "Hastane Yönetiminde Sürdürülebilir Yaklaşım Uygulamalarına Bir Örnek: Yeşil Yönetim Uygulamalarının Etkilerinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem5. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Duygu Kaplan'ın "Bir Kamu Kurumunda Kullanılan Himss Emram Modeli Kullanımında Sağlık Çalışanlarının Hizmet Sunumuna Etkileri Konusunda Bilgi, Tutum ve Beklentilerinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem6. Üniversitemiz Lisansüstü Enstitüsü öğrencisi Sevinç Sevinç'in "Dijitalleşmenin ve Yapay Zekanın Serbest Muhasebeci Mali Müşavir ve Uygulamalarına Etkileri" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem7. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Uğur Aydın'ın "10 Yaş grubu sporcu lisansı olan kız ve erkek çocukların bağıl yaş ortalamalarının seçilmiş bazı biyomotorik özellikler ile karşılaştırılması" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem8. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Cemre İnik'in "Tez Başlığı / Title of Thesis olan Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Örgütsel Sinizm Düzeyleri ile Presenteizin Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem9. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Gülşah İnanç'ın "Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Ekip Çalışması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem10. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Nesrin Özkılıç'ın "Kurum Kültürünün Oluşmasında İnsan Kaynaklarının Önemi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem11. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ebru Koçkara'nın "Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Mesleki Motivasyonları Üzerine Etkisi: Erzincan İli Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem12. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi İlayda Şanlı'nın "Depresyon algısı yüksek gönüllülere uygulanan BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi)'nin ve Çözüm Odaklı Terapinin Karşılaştırılması" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem13. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Harun Karakaya'nın "Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü Performans Sporcularının Spor İşletmeleri Üzerindeki Memnuniyet Düzeylerinin incelenmesi (Kayseri İli Örneği)" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem14. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Burcu Seden Çiftci'nin "Covid-19 Tanısı Almış Hastalarda Travma sonrası Stres Bozuklukları ve Ölüm Kaygısının Kendilik Algısıyla İlişkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem15. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Hidaye Özge Sarıkaya'nın "Depresyon Belirtileri Gösteren Yetişkinlerin Sosyal ve Duygusal Yalnızlıklarının Toplumsal Aidiet Duygusuyla İlişkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem16. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Barış Karahan'ın "Takım ve Bireysel Branşlardaki Antrenörlerin Liderlik Özelliklerinin Karşılaştırılması İbb Spor İstanbul Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem17. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Müge Ağır Sezgin'nin "Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bir Çocukta DIR/Floortime Müdahalesinin Sosyal ve Duygusal Beceriler Üzerine Etkisi: Olgu Sunumu" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem18. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Zilan Kaki'nin "Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Dans ve Hareket Temelli Çalışmanın İşlevsellik, Kaygı Düzeyleri ve Baş Etme Tutumlarına Etkisi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Karar18. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Zilan Kaki'nin "Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Bireylerde Dans ve Hareket Temelli Çalışmanın İşlevsellik, Kaygı Düzeyleri ve Baş Etme Tutumlarına Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Onam Formlarındaki kişisel verilere ilişkin sorumluluk Araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar19. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sema Saçlı'nın "Bruksizmin Duyguları Tanıma Düzeyleri ve Kişilik özellikleri ile ilişkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Onam Formlarındaki kişisel verilere ilişkin sorumluluk Araştırmacıya ait olmak şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar20. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Tolga Salar'ın "Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Mesleki Riskler ve Risk Yönetimi, Kırıkkale İli Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın İl Sağlık Müdürlüğünden ilgili izin yazısını alması şartıyla **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar21. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Dilek Kuyumcu'nun "Sağlık Sektöründe Mobbing ve İş Doyumuna Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Telif haklarına ilişkin gerekli izinler araştırmanın sorumluluğunda olmak şartıyla **uygunluğuna** karar verildi.

Karar22. Üniversitemiz Meslek Yüksekokulu bünyesinde görev yapmakta olan Öğr. Gör. Ebru Şen'in "Türk Toplumunun Ulusal Kansere Tarama Standartları Konusunda Bilgisinin Değerlendirilmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar23. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Antrenörlük Eğitimi bölümü Arş. Gör. Ali Berkay Tolalı'nın "Ayak Değiştirmeden Yapılan Tekrarlı Lunge Hareketi Sırasında Öndeki Baskın Öndeki Baskın Bacağa ve Sonrasında Baskın Olmayan Bacağa Uygulanan Titreşimin Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar24. Eskişehir Üniversitesi Öğr. Üyesi Doç. Dr. Mehmet Kale ile Üniversitemizin Yüksekokulu Antrenörlük Eğitimi bölümü Arş. Gör. Ezgi Uyar'ın "Tekrarlı İzoinersiyal Lunge Hareketinin Sprint, Denge ve Sıçramaya Akut Etkileri" konulu çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.