



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISI ALAN KADINLARIN
HASTALIK ALGILARI İLE BİLİŞSEL HATALARI, ANKSİYETE
VE DEPRESYON SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

KÜBRA GİZEM TARHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. AHMET EMRE SARGIN

İstanbul – 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU TANISI ALAN KADINLARIN
HASTALIK ALGILARI İLE BİLİŞSEL HATALARI, ANKSİYETE
VE DEPRESYON SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Kübra Gizem Tarhan

154102026

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. AHMET EMRE SARGIN

İstanbul – 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102026
Öğrenci Adı Soyadı	: Kübra Gizem Tarhan
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargın
Tezin Başlığı	: Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Kadınların Hastalık Algıları ile Bilişsel Hataları, Ansiyete ve Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 17.11.2017	Saati	: 18:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
• OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi.	<input type="radio"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
• OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargın	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘‘Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Kadınların Hastalık Algıları ile Bilişsel Hataları, Ansiyete ve Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki’’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Kübra Gizem TARHAN

İmza:

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin ve tez çalışmalarım sürecinde tavsiyeleri ve rehberliği ile bana çok yardımcı ve destek olan değerli hocam ve tez danışmanım, Yard. Doç. Dr. Ahmet Emre SARGIN'a,

Yardım ve desteklerini esirgemeyen ve beni tez çalışma süresi boyunca motive eden Psk. Mehmet Fatih ERTEN, Psk. Özge KARAMAN, Psk. Dilara DEMİR ve Av. Ayşen EKİNCİ'ye

Ayrıca, bugün olduğum kişi olmamda başrolü oynayan anne ve babama, her türlü maddi, manevi destekleri, ilgileri, ve hiçbir zaman vazgeçmedikleri sevgilerinden dolayı derin sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

(Tarhan, Kübra Gizem, Yüksek Lisans Tezi, 2017)

**Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Kadınların Hastalık Algıları İle
Bilişsel Hataları , Ansiyete Ve Depresyon Semptomları Arasındaki
İlişki
ÖZET**

Araştırmanın amacı, Polikistik over sendromu tanısı alan kadınların hastalık algıları ile bilişsel hataları , ansiyete ve depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın örneklemini sosyal medyadaki dayanışma gruplarından rastgele toplanan 98 PKOS tanılı hasta oluşturmaktadır. Araştırma verileri; “ Hastalık Algısı Ölçeği, Bilişsel Hatalar Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri” ve araştırmacı tarafından hazırlanmış olan “Kişisel Bilgi Formu” kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmadaki veriler SPSS For Windows 15.00 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman ve Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça, hastalık tipi-kimlik puanları da artış göstermektedir. PKOS’lu bireylerin hastalık hakkındaki görüşler altboyutlarından Tedavi kontrolü puanları ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Diğer alt ölçekler ile anksiyete arasında anlamlı ilişkiler saptanmamıştır. PKOS tanısı alan bireylerin hastalık algıları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça, hastalık tipi-kimlik puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir. PKOS tanısı alan bireylerin depresyon düzeyleri ile sonuçlar alt boyutu arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. PKOS tanısı alan bireylerin hastalık algıları ile bilişsel hatalar toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin bilişsel hataları toplam puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin bilişsel hatalar toplam puanları ile sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutları arasında negatif yönde, çok zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. PKOS tanısı alan bireylerin bilişsel hataları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; katastrofize etme puanları ile anksiyete düzeyleri

arasında negatif yönlü, çok zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Anksiyete düzeyleri ile kişiselleştirme puanları arasında negatif yönde, çok zayıf ve anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Anksiyete düzeyleri ile duygusal temsiller puanları arasında aynı yönde çok zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. PKOS tanısı alan bireylerin hastalık algıları ile bilişsel hatalar toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin bilişsel hataları toplam puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında negatif yönlü, çok zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, anksiyete, hastalık algısı, bilişsel hatalar, polikistik over sendromu.



(Tarhan, Kübra Gizem, Master of Science Thesis, 2017)

**Relationship Between Sickness Perception And Cognitive Error,
Anxiety And Depression Symptoms In Female Patients With Polycystic
Ovary Syndrome**

ABSTRACT

The aim of the research is inspecting the relation between, perception of the disease in women diagnosed with polycystic ovary syndrome (PCOS) and their cognitive errors, anxiety, depression symptoms. 98 women diagnosed with PCOS randomly chosen from social media support pages are samples of the research. The data were collected by using Illness Perception Questionnaire, Cognitive Errors Questionnaire, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory and Personal Info Form by the research. Data was analysed by using SPSS for Windows 15.00. Identifying statistics techniques have been used for analysing the data. Correlation between scale points have been calculated by Spearman and Pearson Correlation Analysis. According to the research data, there was a positive correlation between anxiety level of the patients and disease type points. Also there was another positive correlation between treatment control points and anxiety levels. Other scales had no correlation with anxiety. According to correlation between perception of disease and anxiety levels of PCOS diagnosed patients, anxiety levels were connected with disease type points. There was a positive weak correlation between depression levels of PCOS diagnosed patients and sub-dimensional results. According to relation between perception of disease of PCOS diagnosed patients and total points of cognitive errors, there was a negative significant relation between individuals' cognitive errors and disease type points. And there was a weak negative and significant relation between individuals' cognitive errors with results and emotional representations. According to PCOS diagnosed patients' individual cognitive errors and anxiety levels, catastrophization scales and anxiety levels had negative significant relation. Anxiety levels and personalisation points had negative weak and insignificant relation. In that vein anxiety levels and emotional representations had very weak and significant relations.

According to PCOS diagnosed patients. Perception of disease and cognitive errors total points had negative weak and significant correlation between diseased type points.

Key words: Depression, anxiety, illness perception, cognitive errors, polycystic ovary syndrome.



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Tez Savunma Tutanağı.....	i
Yemin Metni.....	ii
Önsöz / Teşekkür	iii
Özet	iv
Abstract.....	vi
İçindekiler.....	viii
Kısaltmalar ve Simgeler Sayfası	xii
Tablolar Listesi	xiii
Giriş	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
1.1. Araştırmanın Problem Cümlesi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Araştırmanın Sayıtları.....	4
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
İKİNCİ BÖLÜM	
İLGİLİ LİTERATÜR	
2.1. Polikistik Over Sendromu.....	5
2.1.1. Tanı Kriterleri ve Epidemiyoloji.....	5
2.1.2. Menstrüel Düzensizlikler.....	7
2.1.3 Hirsutizm.....	7
2.1.4. Obezite.....	7
2.1.5. Akne.....	8

2.1.6. İnfertilite.....	9
2.2. Uzun Dönem Sağlık Riskleri.....	9
2.3. Tedavi.....	10
2.4. Polikistik Over Sendromunda Depresyon ve Anksiyete.....	11
2.5. Hastalık Algısı.....	12
2.5.1 Hastalık Algısı ile İlgili İnanışlar.....	15
2.5.2. Hastalık ile İlgili Kendini Düzenleme Modeli.....	15
2.5.3. Hastalık Algısını Değerlendirme.....	18
2.5.4. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar.....	18
2.6. Bilişsel Çarpıtmalar Kavramı ve Kuramsal Açıklamalar.....	21
2.6.1. Bilişsel Terapi Modeli.....	21
2.6.2. Otomatik Düşünceler.....	22
2.6.3. Ara İnançlar.....	22
2.6.4. Temel İnançlar.....	23
2.6.5. Bilişsel Hatalar.....	23
2.7. Anksiyete.....	26
2.7.1. Anksiyete Tanımları.....	26
2.7.2. Anksiyetenin Nedenleri.....	27
2.7.3. Anksiyete Bozuklukları.....	29
2.7.4. Anksiyete Belirtileri.....	30
2.8. Depresyon.....	30
2.8.1. Depresyonun Etyolojisi.....	32

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli.....	35
3.2. Evren ve Örneklem.....	35
3.3. Verilerin Toplanması.....	35
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	36
3.3.2. Beck Anksiyete Envanteri.....	36
3.3.3. Beck Depresyon Envanteri.....	37
3.3.4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ).....	37
3.3.5. Bilişsel Hatalar Ölçeği (BHÖ).....	40
3.4. Verilerin İstatiksel Analizi.....	41

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR.....	42
----------------------	-----------

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM.....	57
-------------------------------	-----------

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler	67

KAYNAKÇA.....	69
----------------------	-----------

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu.....	79
EK-2 Beck Anksiyete Envanteri.....	82
EK-3 Beck Depresyon Envanteri.....	84
EK-4 Bilişsel Hatalar Ölçeği.....	88
EK-5 Hastalık Algısı Ölçeği.....	95
EK-6 Özgeçmiş.....	99



KISALTMALAR LİSTESİ

PKOS: Polikistik Over Sendromu

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği

BHÖ: Bilişsel Hatalar Ölçeği

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BDE: Beck Depresyon Envanteri

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

NIH: National Institutes of Health

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AES: Androgen Excess Society

FG: Ferriman-Gallwey

DM: Diabetes Mellitus

SHBG: Seks hormon bağlayıcı globülin

E2: Estradiol

GH: Growth Hormon

LH: Luteinizan hormon

DHEA: Dehidroepiandrosteron

FSH: Follicle-Stimulating Hormone

SDBY: Son Dönem Böbrek Hastalığı

MS: Multipl skleroz

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Tablo 2. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar (Devam)

Tablo 3. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar (Devam)

Tablo 4. Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyut, astalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 5. Hastalık Nedenleri Alt Boyutuna İlişkin Dağılımlar

Tablo 6. Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puanlarının Bilişsel Hatalar Toplam Puanlarına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi

Tablo 7. Beck Anksiyete ile Beck Depresyon, Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyut, Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

Tablo 8. Beck Depresyon ile Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyut, Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

Tablo 9. Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyutları ile Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

BÖLÜM I

GİRİŞ

Polikistikover sendromu (PKOS) üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen endokrinolojik bozukluk olup peripubertal dönemden itibaren başlayan menstrüel düzensizlikler (oligo-amenore, disfonksiyonel uterus kanaması), hiperandrojenizm bulguları (hirsutizm, akne, ciltte yağlanma, androjenik alopesi), obezite ve infertilitenin kadınlarda oluşmasındaki önemli sebeplerden biridir. Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyip genetik ve çevresel etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan bir hastalık olarak düşünülebilir. Sıklığı tanıda hangi kriterlerin değerlendirmeye alınıp alınmadığına bakılarak farklılaşmakla beraber yaklaşık % 6-8 civarındadır. 2003 yılında düzenlenen bir uzman toplantısında 1990 U.S. National Institutes of Health (NIH) kriterleri tekrar gözden geçirilmiş ve öncekine benzer şekilde diğer etyolojik nedenler elendikten sonra PKOS tanısının Rotterdam kriterleri olarak bilinen aşağıdaki üç kriterden ikisinin birlikteliği ile koyulması önerilmiştir.

- Oligo veya anovulasyon
- Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm bulguları
- Ultrasonda (USG)' de polikistikover görünümü (Baysal, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bireylerin fizyolojik ve psikolojik olarak yaşadıkları tehdit ve anksiyete oluşumunda fiziksel hastalıkların rolü büyüktür. Hastalık, hasta olan bireyin rahatsızlığının farkında olması ve rahatsızlığıyla ilgili tecrübeler ile şekillenir. Bu şekillenen tecrübelerin getirdiği hastalık algısı kişiden kişiye değişim göstermektedir (Kocaman ve ark., 2007)

Hastalık algısı; hastaların kendi hastalıkları hakkındaki inançları ve bilişsel değerlendirmeleri bütünüdür. Hastalık tanısı konulduğu zaman o anki durum inanç ve bilişsel değerlendirme sürecine bağlı olarak kişi organize bir model geliştirir. Bu modelde hastalığı denetim altına alma da önemli bir faktördür. Hastalık algısı

modelinde hastalığa bağlı meydana gelen semptomlar hakkındaki inanışlar, hastalığın evreleri ve zamanı, algılanan sonuçları, hastalığın tedavi ve kontrol edilebilirliği ve olası nedenleri ile ilgili özel inançları ortaya konulmaktadır (Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Bireyin bilgiyi işleme sisteminde oluşan yanlışlık sonucunda meydana gelen, kişi için önemli sayılan inançlarının ya da şemalarının yol açtığı bilişsel yapılara bilişsel çarpıtmalar denmektedir. Bilişsel hata, sistematik hata, akla uygun olmayan inançlar, olumsuz düşünce, gerçekçi olmayan düşünce ve işlevsel olmayan biliş gibi kavramlar ile de adlandırılmaktadır (akt. Türkçapar 2009).

Birey tarafından hissedilen, ara ara kaygı ile birlikte görülen mutsuzluk, keder, bunaltı veya sıkıntı uyandıran aynı zamanda bireye nefes alamama hissini yaşatan duyguya anksiyete denmektedir (Burkovik, 2013). Türkçapar (2004)'e göre elle tutulur duyularla algılanan, büyük zarar oluşabilecek bir durum olmaksızın sürekli ve şiddetli olarak bir anksiyete meydana geliyorsa ve bu bireyin yaşam şeklini olumsuz yönde etkiliyorsa bu hal bize anksiyete bozukluğunu çağrıştırmaktadır. Deneyimlenen bu kaygı durumuna; terleme, huzursuzluk, göğüste sıkışma, baş ağrısı, kas gerginliği gibi belirtiler eşlik etmektedir.

Depresyon; duygu durumunda meydana gelen çeşitli değişiklikler ile gözlenen, birkaç belirti ve bileşimlerin sonucu meydana gelen, zaman dilimi bakımından uzun bir sürede devam edebilen, bireyin sahip olduğu işlevselliğin gözlenebilir düzeyde kaybolması durumu yaratan ve dönem dönem tekrarlama riskine sahip bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Rihmer ve Angst, 2007). Aynı zamanda duygulanımdaki çökkünlükle birlikte gelen mutsuzluk, akla gelen düşüncelerde, konuşmada ve hareketlerde meydana gelen yavaşlama, bireyin durgunlaşması ve kendini değersiz hissetmesi, her duruma özgü yaşanan isteksizlik hali, kendini güçsüz hissetme, karamsarlık hali tablosunu gösteren bir ruhsal hastalık olarak ta tanımlanmaktadır (Küey, 1998). Psikiyatrik hastalıklar içinde en fazla görülen ve zihinsel bir bozukluk olarak bilinen hastalık grubu depresyondur. Yaygınlığına bakıldığında oran %9-20 arasında değişirken, kadınların depresyon tanısı almaları erkeklere oranla 2 kat daha fazladır (Öztürk, 2004).

1.1.Problem

Bu araştırmanın temel problemi, “Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Kadınların Hastalık Algıları ile Bilişsel Hataları , Ansiyete ve Depresyon Semptomları Arasındaki İlişki” olarak belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Polikistik over sendromu tanısı alan kadınların hastalık algıları ile bilişsel hataları , ansiyete ve depresyon semptomları arasındaki ilişkiye bakılmak amacı ile yapılacaktır. Literatüre baktığımızda PKOS ile anksiyete, depresyon ve öfke arasındaki ilişkiye bakılmış olan çalışmalar mevcuttur fakat infertil kadınların psikolojik yönünü içeren makalelere daha çok rastlamaktayız. Yapılacak olan bu çalışma bu hastalığa sahip olan kadınların hastalıklarını nasıl algıladıklarını ve geliştirmiş oldukları bilişsel çarpıtmalar arasında bir bağlantı olabileceğini öne sürmekte olup, bu hastalığa sahip olan kadınların kendilerini ne kadar kaygılı ve depresif duygulanımda hissettiklerini incelemeyi sağlayacaktır. Aynı zamanda Türkiye’de daha önce yapılmamış bir çalışma olup , alanda ilk olma özelliğini taşıyacaktır. Bu tanıyı alan kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları olumsuz düşünce, duygu ve inançların nasıl gerçeğe uygun hale dönüştürülebilmesi ile alakalı farkındalık yaratarak daha sonra yapılacak olan araştırmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- 1.PKOS tanısı alan kadınların hastalık algıları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki vardır.
- 2.PKOS tanısı alan kadınların hastalık algıları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki vardır.
- 3.PKOS tanısı alan kadınların hastalık algıları ile bilişsel hataları arasında bir ilişki vardır.
- 4.PKOS tanısı alan kadınların bilişsel hataları ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki vardır.
- 5.PKOS tanısı alan kadınların bilişsel hataları ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Yapılacak olan bu çalışma bu hastalığa sahip olan kadınların hastalıklarını nasıl algıladıklarını ve geliştirmiş oldukları bilişsel çarpıtmalar arasında bir bağlantı olabileceğini öne sürmekte olup, bu hastalığa sahip olan kadınların kendilerini ne kadar kaygılı ve depresif duygulanımda hissettiklerini incelemeyi sağlayacaktır.

1.5. Sayıtlar

1. Araştırmaya katılan hastalar, uygulanan anketi ve ankette yer alan ölçeklerle kişisel özelliklere ilişkin soruları samimiyetle ve doğru olarak cevaplamışlardır.
2. Araştırmanın örnekleme, evreni temsil etmektedir.
3. Araştırmanın ölçme araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir (Ölçme araçlarının güvenilirliği asıl analizler öncesi kontrol edilmiştir).

1.6. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları;

1. Bu araştırma hipotezde belirtilen sorular ile sınırlıdır.
2. Araştırma örnekleme grubunda yer alan kadın hastalar ile sınırlıdır.
3. Araştırma süre kapsamında 2017 yılında gerçekleştiği için sınırlıdır.
4. Araştırmanın sonuçları, araştırmaya katılan hastaların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

BÖLÜM II - GENEL BİLGİLER

İLGİLİ LİTERATÜR

2.1. Polikistik Over Sendromu

Polikistik over sendromu (PKOS) üreme çağındaki kadınlarda meydana gelen endokrinolojik bir bozukluktur. Amenore, obezite ve hirsutizm triadı olarak bilinen PKOS 1935 yılında ilk defa Stein ve Leventhal tarafından tanımlanmıştır. 2017 yılına kadar PKOS tanısında önem teşkil eden gelişmeler gözlenmiş olup, sendromun etyopatogenezi ve tanı kriterleri hakkında hala tartışmalar devam etmektedir (Arıcı ve ark., 2006; akt., Melekoğlu, 2014).

2.1.1. Tanı Kriterleri ve Epidemiyoloji

PKOS hastalığını evrensel bir biçimde belirli bir ölçüte dayandırmak için ilk kez 1990 senesinde “U.S. National Institutes of Health (NIH)” tarafından oluşturulmuş bir konferans düzenlenmiş ve kriterler açıklanmıştır.

- 1- Hiperandrojenizm (hirsutizm, akne, erkek tipi kellik) ve/veya hiperandrojenemi (yüksek serum androjen konsantrasyonu),
- 2- Kronik oligoanovulasyona bağlı menstrüel düzensizlik,
- 3- Sekonder nedenlerin (hiperprolaktinemi, geç başlangıçlı adrenal hiperplazi, androjen salgılayan tümörler ve Cushing sendromu gibi) ekartasyonu olarak belirlenmiştir (Sharma ve ark., 2010; Çakır ve ark., 2013).

Olası bir kriter olarak düşünülen ultrasonografik PKOS görüntüsünün de ihmal edilmemesi gerektiği düşünülmüştür. Düzenlenen bu konferansta Polikistik over'in en mühim ölçütlerinin hiperandrojenizm ve/veya hiperandrojenemi olması gerektiği belirtilmiştir. Herhangi bir PKOS'lu hastada hiperandrojenemi var ise hiperandrojenizm belirtileri bulunmayabilir. Aynı zamanda hiperandrojenizm

belirtileri mevcutken de hiperandrojenemi semptomları gözlenilmeyebilir (Çakır ve ark., 2013).

2003 yılında Hollanda'nın Rotterdam şehrinde düzenlenen bir uzman toplantısında evrensel tanı kriterleri güncellenmiştir.

- 1- Kronik oligo-anovulasyon,
- 2- Klinik veya laboratuvarla konfirme edilmiş hiperandrojenemi,
- 3- Ultrasonografide polikistik over görüntüsü

Bir bireyin PKOS tanısı alabilmesi için yukarıda bulunan en az iki kriterin kişide bulunması gerekmektedir. Aynı zamanda PKOS görünümüne sahip olabilmesi için kişinin her overinde 2-9 mm çapında 12 veya 12 den daha çok folikülün bulunması ya da ovaryan volüm artışı (<10mL) olması gerekmektedir. Eğer kişide oligoamenore ya da hiperandrojenizm bulunmuyorsa bile PKOS olarak düşünülmesi öngörülmektedir (Saharma ve ark., 2010; Fritz ve Speroff, 2011; Çakır ve ark., 2013).

Tanı kriterlerindeki belirsizlikler nedeni ile 2009 yılında Androjen Fazlalığı Derneği (AES - Androgen Excess Society) çeşitli düzenlemelerde bulunmuştur. Bunlar;

- 1- Androjen fazlalığı (klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm)
- 2- Over disfonksiyonu (oligoanovulasyon ve/veya polikistik over morfoloji)
- 3- Diğer androjen fazlalıklarının ve ovulatuvar hastalıkların dışlanması olarak belirlenmiştir (Çakır ve ark., 2013).

Polikistik Over Sendromu, doğurganlık çağındaki kadınların %5-10 arasında gözlemlenen en fazla reproduktif endokrinopati olarak bilinmektedir. PKOS kadınların %20 'sinde gözlemlense bile Ovulasyonun (yumurtlama) olduğu iki günde vücut ağırlığı kazanımı ve insülin direncinin meydana getirdiği bulgular PKOS ile ilişkilendirilmemelidir. Hirsutizm sahibi kadınların %90'dan fazlası, oligomenore yaşayan kadınların %90'ı, persistan akne bulunanların %80'den fazlası ve kısırılığı meydana getiren anovulatuvar hastalıklarının %75'i PKOS ile ilişkilendirilebilir (Homburg, 2008; akt. Melekoğlu, 2014).

2.1.2. Menstrüel Düzensizlikler

PKOS'da yumurtlamanın olmadığı durumlarda (anovülasyon) gelişen menstrüel düzensizlikler bu sendromun en başta gelen belirtileri olarak kabul edilmektedir. Bu menstrüel düzensizlikler genellikle oligomenore, amenore ve uzamış, düzensiz menstrüel kanama şeklinde görülür. Oligomenore, 35 günü aşan adet dönemi olarak tanımlanır (Diamanti-Kandarakis, 2010; akt. Melekoğlu, 2014). PKOS tanısı almış kadınların %30'luk diliminde normal menstrüel kanamalar görülür. Fakat oligomenore bulunan kadınların %85-90 'ında PKOS varken, amenoreye sahip kadınlarda %30-40 oranında PKOS tanısı bulunmaktadır (Sirmans ve Pate, 2013).

2.1.3. Hirsutizm

Kadınlarda androjenik bölgelerde terminal kıllanmanın olması hirsutizm olarak tanımlanır. Hiperandrojenizmin sık görülen klinik bulgusudur. Kıl foliküllerinin androjene duyarlılığı artmıştır. Hirsutizm, modifiye Ferriman-Gallwey (FG) skorlaması ile değerlendirilir. Ferriman-Gallwey skorlaması ile androjenik bölgelerin (bıyık, çene, yukarı göğüs, karın ve sırt) kıllanması derecelendirilir; 8 ve üzeri değerler hirsutizm olarak belirlenir. Hirsutizm prevalansı %2-8 arasında değişmektedir. Etnik gruplar arasında farklılıklar vardır. Hirsutizmi olanlarda hiperandrojenizmin daha ciddi bulguları olan virilizasyon ve maskulinizasyon da bulunabilir (Evliyaoğlu, 2011).

2.1.4. Obezite

Polikistik over tanısı alan kadınların %50'sinde obezite görülmektedir. Obezite PKOS'un sonuçlarından biri mi değil mi konusu tartışılırken, kolaylaştırıcı bir etken olma olasılığı da düşünülmektedir. Bu tanıya sahip çoğu kadında menstrüel bozukluk meydana gelmeden önce belirgin bir oranda kilo artışı gözlenmektedir. PKOS'da karın duvarında, visseral mezenterik bölgelerde yağ doku birikimi şeklinde meydana gelen android tipte obezite olur. Bu yağ dokusu katekolaminlere karşı duyarlı olduğundan metabolik olarak aktiftir. Android tipte yağ dağılımı ile birlikte, hiperinsülinemi,

glukoz intoleransı, diabetes mellitus (DM) ve androjen yapım hızında artış olur. Androjenlerdeki artış, Seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) düzeyini azaltarak serbest testosteron ve estradiol (E2) düzeylerinde artışa neden olmaktadır (Harwood ve ark., 2007; Ak ve Memişoğulları, 2011). Zayıf PKOS'lularda serum Growth Hormon (GH) ve Luteinizan hormon LH düzeyi, obez olgulara göre daha yüksektir. Over granüloza hücrelerinde GH reseptörü bulunur ve GH, FSH ile sinerjik etki göstererek IGF-1 sentezinin artmasına, dolayısı ile teka hücrelerinde LH etkisinin artmasına neden olmaktadır (Ak ve Memişoğulları, 2011)

2.1.5. Akne

Akne vulgaris kompleks ve multifaktöriyel bir süreçtir. Yapılan araştırmalara rağmen etiyojisi ve patogenezi tamamiyle anlaşılamamıştır. Dört temel faktör akne lezyonlarının gelişimine katkıda bulunur. Bunlar, foliküler epidermal hiperproliferasyon, sebum fazlalığı, Propionibacterium acnes'in varlığı ve artmış aktivitesi ve inflamasyondur. Akne vulgarisin başlıca nedeni henüz belirlenememiş olsa da androjenlerin merkezi rol oynadığına dair kanıtlar elde edilmiştir. Çeşitli görüşler bu hipotezi desteklemektedir. Bunlar;

- Komedonal akne lezyonlarının ilk olarak androjen hormonların adrenal üretimi ile görülmesi
- Premenarş dönemdeki kızlarda akne gelişimi ile dehidroepiandrosteron (DHEA) dolaşım seviyeleri ile ilişkili olması
- Androjene duyarız bireylerde akne gelişmezken androjen reseptörlerinin akne lezyonlarının geliştiği foliküllerde ve yağ bezlerinde bulunması
- PKOS ya da androjen salgılayan tümörler gibi hiperandrojenizm ile bağlantılı olan farklı durumların akne vulgaris ile ilişkili olması
- Anti-androjen etkili ilaçların akneyi iyileştirmesidir (Moggetti ve Toscano, 2006; akt. Melekoğlu, 2014).

2.1.6. İnfertilite

Birçok olgunun doktora başvurma nedenlerinden en önemlisi infertilite olarak kabul edilebilmektedir. Anovulasyonun temel nedenini infertilite oluştursa da diğer çeşitli etmenler de fertilite sorununun meydana gelişmesinde önemli rol oynar. Örnek verecek olursak; PKOS olgularında artmış erken gebelik kaybı dikkati çekmektedir. Etyolojiye baktığımızda önceleri LH hormonunun yüksekliği bir neden olarak belirtilirken, bulunduğumuz şu dönemde ise insülin hassasiyetinin önemi konuşulmaktadır (Demiröl ve ark., 2006). PKOS olgularında anovulatuvar infertilite sıklıkla gözlenirse de anovulasyonun mekanizması hala bilinmezliğini korumaktadır. PKOS'da görülen anovulasyon; antral folikül gelişiminin 5-10 mm düzeyinde kalmasıyla ve sonuç olarak döngünün preovulatuvar faza girememesi ile karakterizedir. Spontan ovulasyon bazen oluşabilir ve bu bozukluk birçok vakada anti-östrojenler veya eksojen gonadotropinlerle serum FSH konsantrasyonunun artırılması ile düzeltilebilir. Düşük doz FSH kullanılarak ve gerektiğinde kademeli artışlarla artırılan dozlarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki unifoliküler ovulasyon ve normal fertilite PKOS hastalarında geri getirilebilir. Endojen FSH serum seviyelerinin normal siklusun erken folliküler fazda biraz daha düşük olmasına rağmen büyük olasılıkla bu fenomen PKOS'daki primer bir anormallikten ziyade döngüsellüğün eksikliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Franks ve ark., 1998; akt. Melekoğlu, 2014).

2.2. Uzun Dönem Sağlık Riskleri

PKOS hiperandrojenizm, hiperinsülinemi ve glukoz intoleransı ile seyredildiği gibi uzun dönemde infertilite, rekürren spontan abortus, hiperlipidemi, Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve koroner ateroskleroz, endometriyum hiperplazisi ve endometriyum kanseri gibi durumlara neden olabilir. Bu hastalarda tıbbi ya da cerrahi tedavi seçenekleri kullanılmaktadır. PKOS'lu kadınlarda, hiperandrojenizm ve obezite nedeni ile dislipidemi, disfibrinojenemi gelişebilir ve bundan dolayı koroner arter hastalığı riski artar. İnsülin rezistansı da dislipidemiye katkıda bulunur. HDL/LDL oranı azalır, trigliseritler artar. Bir çalışmada, PKOS olan kadınların yaklaşık

%70'inde lipit düzeylerinin sınırdan yüksek olduğu rapor edilmiştir (Talbot ve ark., 2001).

2.3. Tedavi

PKOS hastalığının etyopatogenezi tam olarak bir belirlilik göstermediğinden dolayı mevcut olan spesifik bir tedavi bulunmamaktadır. Tedavi süreci genellikle meydana gelen semptomlara yönelik olarak değişmektedir. Buna bağlı olarak geliştirilen tedavi hedefleri 3 maddede sıralanabilir. Bunlar;

1. Hiperandrojenizmin kontrol edilmesi
2. Menstrüel disfonksiyonun düzeltilmesi
3. Fertilitenin sağlanması

İnsülin direncinin PKOS tanısında önemi anlaşıldığında, insülin duyarlılığını arttıran ajanlar tedavi seçenekleri arasına girmiştir. Aynı zamanda uzun dönem sağlık riskleri dikkate alınarak yaşam tarzında bazı değişikliklerin yapılması önerilmektedir (Pişkinpaşa ve Yıldız, 2005).

PKOS tedavisinde ilaçla yapılan tedavi, cerrahi müdahaleler ve sağlıklı yaşam biçimini benimseyerek çeşitli davranış değişikliklerini meydana getirmek esas alınmaktadır. Menstrüel düzensizlik ve akne problemi nedeniyle oral kontraseptifler, hirsutizm için epilasyon, insülin direncinin düşürülmesi amacıyla metformin içeren ilaç tedavisi, infertilite tedavisinde ovulasyon indüksiyonu, yaşam tarzı değişiklikleri (egzersiz, dengeli beslenme, ağırlık kaybı), duygu durumu ve benlik saygısını geliştirmek için sosyal destek grupları oluşturulması kullanılan yöntemlerdir (Costello ve ark., 2007; Kadioğlu ve Kızılkaya Beji, 2013).

2.4. Polikistik Over Sendromunda Depresyon ve Anksiyete

Literatüre bakıldığı zaman PKOS tanısı alan kadınlarda hangi psikolojik örüntülerin olduğu incelenen birçok araştırma yapılmıştır. PKOS tanısı alan kadınlarda depresyon görülme yaygınlığı %28-64 arasında değişiklik göstermektedir. PKOS tanısı alan kadınların, bu tanıyı almayan kadınlara göre % 7.1-8 oranında depresyon görülme ihtimalleri mevcuttur. Synder, PKOS tanısı alan kadınların hastalıklarına bağlı olarak gelişen fiziksel özelliklerinden dolayı ruhsal ve sosyal anlamda sıkıntılar ile karşılaştıklarından bahsetmiştir. Yapılmış olan bu araştırmanın sonuçlarına göre PKOS belirtilerinin (kilo alımı, menstrüel bozukluklar, hirsutizm, özgüven eksikliği ve infertilite) neden olduğu fiziksel ya da psikolojik belirtiler nedeni ile kendilerini daha az ölçüde kadınsı hissettiklerini öngörmüşlerdir. PKOS tanısının göstermiş olduğu belirtiler ışığında kişinin anksiyete duyması olağan karşılanabilir. Genel popülasyonda anksiyete yaygınlığı %18 iken, PKOS tanısı alan bireylerde bu sayı %34-57'lere çıkmaktadır (Kadıoğlu ve Kızılkaya Beji, 2013).

PKOS'lu hastalar ile gerçekleştirilen bir çalışmada; akne, hirsutizm, menstrual düzensizlikler, artmış beden kitle indeksi (BKİ) ve infertilite ile benlik saygısı ve beden imajı arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Himelein ve Thatcher, 2006). Bazarganipour ve diğerlerinin çalışmasında (2013) PKOS tanısı konulan kadınların benlik saygılarının ve beden imajlarının düşük bir seviyede olduğu saptanmıştır. Zayıf PKOS'lu kadınlar ile yapılan bir çalışmada ise orta seviyede saptanan hiperandrojenizm bulgularının benlik saygısı ve beden imajı üzerinde önemli bir rolünün olmadığı saptanmıştır (Morotti ve ark., 2013). PKOS hastalığına sahip kadınların, dış görünüşlerinde meydana gelen çeşitli değişimler (hirsutizm, akne ve obezite vb.) kadınlık kimliğini negatif yönde etkilemekle birlikte anksiyetenin oluşumuna neden olabilmektedir (Elsenbruch ve ark., 2006; Barnard ve ark., 2007; Morotti ve ark., 2013).

Yapılan bir başka çalışmada PKOS tanısı almayan kadınların PKOS tanısı alan kadınlara göre benlik saygısı puanlarının daha yüksek derecede çıktığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada obezite belirtilerine sahip PKOS'lu kadınların benlik saygısı puanlarının %62.1 oranında düşük olduğu saptanırken, hirsutizm-akne şikayeti olan

kadınlarda ise %75.4 oranında orta dereceli benlik saygısı puanlarının olduğu belirtilmiştir (Açmaz ve ark., 2013).

Himelein ve Thatcher'in (2006) PKOS'lu hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada; akne ve hirsutizm belirtisi gösteren kadınların, benlik saygısı ve beden imajı puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. De Niet ve arkadaşlarının (2010) polikistik over sendromlu kadınlarla ilgili yaptıkları araştırmada ise hirsutizme sahip kadınların, hirsutizmi olmayan kadınlara göre daha az düzeyde beden memnuniyetine sahip oldukları saptanmıştır.

Yapılan araştırmalara göre hormonların, beyin reseptörlerindeki nörotransmitterlerin formunu veya sayısını değiştirdikleri öne sürülmektedir. Bu durum, endojen ve eksojen hassasiyetini değiştirerek ruh halinin kötüleşmesine neden olmaktadır. Fava ve arkadaşlarının (1989) raporlarına göre androjen seviyelerini anormal olarak arttırmış hirsutizme sahip kadınlarda, negatif düşünceler, düşmanlık, depresyon ve irritasyon görüldüğü tespit edilmiştir. Bununla birlikte PKOS tanısı alan kadınlarda saldırganlık eğilimlerinin arttığı gözlemlenmiştir (Balıkcı ve ark., 2014).

2.5. Hastalık Algısı

Bireyin tedaviye uyumu, sahip olduğu hastalıkların engellenmesi ve kişiyi hastalığı hakkında eğitmede rol oynayan en önemli faktörlerden biri kişilerin sahip olduğu hastalıklara ait algılar ve aralarında kurulan bağlantılardır. Yaşanan her hastalık bireye özgüdür ve verilen tepkiler kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu durumun kişiden kişiye farklılık göstermesi; bireylerin yaşamış oldukları deneyimler, inançlar, kendine ait bilgileri ve değerlerinin olması ile açıklanmaktadır (Petrie ve Weinman, 2006).

Hastalık algısı; hastaların sahip oldukları hastalıkları hakkındaki inançları, düşünceleri ve bilişsel değerlendirmelerine denmektedir. Bireylerin yaşadığı; hastalık hakkındaki yorumlamalar, başa çıkma becerileri ve değerlendirme süreçleri hastalık algısı modelinin oluşmasında önemli bir faktördür. Hastalık algısı modelinde; hastalığa bağlı oluşan belirtilere ve hastalığa karşı geliştirilen inançlara ek olarak hastalığın hangi evrede olması, iyileşme zamanı, denetlenebilirliği ve tedaviye

yönelik özel inanışlar da önem arz etmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Karabulutlu ve Karaman, 2015). Bunlara ek olarak, bireyin sahip olduğu hastalıkla başa çıkma yetenekleri, duygu ve davranışları, sahip olduğu yaşam kalitesi ve psikososyal durumu da kişinin hastalık algısından ve düşüncelerinden etkilenmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Bireysel sağlık ve hastalık algısı denilen şey aynı kültüre sahip insanlarda farklılık gösterdiği gibi kültürlerarası durumda da farklılık göstermektedir. Bu nedenden dolayı kültürel faktörlerin önem teşkil ettiği unutulmamalıdır. Bakıldığı zaman hastalık algısı, kişinin bilgiyi kullanmasını ve sahip olduğu hastalıkla başa çıkmasını da etkilemektedir. Hastalık algısı daha çok kişinin sağlık davranışlarının değişmesinde önemli bir faktör olarak bilinen toplumsal değerlerden etkilenmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre kırsal bölgede yaşayan bireylerin belirli bir hastalıkla karşılaştıklarında hastaneye veya hekime başvurmadan önce toplumdaki diğer üyelerden yardım alma istekleri olduğu gözlemlenmiştir (Mosavel, ve ark., 2010).

Bireyler hastalık durumlarında, karşılaştıkları problemleri çözmek ve bu problemler ile başa çıkabilmek için kendilerine özgü temsili modeller geliştirmektedirler. Geliştirilen bu modeller hastalıktan korunmak için yapılan davranışların nasıl şekillendiğini ya da davranışların nelerden etkilendiğini açıklamaktadır. Öz- düzenleme modelinin bir parçası olan sağduyu ve açıklayıcı model hastalık algısını kavramsallaştıran modellerdir.

Leventhal ve arkadaşları sağduyu modelini geliştirirken hastaların bilişsel modellerle kendi çabaları ile başa çıkma yolları geliştirmesi gerekçesini dikkate almışlardır. Sağduyu modeli, hastanın hastalığını ya da hastalığını nasıl kavradığı ve bilgi işleme süreçlerindeki faktörleri, bu bilginin nasıl bir bakış açısı meydana getirdiğini ve bu geliştirilen bakış açısının hangi davranışlara ve sonuçlara yol açtığını açıklamaktadır (Hagger ve Orbell, 2003).

Sağduyu modelinde bireyler kendilerine sunulan çeşitli kaynaklardan gelen bilgiler doğrultusunda zihinlerinde hastalıkla ve yaşamı tehdit eden olaylarla ilgili temsiller geliştirirler. Bu temsiller üç kaynak tarafından meydana gelir. Birincisi, kişilerin önceki iletişimlerinden ve kültürel öğelerden elde edilmiş olan temsillerdir. İkincisi, bireyin dış dünyasına ait uyaranlardan (yakınının hastalandığını görmek)

gelen bilgilerdir. Üçüncüsü ise, hastanın kendisine yönelik tecrübelerden edinilmiş temsillerdir.

Geliştirilen bu temsillere göre bireyler algılanan tehlike ile başa çıkabilmek için bir yol izlerler. Geliştirilen bu yol ile başa çıkma becerisinin geçerliliği değerlendirilebilir ve değişim meydana gelebilir. Başa çıkabilmeyi belirleyen birkaç faktör hastaların hastalıkları ile ilgili baş etme modellerini etkilemektedir. Sağlık sektörü ile ilgilenen bireylerin dışında, kişinin sahip olduğu sosyal çevre, kitle iletişim araçları ve şahsi deneyimleri ile sahip olunan bilgiler temsillerin oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Bireyler sağduyu modeline göre, hastalık ile alakalı bilgiyi beş ayrı alanda incelemektedirler. Bunlar; neden, süre, kimlik, ciddi sonuçlar, ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirliktir. Genellendiği zaman bu alanların üçü (neden, süre ve kimlik) hastalık ile alakalı olasılığı tahmin etmede kullanılırken diğer ikisi ise (tedavi-kontrol edilebilirlik ve sonuçlar) ciddiyet tahmini için zemin oluşturur (Cherrington ve ark., 2004; Cherrington ve ark., 2006; Kocaman ve ark., 2007; Alsen, P., 2009).

Kişinin bilgi işleme sürecini yönlendiren sağduyu modeli; kişilere uygulanan uygulamaların, hastalıklar ile başa çıkabilmenin ve hastalık algısının ne şekilde etkilendiğinin aydınlatılmasında bize yol göstermektedir. Bunun yanında birey eğer belirli bir tedavi arayışı içerindeyse de bunun bilgisini vermektedir. Sağduyu modeli ortaya çıkan semptomların tanınmasını ve anlamlandırılmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda beliren semptomların bir tehdit olarak algılanıp algılanmadığını ve uzmanlar tarafından yardım alma ihtiyacının olup olmadığı belirlemektedir. Buradan da anlaşılacağı gibi bireyin baş edebilme şekilleri belirtiler, algı ve duyularla ilişkilendirilir. Genellikle kullanılan başa çıkma becerileri ise tedavi yolu arayışı içerisinde olmak ve sorundan uzaklaşmaktır (Elwy ve ark., 2011).

Arthur Kleinman'ın çalışmaları sonucunda geliştirilen açıklayıcı modeller psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkilendirilmiştir, aynı zamanda hastalıkların anlaşılmasında profesyonel olan ve olmayanların çoğunlukla benzerlik göstermediğini bulmuştur (Kleinman, 1988; akt. Bayad, 2017).

Hastalık algısı kişilerin davranışları ve başa çıkma becerilerini tanımlamakta önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalar da bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Frostholm ve arkadaşlarının, hastaların hastalık algısının temel sağlık hizmetlerini kullanmaları üzerine etkisini inceledikleri araştırmada; hastalık nedenlerini stres, psikososyal yaşam ve hayat tarzı ile alakalı bulanların, daha çok belirti yaşayanların, hastalıklarının daha fazla sürede düzeleceğine ve ciddi sonuçlar getireceğine inananların primer sağlık bakım merkezlerini daha çok kullandıklarını belirtmişlerdir (Frostholm ve ark., 2005 akt. Bayad, 2017).

2.5.1. Hastalık İle İlgili İnanışlar

Kişiler bir hastalık ile karşı karşıya kaldığı zaman karşılaşılan adımları kendi düşünce ve duygularına göre farklı yorumlamakla birlikte hastalık karşısında verilen tepkiler de biçimlenmektedir (Lipowski, 1970; Lloyd, 1991 akt. Bayad, 2017). Leventhal'ın geliştirdiği kendini düzenleme modelinin ve bu modeli benimseyen kişilerin duygu ve düşüncelerine göre gelişen hastalık algısı kavramı oldukça önem arz etmektedir (Leventhal ve ark., 1984a; Leventhal ve ark., 1984b; Meyer ve ark., 1985; Brown et al., 1988 akt. Bayad, 2017).

2.5.2. Hastalık ile İlgili Kendini Düzenleme Modeli

Kişiler karşılaştıkları hastalıkları anlamlandırmaya çalışırken bulunan durum hakkında geliştirilen bilgiler, psikolojik iyilik hali ve gerekli ihtiyaçlar önemlidir (Leventhal ve ark., 1984b; Penley ve ark., 2002; Kocaman ve ark., 2007 akt. Bayad, 2017). Leventhal ve arkadaşlarının geliştirdikleri “Hastalıkla İlgili Kendini Düzenleme Modeli” (Self-Regulatory Model of Illness) hastaların varolan bilişsel modellerle baş etme stratejileri geliştirdikleri ilkesine dayanmaktadır (Leventhal ve ark., 1984a).

Kendini düzenleme modeli bireyin karşılaştıkları hastalıklar karşısında baş etmek için hangi davranışları sergilediği, bu davranışların nasıl oluştuğu ve nelerden etkilendiği gibi soruları açıklamaktadır. Hastalıkla ilgili kendini düzenleme modelinde, hastalık temsillerinin 5 bileşeni olduğu kabul edilir. Aynı zamanda her

hastanın hastalığın nedeni, kimliği, sonuçları, süresi, tedavisi ve kontrol edilebilirliği hakkında kendi düşünceleri olduğu ihtimali mevcuttur (Leventhal ve ark., 1984a; Leventhal ve ark., 1984b; Meyer ve ark., 1985 akt. Bayad, 2017). Kimlik, hastalık semptomlarını da ele alarak hastalığın ismi ve nelerden kaynaklandığı hakkında bize bilgi verirken; Neden, hastalığın meydana gelişindeki biyolojik ya da psikososyal faktörler hakkında bilgi verir. Sonuçlar ise, hastalığın süresine bağlı olarak hangi faktörleri etkilediği hakkında bilgi vermektedir. Süre, hastalığın akut mu, aşamalı mı yoksa kronik olup olmadığı ile oluşan algıları bize bildirirken, Tedavi/ Kontrol Edilebilirlik ise hastalıkla başa çıkılırken hangi yolların kullanıldığı ve hastalıkla ne kadar mücadele edildiği hakkındaki inanışları bize sunmaktadır (Lau ve Harman, 1983; Ogden, 1996 akt. Bayad, 2017).

a) Hastalığın Kimliği

Kimlik, hastalığın belirtileri de dâhil olmak üzere hastalığın ismini ve/veya doğasını içermektedir. Çoğu birey baş ağrısı ya da nezle gibi sıklıkla görülen hastalıklar hakkında yaşayacakları belirtilerden haberdardır ancak bilmediği başka hastalıklarla karşılaşınca bireylerin belirsiz fikirleri olabilmektedir. Buna rağmen hastalık tanısı aldıklarında yaşayacakları semptomlar hakkında zamanla çeşitli inanışlar geliştirebilirler. Bu durumun en önemli yanı, bireylerin hastalıklarının semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen tıbbi elemanların bakış açısından çok farklı olabilir ve hatta hastalıkları ile ilgili olmasa bile yanlış yorumlar yapabilirler. Çünkü birey, kimlik alt boyutundaki belirtileri ne kadar yüksek algılsa psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık ve sosyal açıdan o kadar olumsuz etkilenebilmektedir (Lau ve Hartman, 1983; Vaughan ve ark., 2003; Groarke ve ark., 2005).

b) Nedensel İnanışlar

Hastalar tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığı yaşadıklarına dair inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar, hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan biyolojik veya psikososyal faktörleri ve sebepleri içermektedir (Kaptein ve ark., 2003). Algılanan

nedenlerin, “biyolojik (enfeksiyon, bağışıklık sistemi, başka hastalıklar), duygusal (kaygı, depresyon), çevresel (kimyasallar, hava kirliliği) ve psikolojik (çok çalışma, kişilik özellikleri)” olarak listelenebileceği belirtilmektedir (Hagger ve Orbel, 2003) Nedensel inanışlar, hastaların hastalıkları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede ve/veya şekillendirmede önemlidir. Örneğin koroner arter hastalığı olan bir kişi, hastalığının sebebini yanlış beslenme gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini, çevresel faktörleri ona göre şekillendirecektir. Nedensel inanışlar, özellikle hasta hastalığın nedeni olarak kendini suçluyorsa psikolojik iyilik durumunu da olumsuz etkilemektedir (Ogden, 1996; Kaptein ve ark., 2003; Acehan, 2010).

c) Zamansal İnanışlar

Süre, hastalığın seyri, akut, aşamalı, döngüsel veya kronik olup olmadığı ile ilgili algıları içermektedir. Süreye ait algı hem öznel hem de nesnel olabilmektedir. Özellikle hastanın ilaç alımı ve tedavi uyumu ile zamansal inanışlar arasında önemli bir ilişki vardır. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaç ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (Lau ve Hartman, 1983; Ogden, 1996; Acehan, 2010).

d) Kontrol ve Tedavi Hakkındaki İnanışlar

Tedavi ve kontrol edilebilirlik hastalıkla ne kadar ve hangi yollarla baş edildiği, hastalığın gidişatında bireysel etki ya da tıbbi tedavi etkisi ile ilgili inanışları içermektedir (Scharloo ve Kaptein, 1997). Hastaların, kişisel kontrole ne kadar hassas olduğu, hastalıklarının kontrol edilebilirliğine dair inançları, tedavinin gidişatını etkilemektedir. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir (Lau ve Hartman, 1983).

e) Sonuçlar

Sonuçlar ise, hastalığın uzun ve kısa süreli olmak üzere bireyi fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal olmak üzere nasıl etkileyeceğini kapsamaktadır (Leventhal ve ark.,

2004). Bu durum bireyin iş hayatında, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik anlamda yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Sonuçlar ölçeği, hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını anlatmaktadır (Lau ve Hartman, 1983; Ogden, 1996; Armay ve ark., 2007).

2.5.3. Hastalık Algısını Değerlendirme

Bireylere kendi hastalıkları ile alakalı düşünceleri, sağlık kurumlarında nadiren de olsa sorulmaktadır. Bu düşünceler dile getirildiğinde hastalar düşüncelerini belirtmekten hoşnut olmakla birlikte kendilerinin bir teste tabii tutulmuş gibi hissetmezler (Petrie, 2006). Bu konu konuşulmaya başlandığında genellikle şu tarz cümleler kullanılabilir. “Hastaların çoğu sahip oldukları hastalıklarla ilgili belirli düşüncelere sahiptirler, sizinle bu düşünceler ile alakalı konuşmak istiyorum” cümlesi ya da “Hastalığımızın oluşmasındaki neden sizce nedir?” ve “Sahip olduğunuz hastalığın olası en önemli sonucu nedir?” gibi cümleler olabilir (Bayad, 2017).

2.5.4. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar

Literatür incelendiğinde hastalık algısı ile hastalıkların sonuçları arasında pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda negatif hastalık algısı oluşturan hastaların hiçbir patolojiye sahip olmamalarına rağmen, meydana gelen bu durumun hastanın rahatlamasında ufak bir düzeyde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Donkin ve ark., 2006). Spesifik hastalıklar grubuna giren ve hastalığın nedeni genetik risk faktörü olan hastalarda, bulunulan duruma bağlı geliştirilen inançlardan dolayı risk durumunun anlaşılması ve riski azaltma olanaklarının geliştirilmesinde başarısızlıklar gözlenmektedir (Marteau ve Weinman, 2006).

Yapılan birçok çalışmada, bireylerin hastalıkları ile alakalı olumsuz algı geliştirmelerine bağlı olarak, hastalığın ilk zamanlarındaki tıbbi ciddiyet sayılmaksızın, gelecekte karşılaşılan yetersizlik ve süre bakımından daha uzun zamanlı iyileşme arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Scharloo ve ark., 1999,2000;

Botha-Scheepers ve ark., 2006). Gerçekleşen bu ilişki ise başlangıçta bulunan durumun tıbbi olarak ciddiyyetten bağımsız bir şekilde geliştiğini bildirmektedir. Örnek verecek olursak genel polikliniğe başvuran aynı zamanda yeni bir hastalık tanısı alan 1000'in üzerinde bireyle yapılan bir çalışmada; uzun süre, durumun yaratmış olduğu ciddi sonuçlar ilerideki sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili olmakla birlikte önceki sağlık hizmetleri kullanımından ve doktorun söylemiş olduğu meydana gelen hastalığın ciddiyetinin belirlenmesinden bağımsız bulunmuştur (Frostholm ve ark., 2005).

2002 yılına ait yapılan bir çalışmada kalp krizi geçirmiş ve bakım alan hastaların birbirinden farklı oluşan algılarına göre bilişsel ve davranışsal yöntemler uygulanmış ve bu uygulanan yöntemlerin karşılaştırılmasıyla iyileşmenin süreci incelenmiştir. Yapılan bu araştırmanın sonucunda hastaların geliştirdikleri hastalık algılarının olumlu değişimler gösterdiği gözlemlenmiş aynı zamanda kontrol grubuna göre daha erken iş hayatına geri döndükleri tespit edilmiştir (Petrie, 2002). Yapılmış olan bu çalışma bize hastalık algısının hastalara uygulanan bilişsel müdahaleler ile değiştirebileceğini kanıtlamıştır. Farklı hastalık gruplarına uygulanması halinde kendini alıştırma ve işlevselliğini arttırmada fayda sağlanabileceğini düşündürmüştür. Özellikle erken evrede meydana gelen hastalık algılarını değiştirebilmek için daha iyi sonuçlar veren metotlar geliştirilmesinde fayda vardır.

Hastalık algısı ile ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde;

Son Dönem Böbrek Hastalığı (SDBY) olan hastalarda hastalık algısı ile cinsiyet faktörü arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiş aynı zamanda kadınların erkeklere oranla daha fazla hastalık belirtilerini yaşadıkları gözlemlenmiştir (Oktay, 2011).

Diyabet hastaları ile yapılan bir araştırmada, artan yaş ortalaması ile hastalıkları kronik olarak algılamada artış arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Diyabet hastalarında artan yaş ortalaması ile beraber mevcut hastalıktan duygusal olarak daha fazla etkilenmeleri ve hastalık belirtilerini engellenemeyen faktörlere (virüs, yaşlanma, kalıtsal sebepler vb.) bağladıkları bulgusu saptanmıştır (Yorulmaz ve ark., 2013).

Diyabet hastaları ile yapılan bir başka araştırmada ise hastalık algısının yaşam kalitesi ve ruhsal boyutu arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Kocaman ve ark., 2007).

129 SDBY hastası ile yapılan bir çalışmada, kişisel kontrol puanı yüksek bireylerin depresyon düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Karabulutlu ve ark., 2011).

Kanser hastalığına sahip bireylerde oluşan kanser algısı ve oluşan bu algıyı meydana getiren faktörlerin belirlenmesi, bireyde meydana gelen anksiyeteyi ve acıları indirgemedede, adapte etmede, duygularını ifade etmede ve yaşam kalitesi seviyesini arttırmada oldukça önem arz etmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Multipl skleroz (MS) hastalığına sahip bireylerde hastalık algısının hastalığı ne şekilde etkilediğine dair ve gelişen algının ne şekilde değişebileceğine dair yapılmış yeterince çalışma bulunmamaktadır. Lerdal ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada, düşük fiziksel aktiviyete sahip ve genel sağlık durumları kötü olan bireylerin yaklaşık bir yılın sonunda hastalığı algılama şiddetinin yükseldiği saptanmıştır.

Genel olarak yapılan tüm araştırmalarda olumsuz düzeyde gerçekleştirilen hastalık algısı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişkiler mevcuttur. Bireyde mevcut olan kişisel kontrol seviyesi yükseldikçe depresyon düzeyinin azaldığı bilinmektedir (Marteau, 1989; Donkin ve ark., 2006; Armay ve ark., 2007; Husain ve ark., 2008; Van Wilgen ve ark., 2008; Giannousi ve ark., 2011).

Yapılan araştırmalarda olumsuz hastalık algısı geliştirme, hastalığın kimliğini tehdit olarak algılama, hastalığı anlamlandırılmama ve tedaviyi kontrol altında tutamama inancı yükseldikçe anksiyete düzeyinin de yükseldiği gözlenmektedir. Kronik hastalıklara sahip olan bireyler, sahip oldukları hastalıklarının yaşamlarını her anlamda (fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik) ciddi bir biçimde olumsuz yönde etkilediklerini düşünmektedirler. Bu nedenle kronik hastalıklara sahip bireylerin anksiyete oranlarında yükselik saptanmıştır (Vaughan ve ark., 2003; Groarke ve ark., 2005; Husain ve ark., 2008; Knibb ve Horton, 2008; Liman, 2011). Yine SDBY hastaları ile yapılmış olan bir çalışmada, yaptığı herhangi bir davranışın hastalığın seyrini etkileyebileceğini düşünen bireylerde anksiyete düzeyinin düşük olduğu

saptanmıştır (Karabulutlu ve ark., 2011). Yapılmış olan diğer araştırmalarda ise hastalığın ciddiyeti ile anksiyete arasında herhangi bir ilişki olmadığı kanıtlanmıştır (Griffin ve ark., 1995; Kimmel ve ark.,1998).

2.6. Bilişsel arpıtmalar Kavramı ve Kuramsal Açıklamalar

Bilişsel yaşantılarımız yaşamın her faaliyetinde etkin bir rol oynadığı gibi kişilerarası kurulan ilişkilerde de oldukça önem taşımaktadır.

Uğur (2013)' a göre, “Bireyin düşünce, tutum ve inançları içerisindeki işlevsel olmayan tutumların, kişinin yaşamını kısıtladığı ve bireyi özellikle kişilerarası ilişkilerinde problemlere daha yatkın hale getirdiğı söylenebilir”.

İnsanın kendisi, yaşadığı olaylar ve gelecekteki düşünceleri, bilişsel süreçlerin meydana gelmesinde önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Stackert ve Bursik, 2003; akt. Gül, 2016). Bu meydana gelen bilişsel süreçler Bilişsel-Davranışı Terapiler'in konusunu belirlemektedir.

Bilişsel Davranışı Terapi, bireylerin yaşadıkları olaylara karşı geliştirilen algıların, duygu, davranış ve fizyolojisini etkilediğı olarak düşünülen bilişsel modele dayanmaktadır (Beck, 2014). Bilişsel davranışı terapi, bireylerin karşılaştıkları aynı olay ya da durumlara farklı tepki göstermesinin, bireyin kendi zihinsel süreçlerine bağlı geliştiğı görüşünden yararlanmıştır.

2.6.1. Bilişsel Terapi Modeli

Beck'in Bilişsel modeline göre, bireyin psikolojik ruh halini ve davranışlarını belirleyen işlevsel olmayan düşünceler tüm psikolojik bozuklukların altında yatan neden olarak kabul edilmektedir. İşlevsiz düşüncelerin yeniden düzenlenmesi ve oluşturulması, bireylerin duygu ve davranışlarında değişikliklere yol açmaktadır (Beck, 2001).

Bilişsel terapi modeli, kişinin bilişsel yapısını tanımlarken bilişleri ikiye ayırmaktadır.

1) Otomatik Düşünceler

2) Şemalar

Bazı kuramcılar şemaları ara inanç ve temel inanç olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Bazıları ise üçlü bir yapı olarak en yüzeyde bulunan kısma otomatik düşünceler, ortaya ara inançlar ve en derine ise temel inançları koymaktadırlar (Türkçapar, 2012).

2.6.2. Otomatik Düşünceler

Otomatik düşünceler zihin akışı içerisinde yer alan ve daha çok duygusal olarak sıkıntılı hissettiğimiz zamanlarda ortaya çıkan, o anki bulunan olaya ve ortama özgü geliştirilen bilişlerdir (Türkçapar,2012). Bu akla gelen otomatik düşüncelerin anlamları kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, akla geldiği kişide oldukça mantıklı olarak tanımlanır. Otomatik düşünceler sadece psikolojik bir rahatsızlığa sahip bireyde gözlenmemekle birlikte, her insanda açığa çıkabilmektedir (Beck, 2001).

Bilişsel terapi tam olarak, akla gelen otomatik düşüncelere sahip bireylerin o anki durum ve olay ile alakalı davranışlarını değiştireceğini görüşünü kabul etmektedir. En başta gelen varsayımlardan birisi ise işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin bireylerin psikopatolojilerini etkilediği yönündedir (Freeman ve ark., 1990; akt. Gül, 2016).

2.6.3. Ara İnançlar

Bireyin sahip olduğu otomatik düşüncelerin arkasında bulunan, çocukluğundan şimdiki zamana dek yaşadığı kişisel algıların sonucu belli bir süreyle oluşmuş sayıltı, kural ve tutumlardır. Ara inançlar kişilerin karşılaştıkları belirli durum ve olayları anlamlandırmada rol alırlar (Beck, 2001). Sergilediğimiz davranışları yönlendiren ve düzenleyen ara inançlarımızdır (Türkçapar, 2012).

2.6.4. Temel İnançlar

Temel inançlar bireyin kendisi, diğerleri ve dış çevre ile alakalı varsayımları içeren ve bu bilgileri nasıl düzenleyeceğini belirleyen yaşanmış deneyimlere bağlı oluşan bilişsel yapılardır. Ara inançların (kural, tutum, varsayım) gelişiminde temel inançların etkisi büyüktür. Beck'e göre temel inançlar "çaresizlik, sevilmeme ve değersizlik" olmak üzere 3 sınıfta toplanır (Beck, 2014).

Bazı kaynaklarda "şema" temel inanç yerine geçmektedir. Fakat temel inançları şemaların bir alt kademesi olarak düşünebiliriz. Beck (2001)'e göre; "Şemalar, dünyayı algılayışımıza yarayan bilişsel yapıları meydana getirirken; temel inançlar ise bu bilişsel yapının bireysel yaşantılara dayalı içeriğidir".

2.6.5. Bilişsel Hatalar

Herhangi bir kaygı bozukluğuna sahip bireydeki bilişsel çarpıtmalar, bilgi işleme sürecinde herhangi bir yanlışlık ya da aksama olduğunda meydana gelen ve kişilerin sahip oldukları inançlarından ya da şemalarından kaynaklanan bilişsel yapılardır (Beck, 2001; Beck, 2008; akt. Türkçapar, 2009). Bireylerin düşüncelerinde yer alan belirgin hatalar şunlardır: etiketleme, felaketleştirme, duygulara göre mantık yürütme, ya hep ya hiç tarzı düşünme, olumluyu geçersiz kılma, zihin okuma, aşırı büyütme/küçültme, aşırı genelleme, zihinsel süzgeç (seçici soyutlama), "meli-malı" cümleler, tünel bakışı ve kişileştirme (Beck, 2011). İnsanlarda bu bilişsel hatalardan sadece bir tanesi değil birkaç tanesi birlikte de bulunabilir.

Kişiler arası ilişkilerde hatalı çıkarımlara ve varsayımlara yol açan genel anlamdaki bilişsel çarpıtmalar aşağıda açıklandığı şekildedir (Türkçapar, 2012).

- Keyfi Çıkarıma: Bir kişinin yaşamış olduğu deneyimler sonucunda, bu sonucu destekleyici herhangi bir kanıt olmaksızın ya da tam tersi kanıt olmasına rağmen belli bir sonuç çıkarmasıdır. Öğretmeni tarafından çağırılarak yapmakta olduğu ödev hakkında bilgi verilen bir öğrencinin "Yaptığım ödev kötü gittiği için benimle görüşüyor" demesi örnek olarak gösterilebilir.

- Seçici Soyutlama: Deneyimlenen bir olayın sadece bir detayına dikkat edilerek diğer önemli detayların hiçe sayılması durumudur. Sunum yapmış bir öğrencinin, yapmış olduğu sunumu herkesin beğenmesine rağmen bir arkadaşının beğenmemesi durumunu düşünüp kendini kötü hissetme örnek olarak verilebilir.
 - Aşırı Genelleme: Birkaç kere yaşanmış sınırlı sayıda bir olayın sonucunu, yaşamın tümüne empoze etme durumudur. Örneğin, sevgilisi tarafından aldatılan bir kişinin “Bu tür şeyler hep benim başıma gelir” vb. düşünmesi.
 - Büyültme ve Küçültme: Bazı bireyler deneyimlemiş oldukları olayları kendi yaşanmışlıklarına göre değerlendirirler. Çoğu birey yaşamış olduğu her olumsuz olayın sonucunun daha ağır getirileri olduğunu düşünürken, yaşadıkları olumlu olayları ise daha sıradanmış gibi düşünmektedirler. Örneğin, çok iyi bir üniversiteyi kazanmış depresif bir hastanın “ Bu okulu herkes kazanabilirdi” vb. düşünmesi.
 - İkili (Hep ya da Hiç Biçiminde) Düşünme: Bireylerin her türlü yaşantıyı iki uç bağlamında değerlendirmesidir. Onlar için ya siyah vardır ya da beyaz. Örneğin, “Eğer mükemmel değilsem başarısızım”.
 - Kişiselleştirme: Kişinin kendisi ile alakası olmayan ya da çok az kendisini ilgilendiren bir olay sonucunda kendini suçlu hissetmesi durumudur. Örneğin, eşi ile gün boyunca hiç iletişim kurmayan birinin “Bana kızdığı için beni aramadı” vb. düşünmesi.
 - Felaketleştirme: İhtimaller dahilinde ki hiçbir sonucu düşünmeden geleceği olumsuz olarak değerlendirmedir. Karşı cinsle ilk defa buluşacak bir bireyin “ Heyecandan tek bir kelime bile edemeyeceğim” vb. düşünmesi.
 - Zorunluluk İfadeleri: Birey dış dünyanın ve diğer insanların nasıl olması gerektiği hakkında sabit görüşlere sahiptir. Bu sahip olunan görüşlerin gerçekleşmemesi durumunda birey, olası kötü sonuçları abartma eğilimindedir. “İnsanlar haksızlık yapmamalıdır” cümlesi örnek olarak gösterilebilir.
- Zihin Okuma: Diğer insanların ne düşündükleri hakkında bir fikir sahibi olduğumuza, aynı zamanda onların da bizim düşüncelerimizi bildiklerine inanmaktır. “Beni sevmedi”.
- Duygudan Sonuca Ulaşma: Kişinin bir olay karşısında aksine gelişen tüm kanıtları inkar ederek, sadece öyle hissettiği için doğru kabul etmesidir. Örneğin; “Belki

bazı konularda başarılı olmuş olabilirim ama hissediyorum ki bunu yapamayacağım”.

- Etiketleme: Daha uygun ve gerçekçi değerlendirmeler olmasına rağmen bireyin kendisine ya da başkalarına genel etiketlemeler yapmasıdır. Sınavda başarısız olan bir öğrencinin ben bu sınavda iyi değildim demesi yerine “Başarısız biriyim demesidir” (Türkçapar, 2012).

Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında; bilişsel çarpıtmalar ile başkalarını bağışlama davranışı (Çivan, 2013; Aşçıoğlu, 2014), kişilik yapısı (Gönen, 2014), zorbalık (Çetin ve ark., 2011) arasında ilişki olduğu görülmektedir. Peris ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada ise obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin bilişsel çarpıtmaları daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

Yapılan farklı bir araştırmada ise yetişkin bireylerin obsesif kompulsif bozukluk yaşamaları ile hatalı bilişsel yapıya sahip olmaları arasında anlamlı ilişkiler vardır (Pişgin ve Şirvanlı Özen, 2010).

SDBY hastalarında otomatik düşünceler ve fonksiyonel olmayan tutumlarla saptanan bilişsel çarpıtmaların depresyon ile ilişkisi olduğu söylenebilir. SDBY olan hastaların depresif şemaları aktifleşir, aktifleşen depresif şemalar otomatik düşünceleri üreterek bilişsel çarpıtmaların meydana gelmesini sağlamaktadır. Gelişen bu durum Beck’in bilişsel modelini destekler niteliktedir (Beck, 2005 akt. Tuna, 2014).

Coşkun (2017) tarafından yapılan çalışmada; yeni tanı alan MS hastalarında meydana gelen depresyon, anksiyete ve uyum bozukluğu tablolarında, bilişsel çarpıtmaların etkili olduğu bulunmuştur. Saptanan bu durum genel popülasyona göre depresyon, anksiyete ve uyum bozukluklarının ortaya çıkmasında bilişsel çarpıtmaların rolü olduğunu göstermektedir.

Gülbayrak (2016) tarafından yapılan bir araştırmada otomatik düşünceler ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar değişkenlerinin, yeme tutumları üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

2.7. Anksiyete

2.7.1. Anksiyete Tanımları

Anksiyetenin Latince dar geçit anlamına gelmekte olup kaygı, korku ve sıkıntı duygularını içeren bir anlam taşımaktadır (Bayraktar, 2013).

Anksiyete, belirli bir tehdit ve tehlike ile karşı karşıya kalındığında duyuşsal, davranışsal ve fiziksel alanlarda istemsizce ortaya çıkan değişikliklerdir (Berksun, 2003). Türkçapar (2004)'e göre; anksiyete korku ve endişe halinin nitelendirilmesi güç olan haline denir.

Anksiyetenin başlıca özelliği; kişinin belirli bir konu üzerinde kötü olan olasılıkların tümünü düşünerek üzüntü duyma, aşırı kaygılanma ve evhamlara kapılmaktır. Aslında bireyler yaşamış oldukları evhamları aşırı olarak nitelendirseiler bile onlar için asıl önemli olan, sürekli üzüntü duygusu yaşamaları ve bu üzüntüyü kontrol altında tutamamalarıdır. Bunun sonucunda bireylerde toplumsal ilişkiler, iş gibi önemli diğer işlevsellik alanlarında belirgin bir düşüş meydana geldiğinden, çeşitli sorunlar yaşadıklarını ve bunaldıklarını dile getirmektedirler (Köroğlu, 2012).

Bireyler anksiyete halini 'kötü bir şey mi olacak?', 'rahatsız edici bir kaygı' ya da 'bir nedene bağlı olmayan kendiliğinden meydana gelen bir çeşit korku' şeklinde açıklarlar. Psikolojik olarak incelendiğinde ise anksiyete normal olmayan, belli bir nedene bağlı olmayan korku hali olarak tanımlanmıştır. Anksiyete yaşayan birey kendisini huzursuz hisseder ve huzursuz hissetmesinin nedenini nesnel bir kaynağa dayandıramaz (Çelik ve Acar, 2007).

Anksiyete bireyi uyaran bir alarmdır. Bireyi yaklaşan tehlikelere karşı harekete geçirir ve bu tehlikelerle mücadele etmesini ve tedbir almasını sağlar (Bayraktar, 2013).

DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması

1. Panik Bozukluğu (agorofobili, agorofobi ile birlikte olmayan)
2. Özgül Fobi
3. Sosyal Fobi

4. Obsesif Kompulsif Bozukluk

5. Stres bozuklukları (akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu)

6. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu

7. Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu

8. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu

9. Yaygın anksiyete bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

- Anksiyete bozukluklarında DSM-IV-TR ve DSM V Tanı Ölçütleri arasındaki farkı incelediğimizde;
- DSM V’de ek olarak Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm) ve Tanımlanmış Diğer bir Kaygı Bozukluğu sınıflanması yapılmıştır.
- DSM- IV- TR’deki Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu sınıflandırması DSM V’de Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu olarak değiştirilmiştir.
- DSM- IV- TR’de Obsesif Kompulsif Bozukluk bir kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılırken DSM V’de Obsesif Kompulsif Bozukluk kaygı bozukluğu grubundan çıkartılıp ayrı bir kategoride belirtilmiştir.
- DSM-IV-TR’de agorafobi kodlanabilir bir bozukluk olmayıp agorofobinin ortaya çıktığı özgül bozukluk kodlanırken DSM-V’de ise agorafobi tanısı panik bozukluğu olup olmadığı bakılmaksızın konmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007, 2014).

2.7.2. Anksiyetenin Nedenleri

Ego, id’in cinsellik ve şiddet içeren taleplerini tecil etmeye çalışmak, id dürtülerin gerilimini boşaltmak için realiteyi fark etmek, uzmanlıkla yönetmek ve süperego’nun üst düzey olma çabalarıyla baş etmek zorundadır. Yani Freud’ a göre ego yüksek düzeyde sıkıştırıldığında anksiyete meydana gelir. Bireyin kullandığı

savuma mekanizmaları ile oluşan anksiyete elimine edilmektedir (Schultz ve Schultz, 2007).

Freud'a göre üç tip anksiyete vardır.

1. Nesnel Anksiyete: Reel yaşamdaki olağan, yaşanabilecek tehditlerin korkusundan dolayı ortaya çıkmaktadır.
2. Nörotik Anksiyete: İçgüdüsel yeterliliğin kendisinde olan tehlikenin fark edilmesiyle oluşur yani; acele bir şekilde meydana gelen dürtüsel isteklerin ortaya çıkma nedeni ile yaşanan cezalandırılma düşüncesidir.
3. Ahlaki Anksiyete: Kişiyi kendi davranışlarıyla ilgili olarak bir yargıda bulunmaya yönelten, kişinin kendi ahlak değerleri üzerinde dolaysız ve kendiliğinden yargılama yapmasını sağlayan, kişiye doğruyu ve iyiyi yapma yükünü de yükleyen içsel güç korkusundan kaynaklanmaktadır. Birey kendi ahlaki değerlerine zıt giden bir aktivite gerçekleştirdiğinde ya da aklına getirdiğinde suçluluk ve utanç duygusunu hissedebilmektedir (Schultz ve Schultz, 2007).

Adler'e göre anksiyete; nevrozun ana güdülenmesi ve aşağılık duygusu tanımının dahilindedir. Jung ise anksiyeteyi; bireyin kendisini, çevresini ve olup biteni tanıma, algılama, kavrama, fark etme yetisinin kolektif bilinçaltından kaynaklanan ve akla uygun olmayan zorlanma, korku ve imgeler tarafından saldırıyla karşılaşması olarak nitelendirir (Kozacıoğlu, 1986).

Karen Horney; anksiyetenin sosyal ve çevresel etmenlerin sonucunda meydana geldiğini yani kendiliğinden gelen bir duygu olmadığını söylemektedir. Anksiyetenin oluşumunda baskınlık, sevgi eksikliği, koruma eksikliği, yalıtılmışlık önemli faktörlerdir. Kişinin çevresi kişiye önem verdiğinde ve kişi aynı zamanda kendine önem verdiğinde anksiyeteden kaçınabilmektedir (Aslan, 1992). Sullivan ise; anksiyetenin diğer insanlarla anlamlı ilişkiler geliştirerek aşılabileceğini dile getirmektedir (Burger, 2006; akt. Evkuran, 2015).

Bilişsel kuram ise; bireyin psikopatolojisine özgü geliştirdikleri bilişsel hataların kişinin bilişsel yapısındaki işlevsiz inançlar sayesinde oluştuğunu söylemektedir. Bu hatalı işleme ile uygunsuz ve bireyde duygusal sıkıntı meydana getiren

düşünceler ortaya çıkmaktadır. Anksiyete, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duyguları deneyimleyen kişilerde olayların kendisine karşı değil de bu olaylar üzerine kendi yorumlarını ve beklentilerini yaşadıkları varsayılmaktadır. Anksiyeteye sahip bir birey var olan bir tehlikeyi olduğundan daha fazla bir biçimde yorumlamaktadır (Köroğlu ve Türkçapar, 2009).

Varoluşçu Teoriye göre anksiyete; ölümün engellenemez oluşunun getirdiği histen meydana gelen memnuniyetsizlikten kaynaklanmaktadır (Özakkaş, 2014).

2.7.3. Anksiyete Bozuklukları

Olması gereken anksiyete kişinin güç bir duruma düştüğünde mücadele etmesine yardımcı olarak organizmayı uyarıcı ve koruyucu nitelikler içermektedir. Sevilen bir kişiden ayrılma bedene karşı oluşan herhangi bir tehdit, üzüntü, engel ya da ağrı gibi ortaya çıkan uygunsuz ve istenmeyen durumlarda alarm görevini taşımaktadır. Bu nedenle kişi bu istenmeyen, uygunsuz durumlarla nasıl başa çıkması gerektiğini, gereken tedbirleri almayı ve kendini tehlikelerden korumayı öğrenmektedir. Anksiyete meydana gelen iç ve dış tehditleri bildiren bir alarm sistemi olduğu için parçalanmayı önlemektedir (Özakkaş, 2014).

Türkçapar (2004)'e göre; elle tutulur duyularla algılanan, büyük zarar oluşabilecek bir durum olmaksızın sürekli ve şiddetli olarak bir anksiyete meydana geliyorsa ve bu bireyin yaşam şeklini olumsuz yönde etkiliyorsa bu hal bize anksiyete bozukluğunu çağrıştırmaktadır.

Belirli bir uyarının şiddeti ile meydana gelen anksiyetede orantısızlığa bağlı olarak oluşan anksiyeteye patolojik anksiyete denir. Burada oluşan anksiyete, şiddetini belirli bir zamana bağlı olarak azaltmak yerine sürdürmekte ya da arttırmaktadır. Böyle bir durumla karşılaşmış birey yaşamış olduğu anksiyeteye katlanamayacak seviyeye gelir ve işlevselliği bozulur. Kişinin yaşamış olduğu çevresel ve mesleki problemler aynı zamanda kişilerarası ilişkilerinde oluşan zorluklar ve bunların sürekli tekrarlanması bireyi çıkmaza sokar (Bal, 2010).

Genel bir ifade ile toparlayacak olursak; herhangi bir tetikleyici olmaksızın ya da çok ufak bir uyaran varken meydana gelen anksiyeteye anormal anksiyete denmektedir. Kişi anormal anksiyeteye karşı süreklilik göstermekte olup başa çıkabilmekte zorluk yaşamaktadır (Freeman, 2013).

2.7.4. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetenin belirtileri 3 ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

Fiziksel Belirtiler: Bireylerde artan kalp ritmi ve kan basıncı, uyuyamama, kendini bitkin hissetme, kiloda azalma, solunumda artış, terleme, seste ve elde meydana gelen titreme, mide bulantısı ve kusma, yüzde meydana gelen kızarma, kalpte oluşan çarpıntı, vücutta oluşan ağrı, ağızda oluşan kuruluk, sık sık idrara çıkma, göz teması kurmada azalma, kendini huzursuz hissetme ve baygınlık hissi görülmektedir.

Emosyonel Belirtiler: Bireyin yaşanmış ya da yaşanmamış olaylar karşısında kendini endişeli hissetmesi, meydana gelen öfkelenme ve sinirlilik hali, yetersizlik hissi, ağlama, korku, belirsizlik, aşırı uyarılma ve meydana gelen üzüntü görülmektedir.

Entelektüel Belirtiler: Olaylar karşısında dikkatini verememe, çevresinin farkında olamama, sürekli geleceğe odaklanma ya da kendine odaklanma, kendine ya da diğerlerine karşı geliştirilen eleştiri, hafıza sorunları, meydana gelen pişmanlık , suçluluk ve kontrol kaybı görülmektedir (Beck ve ark., 1988; Robinson, 1990; akt. Evkuran, 2015).

2.8. Depresyon

Kişinin kendini çökkün, karamsar hissetmesi ve yaşamında önemli işlevsellik kayıpları yaşaması gibi durumlarda kullanılan sözcüğe depresyon denmektedir. Sözcüğün asıl anlamı ‘depress’ kelimesi, Latince ‘depressus’ kelimesinden gelmektedir (Altuntaş, 2015).

Depresyon sadece duygudurumda meydana gelen çökkünlük olarak değil; kognitif belirtiler, vejetatif belirtiler, psikomotor aktivite ve düşünce içeriğinde değişmeler olarak ortaya çıkmaktadır aynı zamanda bazı vakalarda bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu; sanrılar veya algı bozukluklarının görüldüğü de gözlemlenmiştir.

Depresyon sadece kişiyi ilgilendiren bir sorun olarak değil tüm toplumu ilgilendiren bir sorun olarak kabul edilmektedir (Özgüven ve Baskak, 2014). Sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda en fazla görülen tanılar arasında yer almaktadır. Yaşam boyu prevalansı ise %10 ile %21 arasında değişmektedir (Özyurt ve Deveci, 2011).

Dünya sağlık örgütünün tespitleri ile depresyon, dünya çapında en acil sağlık sorunları listesinde dördüncü sırada yer almaktadır. 15-45 yaş aralığında bulunan bireylerde topluma maliyeti en fazla olarak bilinen hastalık olarak kabul edilmektedir. İnsanın yaşamında iş, okul, toplumsal rolleri yerine getiremediği gibi aynı zamanda kendi hayatını tek başına idame etmede eksiklikler yaşaması ve sosyalleşme problemleri yaratan depresyon; hipertansiyon, diyabet ve arter hastalıklarından daha fazla yatakta geçirilen gün sayısına neden olmaktadır. Bununla birlikte; suisid girişimi, bedensel hastalıklar, alkol-madde kötüye kullanımı, mesleki problemlere de yol açabilir. Ciddi sorunlara yol açabilen bu rahatsızlığın her doktor tarafından bilinip, tanınması ve tedavi edilme zorunluluğu olan bir hastalık olarak kabul edilmesi gerekir (Özgüven ve Baskak, 2014).

Günelik stres oluşturan faktörler, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden deneyimler ya da süreğen bir biçimde devam eden ve yaşanmış her deneyim ile depresyonun ortaya çıkmasında pozitif bir ilişki vardır. Özellikle yakınların vefatı, fiziksel ya da cinsel olarak istismara ve şiddete maruz bırakılma, erken çocukluk döneminde ortaya çıkan travmatik deneyimler depresyonun meydana gelmesinde önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Kaya, 2007).

Depresyon hastalığından önce bireylerin birçok olumsuz yaşam olayları ile karşılaştığını gösteren birçok çalışma mevcuttur. Fakat yaşam olaylarının tek başına meydana gelmesi depresyonun oluşmasında bir faktör değildir önemli olan diğer etkenlerle etkileşmesidir. Çünkü yaşam olaylarının anlamlandırılması ve etkisi kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Kaya, 2007).

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Elkitabına göre Majör Depresyon tanı kriterlerine göre;

- 1) Hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum,
- 2) Hemen her gün, gün boyu süren tüm etkinliklere karşı azalan ilgi kaybı ve zevk alamama,
- 3) Vücut ağırlığında meydana gelen önemli değişimler,
- 4) İnsomnia ya da hipersomnia,
- 5) Hemen her gün görülen psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun gözükmesi
- 6) Hemen her gün ortaya çıkan yorgunluk, bitkinlik veya enerji kaybının görülmesi,
- 7) Hemen her gün meydana gelen, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygusu,
- 8) Hemen her gün düşünceleri belirli bir konu üzerinde yoğunlaştıramama ya da kararsızlık görülmesi,
- 9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar ve planlama (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

İki haftalık zaman dilimi içerisinde, daha önceki işlevsellikte bir değişim söz konusu olması ile beraber yukarıdaki belirtilerin beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya "depresif duygudurum" ya "ilgi kaybı" ya da "zevk alamama" durumu olması gerekmektedir.

DSM-IV-TR'de majör depresif bozukluk duygudurum bozukluklarının içerisinde yer alırken DSM-V'de ise depresyon bozuklukları içerisinde yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007,2014).

2.8.1. Depresyonun Etyolojisi

Depresyonun meydana geliş nedenleri incelendiğinde; genetik faktörlerin, psikojenik faktörlerin ve biyokimyasal etmenlerin etkisi olduğu düşünölmektedir. Herhangi bir duygulanım bozukluğuna sahip bireylerin birinci derece akrabalarında, hastalığa yakalanma riskinin ciddi oranda yüksek olduğu bilinmektedir. Nörotransmittermonoaminlerin (serotonin, norepinefrin, dopamin) düzeylerinin

eksilmesi durumu bize depresyonun biyokimyasal etiyojisini vermektedir. Bu bilgiye göre; depresyonda monoaminmetabolitlerinin seviyelerinde idrar, kan, beyin ve BOS sıvılarında anormalliklere rastlanmış ve bu nörotransmitterlerin seviyelerini azalttığı bilinen ilaçlarda veya hastalıklarda depresyon riskinin yükselebileceği bildirilmiştir (Sevindik, 2005).

Depresyonun meydana gelmesinin bir diğer nedeni olan hormonların rolü incelendiğinde; östrojen ve progesteronun nörotransmitterler üzerinde etkisi olduğu görülmektedir.

Postpartum, premenstrual ve perimenapozal dönemleri duygu durum değişikliklerine neden olmaktadır. (Sevindik, 2005). Depresyonun, tiroid hormonu bozukluğu ve Cushing Sendromu gibi kortikosteroid anomalileri ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (Sevindik, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Freud tarafından oluşturulan psikanalitik teori incelendiğinde depresyon bir kayıp sonucunda oluşmaktadır. Bu meydana gelen kayıp gerçek ya da gerçek olmayan bir sevgi nesnesinin kaybıdır. Bu sevilen nesnenin kaybindan sonra bireyde bir terk edilmişlik duygusu meydana gelerek benlik saygısında bir düşüş oluşmaktadır. Kaybedilmiş nesneye karşı geliştirilen nefret ve saldırganlık dürtüsü zaman geçtikçe kişinin kendisine dönmektedir. Birey kullanmış olduğu savunma mekanizmaları ile (içe alma) kaybedilmiş olan nesne arasında özdeşim bağıni oluşturmaktadır. Burada kaybedilmiş nesneye karşı hem bir sevgi hem de bir nefret söz konusudur. Birey bu iki duyguyu aynı anda yaşayarak ambivalan duygulanım sergilemektedir. Bunun sonucunda ise süpereo devreye girerek kişinin kendini suçluluk duygusunda hissetmesine bağlı olarak cezalandırmaya yol açmaktadır (Varcarolis, 1998; akt. Tuğrul, 2015).

Bilişsel Davranışçı kuram ise depresyon tanısı alan kişilerin kendilerini, dış dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algıladıklarını savunmaktadır. Depresyon tanısı alan bir bireyin yaşamında ve davranışlarında büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Bu ortaya çıkan değişiklikler bireyin semptomlarında tetikleyici rol oynayabilirler. Bir örnek verecek olursak depresyon tanısı alan bir birey kendini yorgun hissetmektedir. Bunun sonucunda ise bireyin günlük aktivitelerinde bir azalma görülmekte olup birey, sorumluluklarını yerine getirmemeye başlayacaktır ve aklına

yetersizlik ve başarısızlıkla ilgili düşünceler gelecektir. Bu durum da tekrar bireyin kendini bitkin ve isteksiz hissetmesine neden olacaktır. Bu döngü depresyon süresi boyunca devam etmektedir (Türkçapar, 2013).

Bir depresif birey yaşadığı herhangi bir olayı değerlendirirken bilişsel hataları devreye girmektedir. Bunlar; keyfi çıkarsama (zihin okuma, olumsuz tahmin), seçici soyutlama, aşırı genelleme, büyültme ve küçültme, kişiselleştirme gibi bilişsel çarpıtmalardır (Kayahan ve ark., 2003). Davranışçı kuram ise; öğrenme kuramından hareketle bireyin çevresinden etkilenmesinin kaçınılmaz olduğunu savunmaktadır. Bu savunulan düşünce; kişinin birinci derece bir akrabasında majör depresyon öyküsü olduğu takdirde kendisinde de depresyon hastalığının görülme ihtimalini arttıran çalışmalarca desteklenmiştir (Kendler ve ark., 1999).

III YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli

Bu çalışma polikistik over sendromu tanısı alan kadınların hastalık algıları ile bilişsel hataları, ansiyete ve depresyon semptomları arasındaki ilişkinin incelendiği betimsel bir araştırmadır.

3.2.Evren ve Örneklem

Çalışma Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında sosyal medyadaki dayanışma gruplarından rastgele toplanan 100 PKOS tanılı hasta ile yürütülmüştür. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, kendi istekleri ile katılımları sağlamıştır. Kullanılan ölçekleri kendilerinin doldurmaları istenilmiştir.

Dahil Olma Kriterleri

- 1- Poliklinik değerlendirmesi sonucunda Polikistik Over tanısı almış olmak
- 2- Ölçek dolduracak bilişsel yeterliliğe sahip olma
- 3- Bütün ölçekleri eksiksiz doldurmak

Dışlama Kriterleri

- 1- Ölçekleri dolduracak bilişsel yeterliliğe sahip olmamak
- 2- Ölçekleri eksik doldurmak

3.3.Verilerin Toplanması

Araştırmada gereksinim duyulan verilerin toplanmasında, ölçek kullanım izni ve etik kurulu izni alındıktan sonra veri toplama araçları internet aracılığı ile maddelendirilip araştırmacı tarafından sosyal medyada paylaşılmıştır. Anketler toplam 100 kişiye ulaştırılmıştır. 2 kişi anketleri eksik bir biçimde doldurmuştur. Geriye kalan 98 kişi ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarıyla ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır. PKOS tanısı alan kadınların bazı kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu; hastalık algısı düzeylerini

belirlemek amacıyla Weinman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen, Kocaman ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçeye uyarlanmış olan ‘Hastalık Algısı Ölçeği’, bilişsel hata boyutlarını belirlemek için Lefebvre (1981) tarafından geliştirilen, Alçalar ve Bahadır (2007) tarafından Türkçeye uyarlanmış olan ‘Bilişsel Hatalar Ölçeği’, depresyon seviyesini belirlemek amacı ile Beck (1961) tarafından geliştirilen, Hisli (1988) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ‘Beck Depresyon Envanteri’, anksiyete seviyesini belirlemek amacıyla ise Beck (1988) tarafından geliştirilip, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ‘Beck Anksiyete Envanteri’ kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Formda hastanın yaşı, medeni durumu, öğrenim düzeyi, mesleği, sosyoekonomik düzeyi, çalışma durumu, varsa çocuk sayısı, herhangi bir madde kullanıp kullanmadığına ilişkin sorular sorulmuştur. Bunların yanı sıra bedensel ve psikolojik bir rahatsızlığının olup olmadığı, varsa ne zamandan beri o hastalığa sahip olduğu da sorulmuştur. Aynı zamanda tanıyı ne zaman aldığı, tedavi süreci ve hastalığın gerektirdiği belirtileri öğrenmek amacı ile sorulan sorular da bulunmaktadır.

3.3.2. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck Anksiyete Ölçeği, 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1988). 1998 yılında, Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ulusoy ve ark., 1998). Ölçek bireyin yaşamakta olduğu anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amacıyla uygulanmaktadır.

Ölçek 21 maddeden meydana gelmekte olup 0-3 puan aralığına göre hesaplanmaktadır. Uygulanan bireye sorulan sorular ile sıkıntı hissini son bir haftada kişiyi ne derece rahatsız ettiği sorulmaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe bireyin yaşamış olduğu anksiyete derecesinin şiddetlendiği görülmektedir (Özcan ve ark., 2013).

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri 1961 yılında A.T.Beck tarafından geliştirilmiş, 1988 yılında ise Nesrin Hisli tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 21 maddeden meydana gelmekte olup, kendini değerlendirme türünde bir ölçek olarak kabul edilmektedir. Ölçek depresyon tanısını koymak ya da herhangi psikiyatrik bir tanı arasında bir ayırım yapmak için değil, depresyon düzeyini objektif bir biçimde sayısallaştırmak için geliştirilmiştir. Ölçekte bulunan her madde azdan çoğa doğru giden dört derecelik kendini değerlendirme cümlesinden oluşmaktadır. Aynı zamanda her madde depresyona özgü davranışsal örüntüyü saptamayı amaçlamaktadır. Kişiden uygulamayı yaptığı gün de sayılarak son 1 hafta içerisinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden 4 seçenekten birini işaretlemesi istenir. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Nesrin Hisli'nin yapmış olduğu türkçe geçerlilik çalışmasında cronbach α iç güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.80$ olarak saptanmıştır (Hisli, 1988).

3.3.4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

HAÖ; 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2002 yılında ise Moss-Morris ve arkadaşları tarafından son haline getirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ölçek 3 bölümden meydana gelmektedir. Bunlar: hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir. Ölçeğin 2007 yılında yapılmış olan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında hastalık hakkındaki görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin α katsayısı 0.69- 0.77 arasındadır. Hastalık nedenleri alt ölçeğinin α güvenilirlik katsayısı 0.25- 0.72 arasında değişirken hastalık tipi boyutunun α katsayısı ise 0.89 olarak saptanmıştır (Kocaman ve ark., 2007).

- 1) **Hastalık Tipi Boyutu:** Hastalarda sıklıkla gözlenen 14 adet hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) kapsamaktadır. Bu belirtilen 14 hastalık belirtisinin her biri için bireye öncelikle 'hastalığın başlangıcından bu yana

yaşayıp yaşamadığı' sorusu sorulur. Bir sonraki kısımda ise 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorusu sorulmaktadır. Bu alt boyut belirtilen her bir belirti için iki soruya da evet ya da hayır biçiminde cevaplanacak şekilde düzenlenmiştir.

İkinci sorudaki evet cevapları toplandığı zaman hastalık belirtisi kısmının değerlendirmesini oluşturmaktadır. Hastalık tipi (kimliği) alt ölçeğindeki puanlar yükseldikçe, hastaların algıladıkları semptom sayısının da yüksek olduğu saptanmaktadır.

- 2) **Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu:** Bu bölüm toplamda 38 maddeden oluşmakta olup 7 adet alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar: süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak adlandırılmıştır. 5'li Likert tipi ölçümü kullanılmıştır. (1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2. Böyle düşünmüyorum, 3. Kararsızım, 4. Böyle düşünüyorum, 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum)

Süre alt ölçekleri, bireyin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve aynı zamanda akut, kronik, döngüsel, epizodik olarak gruplara ayırır. Alınan yüksek puanlar, hastalığın kronik biçimde algılandığını göstermektedir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Artmış puanlar hastaların, hastalıklarının olumsuz sonuçlarına olan inancın fazlalaştığını bildirmektedir. Kişisel kontrol, bireyin sahip olduğu hastalığının süresi, gidişatı ve tedavi ile ilgili iç kontrol algısını araştırır. Puanlar yükseldikçe hasta bireyin, hastalığını kontrol edebildiğine dair algıya sahip olduğu saptanır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin işlevi hakkında sahip olduğu inancını sorgulamaktadır. Yükselen puanlar tedavinin hastalığı kontrol edebiliyor olmasına dair olumlu algılar yaratmaktadır. Hastalığı anlayabilme, bireyin sahip olduğu hastalığı ne kadar anlayıp kavradığını incelemektedir. Anlaşılabilineceği gibi puanlar yükseldikçe bireylerin hastalıklarını anlayabildikleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Süre (döngüsel), bireyin hastalığının zamana göre farklı şekillerdeki yansımalarını inceler. Puanlar yükseldikçe bireyin sahip olduğu hastalığın inişli çıkışlı durumunu ve döngüsel durumunu göstermektedir. Duygusal temsiller, bireyin hastalığına dair neler hissettiklerini inceler. Puanların yükselmesi

durumunda, hastanın hastalığıyla ilgili sahip olduğu olumsuz duygulanımların varlığını gösterilmektedir.

Süre (akut/kronik): Fiziksel hastalıklar ve kanser hastaları için; 1 ve 5 arasındaki maddeler aynı zamanda ek olarak 18. Madde de değerlendirmeye alınmaktadır.

Sonuçlar: Fiziksel hastalıklar ve kanser hastaları için; 6 ile 11 arasındaki maddeler değerlendirilmeye alınmaktadır.

Kişisel kontrol: Fiziksel hastalıklar ve kanser hastaları için; 12 ile 17 arasındaki maddeler değerlendirmeye alınmaktadır.

Tedavi kontrolü: Fiziksel hastalıklar ve kanser hastaları için; 19 ile 23 arasındaki maddeler değerlendirmeye alınmaktadır.

Hastalığı anlayabilme: Fiziksel hastalıklar için 24 ile 28 arasındaki maddeler değerlendirilmeye alınırken, kanser hastaları için ise 25, 26 ve 27. Maddeler değerlendirilmeye alınmaktadır.

Süre (döngüsel): Fiziksel hastalıklarda 29 ile 32 arasındaki maddeler değerlendirilmeye alınırken, kanser hastaları için ise 31. Madde değerlendirilmeye alınmamaktadır.

Duygusal temsiller: Fiziksel hastalıklar ve kanser hastaları için; 33 ile 38 arasındaki maddeler değerlendirilmeye alınmaktadır.

3) Hastalık Nedenleri Boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örneğin stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (örneğin kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (örneğin mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (örneğin kaza, yaralanma, kötü talih vb.) Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyut Cronbach α değerleri hastalık hakkındaki görüşlerin boyutu için 0.63-0.79 ve hastalık nedenleri boyutu için ise 0.23-0.82 olarak bulunmuştur.

Bu ölçeğin Türkçeye uyarlama ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Armay (2007) ve ardından Kocaman ve arkadaşları (2007) tarafından yürütülmüştür. Ölçeğin hastalık belirtileri bölümü için iç tutarlılık katsayısı 0.84, algı bölümünde 0.60 ve 0.85 arasında, hastalık nedenleri boyutunda ise 0.46 ve 0.82 arasında değiştiği bildirilmiştir. Test tekrar test korelasyon katsayılarının ise 0.53 ile 0.78 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ölçeğin hastalık tipi bölümünün geçerliliği için t-testi kullanılmış ve geçerliliğin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur ($t=10.49$, $p<0.001$). Hastalık algısı bölümünün 7, hastalık nedenleri bölümünün 4 faktörden oluştuğu ve iki bölümün de madde faktör yüklerinin (0.31-0.68 ve 0.30-0.60) yeterli olduğu belirlenmiştir.

3.3.5. Bilişsel Hatalar Ölçeği (BHÖ)

1981 yılında Lefebvre tarafından “Genel BHÖ” (General CEQ) ve “Bel Ağrısı Hastaları için BHÖ” (LowBackPain CEQ) olmak üzere iki farklı ölçek olarak geliştirilmiştir.

1979 yılında Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş 7 adet bilişsel hata sınıflandırması mevcuttur. 1980 yılında ise Lefebvre Bilişsel Hatalar Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçlarına göre bilişsel hataları 4 kategoride topladığını açıklamıştır. Bunlar; Katastrofize Etme, Aşırı Genelleme, Kişiselleştirme ve Seçici Soyutlamadır.

- 1) **Katastrofize Etme:** Yaşanmış bir olayın sonucunun felaketle sonlanacağını beklemek ya da bir durumu felaketmiş gibi hatalı yorumlamak.
- 2) **Aşırı Genelleme:** Yaşanmış tek bir olayı düşünerek genel bir yargıya sahip olma durumu ya da herhangi bir olayı daha önceden yaşanmış benzer bir olaya dayanarak değerlendirmedir.
- 3) **Kişiselleştirme:** Herhangi bir olumsuz deneyim karşısında ya da olayları değerlendirirken kişisel sorumluluğun hissedilmesi durumudur.

- 4) **Seçici Soyutlama:** Özellikle olayların olumsuz yönlerine odaklanma ya da herhangi bir olayın tamamından çok ufak bir ayrıntısına takılı kalma ve bu ufak ayrıntıyı bütün yaşantıya dahil etmek.

Ölçek 24 kısa öyküden meydana gelmektedir ve bu öyküler genellikle aile, iş, ev yaşamı ve eğlence aktivitelerini içermektedir. Her öykünün ardından bir bilişsel hatayı yansıtan bir disforik biliş gelmektedir. Katılımcılara öyküdeki gibi benzer bir durumla karşılaştıklarında sunulan bilişe ne kadar benzer bir düşüncenin akıllarına geleceği sorulmaktadır. Bireyin aklına gelen her bir düşünce için “benim düşüneceğim hemen hemen aynısı”, “benim düşüneceğime çok benziyor”, benim düşüneceğime biraz benziyor”, “benim düşüneceğime çok az benziyor” ve “benim düşüneceğime hiç benzemiyor” şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Yanıtlanan cevaplara 0-4 aralığında değişiklik gösteren puanlar verilmektedir. Ölçekte her bilişsel hata için alınan toplam puan 0-24 arasında değişirken toplam puan ise 0-96 arasındadır. 1980 yılında Lefebvre ölçeğin test- tekrar test güvenilirliğini .80, geliştirme aşamasında kullanılan alternatif form ile güvenilirliğini .76 ve iç tutarlılığını .89 olarak belirtmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2007 yılında Alçalar ve Bahadır tarafından yapılmıştır.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS For Windows 15.00 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmış olup, hipotez testlerin uygulamasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde parametrik test teknikleri, normal dağılım varsayımını sağlamayan değişkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde ise non-parametrik test teknikleri uygulanmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişki düzeylerini belirlemek için Spearman ve Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır.

IV. BULGULAR

Bu bölümde, PKOS tanısı alan kadınların sosyo-demografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

PKOS tanısı alan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

N=98		n	%
Meslek	Memur	12	12
	İşçi	5	5
	Özel Sektör	22	22
	Öğrenci	6	6
	Emekli	1	1
	Çalışmıyor	52	53
Medeni Durum	Evli	88	90
	Bekâr	9	9
	Boşanmış	1	1
	Eşinden Ayrı Yaşıyor	0	0
	Dul	0	0
Evde Birlikte Yaşanılan Kişi/Kişiler	Yalnız	1	1
	Sadece Eşinizle	62	63
	Eş Ve Çocuk	22	22
	Anne Ve Baba	8	8
	Diğer	5	5
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	6	6
	Ortaöğretim	16	16
	Lise	31	32
	Yüksekokul Veya Üniversite	45	46
	Diğer	0	0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Çocuğum Yok	72	73
	1 Çocuk	17	17
	2 Çocuk	7	7
	3 Çocuk	1	1
	4 Ve Daha Fazlası	1	1
Gelir Düzeyi	0-1000 TL Arası	12	12
	1000-2000 TL Arası	36	37
	2000-3000 TL Arası	20	20
	3000 TL Ve Üzeri	30	31
Başka Bir Kronik Fiziksel Hastalık Olma Durumu	Hayır	81	83
	Evet	17	17
Kronik Ruhsal Bir Hastalık Olma Durumu	Hayır	97	99
	Evet	1	1
PKOS Tanısı Konulan Zaman	1 Yıldan Az	9	9
	1-2 Yıl	16	16
	2-5 Yıl	21	21
	5-10 Yıl	29	30
	10 Yıl Ve Üzeri	23	23
Tedavi Görme Süresi	1 Yıldan Az	29	30
	1-2 Yıl	22	22
	2-5 Yıl	15	15
	5-10 Yıl	23	23
	10 Yıl Ve Üzeri	9	9

Araştırmaya katılan 98 kadının mesleklerine baktığımızda; memur olan 12 (%12) kişi, işçi olan 5 (%5) kişi, özel sektörde çalışan 22 (%22) kişi, öğrenci olan 6 (%6) kişi, emekli olan 1 (%1) kişi ve çalışmayan 52 (%53) kişi vardır.

Medeni durumlarına baktığımızda; evli olan 88 (%90) kişi, bekâr olan 9 (%9) kişi, boşanmış olan 1 (%1) kişinin olduğu ve eşinden ayrı yaşayanın olmadığı gözlenmiştir.

Evde birlikte yaşamılan kişi veya kişilere baktığımızda; yalnız yaşayan 1 (%1) kişi, sadece eşi ile birlikte yaşayan 62 (%63) kişi, eş ve çocuk ile birlikte yaşayan 22 (%22) kişi, anne ve babası ile birlikte yaşayan 8 (%8) kişi, diğer kişiler ile birlikte yaşayan ise 5 (%5) kişi vardır.

Eğitim düzeylerine baktığımızda; ilköğretim mezunu olan 6 (%6) kişi, ortaöğretim mezunu olan 16 (%16) kişi, lise mezunu olan 31 (%32) kişi, yüksekokul veya üniversite mezunu olan 45 (%46) kişi olduğu gözlenmiştir.

Çocuk sahibi olma durumlarına baktığımızda; çocuğu olmayan 72 (%73) kişi, bir çocuğu olan 17 (%17) kişi, iki çocuğu olan 7 (%7) kişi, üç çocuğu olan 1 (%1) kişi, dört ve üzerinde çocuğu olan 1 (%1) kişi vardır.

Gelir düzeylerine baktığımızda; 0-1000TL arası geliri olan 12 (%12) kişi, 1000-2000TL arası geliri olan 36 (%37) kişi, 2000-3000TL arası geliri olan 20 (%20) kişi, 3000TL ve üzerinde geliri olan ise 30 (%31) kişi vardır.

Başka bir kronik fiziksel hastalığı olmayan 81 (%83) kişi, fiziksel hastalığı olan 17 (%17) kişi vardır. Başka bir kronik ruhsal hastalığı olmayan 97 (%99) kişi, ruhsal hastalığı olan 1 (%1) kişi vardır.

PKOS tanısını aldıkları zamana baktığımızda; tanıyı 1 yıldan az zamanda alan 9 (%9) kişi, 1-2 yıl arasında tanı alan 16 (%16) kişi, 2-5 yıl arasında tanı alan 21 (%21) kişi, 5-10 yıl arasında tanı alan 29 (%30) kişi, 10 yıl ve üzerinde tanı alan 23 (%23) kişi vardır.

Tedavi görme sürelerine baktığımızda; 1 yıldan az sürede tedavi gören 29 (%30) kişi, 1-2 yıl arasında tedavi gören 22 (%22) kişi, 2-5 yıl arasında tedavi gören 15 (%15) kişi, 5-

10 yıl arasında tedavi gören 23 (%23) kişi, 10 yıl ve üzerinde tedavi gören 9 (%9) kişi olduğu gözlenmiştir.

Tablo 2. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar (Devam)

N=98		Evet		Hayır		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Herhangi Bir Madde Kullanma Durumu	Hayır Kullanmıyorum	53	54	45	46	98	100
	Sigara	45	46	53	54	98	100
	Alkol	6	6	92	94	98	100
	Uyuşturucu madde	0	0	98	100	98	100
Polikistik Over Sendromuna Bağlı Olarak Görülen Belirtiler	Kilo Artışı	82	84	16	16	98	100
	Sivilce	48	49	50	51	98	100
	Tüülenme	73	74	25	26	98	100
	Kısırlık	40	41	58	59	98	100
	Adet Düzensizliği	74	76	24	24	98	100
	Yumurtlamanın Olmaması	49	50	49	50	98	100

PKOS tanısı alan 98 kadın arasında herhangi bir madde kullanmayan 53 (%54) kişi, sigara kullanan 45 (%46) kişi, alkol kullanan 6 (%6) kişi iken, uyuşturucu madde kullanan hiçbir kişi bulunmamaktadır.

Polikistik over sendromuna bağlı olarak görülen belirtilere baktığımızda; belirtiler arasında kilo artışı olan 82 (%84) kişi, sivilce olan 48 (%49) kişi, tüülenme olan 73 (%74) kişi, kısırlık olan 40 (%41) kişi, adet düzensizliği olan 74 (%76) kişi ve yumurtlamanın olmaması şeklinde belirtisi olan 49 (%50) kişi olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar (Devam)

N=98		n	%	Ort.	S. Sapma	Min.	Max.
Yaş	27 Yaş Altı	44	45	27	4,41	18	41
	27 Yaş ve Üstü	54	55				
Boy	<162 cm	40	41	162	5,24	150	176
	≥162 cm	58	59				
Kilo	<77 kg	49	50	77	15,53	47	125
	≥77 kg	49	50				

Araştırmaya katılan 98 kadının yaş ortalaması 27 olup, 27 yaş altında olan 44 (%45) kişi, 27 yaş ve üzerinde olan 54 (%55) kişi vardır.

98 Kadının boy ortalaması 162 cm olup, 162 cm altında olan 40 (%41) kişi ve 162 cm ve üzerinde olan 58 (%59) kişi vardır. Kilo ortalamaları 77 kg olup, 77 kg altında olan 49 (%50) kişi ve 77 kg ve üzerinde olan 50 (%50) kişi olduğu gözlenmiştir.

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

PKOS tanısı alan kadınların Beck anksiyete, Beck depresyon, bilişsel hatalar ölçeği ve alt boyut, hastalık algı ölçeği alt boyut puanlarına yönelik tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 4. Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyut, Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

		Ort.	S. Sapma	Min.	Max.	
Beck Anksiyete Ölçeği	Beck Anksiyete	23,15	11,39	3	53	
Beck Depresyon Ölçeği	Beck Depresyon	20,91	11,72	1	49	
Bilişsel Hatalar Ölçeği	Kişiselleştirme	18,06	4,64	4	24	
	Katastrofize Etme	16,88	5,37	2	24	
	Seçici Soyutlama	16,57	5,33	2	24	
	Aşırı Genelleme	17,87	5,29	0	24	
	Bilişsel Hatalar Toplam Puan	69,38	17,71	16	96	
Hastalık Algı Ölçeği	Hastalık Tipi	Hastalık Tipi-Kimlik	7,14	3,06	0	13
	Hastalık Hakkındaki Görüşler	Süre (Akut/Kronik)-Fiziksel	22,67	5,19	8	30
		Sonuçlar-Fiziksel	20,27	5,35	10	30
		Kişisel Kontrol-Fiziksel	20,47	4,50	6	30
		Tedavi Kontrolü-Fiziksel	16,81	4,20	5	25
		Hastalığı Anlayabilme-Fiziksel	15,34	2,98	9	23
		Süre (Döngüsel)-Fiziksel	13,28	3,08	4	20
		Duygusal Temsiller-Fiziksel	21,39	5,36	6	30

PKOS tanısı alan kadınların;

Beck anksiyete puan ortalaması 23,15 olup alınan puanlar 3-53 arasında değişmektedir.

Beck depresyon puan ortalaması 20,91 olup alınan puanlar 1-49 arasında değişmektedir.

Bilişsel hatalar ve alt boyut puanlarına baktığımızda; kişiselleştirme puan ortalaması 18,06 olup, puanlar 4-24 arasında değişmektedir. Katastrofize etme puan

ortalaması 16,88 olup, puanlar 2-24 arasında değişmektedir. Seçici soyutlama puan ortalaması 16,57 olup, puanlar 2-24 arasında değişmektedir. Aşırı genelleme puan ortalaması 17,87 olup, puanlar 0-24 arasında değişmektedir. Bilişsel hatalar toplam puan ortalaması 69,38 olup, puanlar 16-96 arasında değişmektedir.

Hastalık algı ölçeği alt boyut puanlarına baktığımızda; hastalık tipi-kimlik puan ortalaması 7,14 olup, puanlar 0-13 arasında değişmektedir. Süre (akut/kronik) puan ortalaması 22,67 olup, puanlar 8-30 arasında değişmektedir. Sonuçlar puan ortalaması 20,27 olup, puanlar 10-30 arasında değişmektedir. Kişisel kontrol puan ortalaması 20,47 olup, puanlar 6-30 arasında değişmektedir. Tedavi kontrol puan ortalaması 16,81 olup, puanlar 5-25 arasında değişmektedir. Hastalığı anlayabilme puan ortalaması 15,34 olup, puanlar 9-23 arasında değişmektedir. Süre (döngüsel) puan ortalaması 13,28 olup, puanlar 4-20 arasında değişmektedir. Duygusal temsiller puan ortalaması 21,39 olup, puanlar 6-30 arasında değişmektedir.

Tablo 5. Hastalık Nedenleri Alt Boyutuna İlişkin Dağılımlar

N=98	Kesinlikle Böyle Düşünmüyorum		Böyle Düşünmüyorum		Kararsızım		Böyle Düşünüyorum		Kesinlikle Böyle Düşünüyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stres ya da Endişe	6	6	13	13	15	15	37	38	27	28
Kalıtısal (İrsi)	9	9	19	19	25	26	26	27	19	19
Bir Mikrop ya da Virüs	40	41	39	40	13	13	2	2	4	4
Diyet-Yemek Alışkanlıkları	6	6	10	10	21	21	31	32	30	31
Şans ya da Kötü Talih	17	17	14	14	20	20	24	24	23	23
Geçmişimdeki Kötü Tıbbi Bakım	21	21	32	33	23	23	13	13	9	9
Çevre Kirliliği	25	26	22	22	22	22	16	16	13	13
Kendi Davranışım	22	22	30	31	16	16	16	16	14	14
Benim Tutumum, Örneğin Yaşamım Hakkında Olumsuz Düşünmem	22	22	29	30	16	16	18	18	13	13
Aile Problemleri	30	31	28	29	15	15	14	14	11	11
Aşırı Çalışma	39	40	37	38	13	13	3	3	6	6
Duygusal Durumum, Örneğin; Kendimi Kötü, Yalnız, Gergin ya da Boşlukta Hissetmem	19	19	21	21	14	14	24	24	20	20
Yaşlanma	32	33	40	41	11	11	10	10	5	5
Alkol	70	71	19	19	7	7	0	0	2	2
Sigara İçme	50	51	13	13	16	16	9	9	10	10
Kaza ya da Yaralanma	71	72	16	16	9	9	1	1	1	1
Kişilik Özelliklerim	43	44	16	16	22	22	8	8	9	9
Vücut Direncimin Azalması	19	19	11	11	29	30	26	27	13	13

PKOS tanısı alan kadınların hastalıklarının nedenlerine verdikleri cevapların ilk beşine baktığımızda;

“Kesinlikle böyle düşünmüyorum” diyen kadınların hastalık nedenleri sırasıyla;

- %72 oranla kaza ya da yaralanma
- %71 oranla alkol
- %51 oranla sigara içme
- %44 oranla kişilik özelliklerim
- %41 oranla bir mikrop ya da virüs şeklinde cevap vermişlerdir.

“Böyle düşünmüyorum” diyen kadınların hastalık nedenleri sırasıyla;

- %41 oranla yaşlanma
- %40 oranla bir mikrop ya da virüs
- %38 oranla aşırı çalışma
- %33 oranla geçmişimdeki kötü tıbbi bakım
- %31 oranla kendi davranışım şeklinde cevap vermişlerdir.

“Kararsızım” diyen kadınların hastalık nedenleri sırasıyla;

- %30 oranla vücut direncimin azalması
- %26 oranla kalıtsal (irsi)
- %23 oranla geçmişimdeki kötü tıbbi bakım
- %22 oranla çevre kirliliği
- %22 oranla kişilik özelliklerim şeklinde cevap vermişlerdir.

“Böyle düşünüyorum” diyen kadınların hastalık nedenleri sırasıyla;

- %38 oranla stres ya da endişe
- %32 oranla diyet-yemek alışkanlıkları
- %27 oranla kalıtsal (irsi) ve vücut direncimin azalması
- %24 oranla şans ya da kötü talih
- %24 oranla duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem şeklinde cevap vermişlerdir.

“Kesinlikle böyle düşünüyorum” diyen kadınların hastalık nedenleri sırasıyla;

- %31 oranla diyet-yemek alışkanlıkları
- %28 oranla stres ya da endişe
- %23 oranla şans ya da kötü talih
- %20 oranla duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem
- %19 oranla kalıtsal şekilde cevap vermişlerdir.

4.3.Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puanlarının Bilişsel Hatalar Toplam Puanlarına Etkisi

PKOS hastası olan kişilerin hastalık nedenleri alt boyut puanlarının bilişsel hatalar toplam puanlarına ne düzeyde etki ettiği araştırılmış olup, sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6. Hastalık Nedenleri Alt Boyut Puanlarının Bilişsel Hatalar Toplam Puanlarına Etkisine Yönelik Regresyon Analizi

Bilişsel Hatalar Toplam Puanı						
Hastalık Nedenleri	B	β	t	P	R ²	Anova P
Sabit Değer	97,99		8,34	0,00	0,32	0,01*
Stres ya da endişe	-1,71	-0,12	-1,05	0,30		
Kalıtısal (İrsi)	0,75	0,05	0,46	0,65		
Bir mikrop ya da virüs	2,28	0,13	1,05	0,30		
Diyet-yemek alışkanlıkları	1,11	0,07	0,62	0,54		
Şans ya da kötü talih	-2,30	-0,18	-1,61	0,11		
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	-1,90	-0,13	-1,15	0,25		
Çevre kirliliği	-0,51	-0,04	-0,31	0,75		
Kendi davranışım	-0,45	-0,04	-0,25	0,81		
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	-0,24	-0,02	-0,11	0,91		
Aile problemleri	-2,76	-0,21	-1,56	0,12		
Aşırı çalışma	-1,23	-0,08	-0,63	0,53		
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	-1,12	-0,09	-0,60	0,55		
Yaşlanma	1,13	0,07	0,54	0,59		
Alkol	2,66	0,12	0,90	0,37		
Sigara içme	-0,44	-0,04	-0,26	0,80		
Kaza ya da yaralanma	-0,43	-0,02	-0,15	0,88		
Kişilik özelliklerim	-0,09	-0,01	-0,05	0,96		
Vücut direncimin azalması	-3,11	-0,23	-1,90	0,06		
*P<0,05						

Hastalık nedenleri olan değişkenlerin, bilişsel hatalar toplam puanlarının %32'sini açıkladığı gözlenmiştir. Hastalık nedenleri arasında kalıtısal (irisi), bir mikrop ya da virüs, diyet-yemek alışkanlıkları, yaşlanma, alkol puanları, bilişsel hatalar toplam puanlarına aynı yönde etki ettiği gözlenmiştir.

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin anlamlı olduğu (P<0,05) gözlenmiş olup, t test sonuçları incelendiğinde ise hastalık nedenleri olan değişkenlerin modele etkisinin anlamlı olmadığı (P>0,05) sonucuna varılmıştır.

Bilişsel hatalar toplam puanına en çok etkiyi yapan hastalık nedenleri sırasıyla:

- Vücut direncimin azalması
- Aile problemleri
- Şans ya da kötü talih
- Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım
- Bir mikrop ya da virüs
- Alkol
- Stres ya da endişe
- Duygusal durumum
- Aşırı çalışma
- Diyet-yemek alışkanlıkları
- Yaşlanma
- Kalıtsal (irisi)
- Çevre kirliliği
- Sigara içme
- Kendi davranışım
- Kaza ya da yaralanma
- Benim tutumum
- Kişilik özelliklerim

4.4.Korelasyon Analizi

PKOS tanısı alan kadınların Beck anksiyete ile Beck depresyon, bilişsel hatalar ölçeği ve alt boyut, hastalık algı ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7. Beck Anksiyete ile Beck Depresyon, Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyut, Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

			Beck Anksiyete	
Beck Depresyon Ölçeği		Beck Depresyon	r	0,54*
Bilişsel Hatalar Ölçeği		Kişiselleştirme	r	-0,14
		Katastrofize Etme	r	-0,23*
		Seçici Soyutlama	r	-0,05
		Aşırı Genelleme	r	-0,13
		Bilişsel Hatalar Toplam Puan	r	-0,17
Hastalık Algı Ölçeği	Hastalık Tipi	Hastalık Tipi-Kimlik	r	0,52*
	Hastalık Hakkındaki Görüşler	Süre (Akut/Kronik)-Fiziksel	r	0,12
		Sonuçlar-Fiziksel	r	0,10
		Kişisel Kontrol-Fiziksel	r	-0,02
		Tedavi Kontrolü-Fiziksel	r	-0,21*
		Hastalığı Anlayabilme-Fiziksel	r	-0,06
		Süre (Döngüsel)-Fiziksel	r	-0,01
		Duygusal Temsiller-Fiziksel	r	0,21*

Beck anksiyete ile Beck depresyon puanları arasında aynı yönde orta derecede bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,54;P<0,01$) gözlenmiştir.

Beck anksiyete ile kişiselleştirme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,14;P>0,05$); katastrofize etme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,23;P<0,05$); seçici soyutlama puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,05;P>0,05$); aşırı genelleme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,13;P>0,05$); bilişsel hatalar toplam puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,17;P>0,05$) gözlenmiştir.

Beck anksiyete ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında aynı yönde orta derece bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,52;P<0,01$); süre (akut/kronik) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,12;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,10;P>0,05$); kişisel kontrol puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-$

0,02;P>0,05); tedavi kontrol puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,21$;P<0,05); hastalığı anlayabilme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,06$;P>0,05); süre (döngüsel) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,01$;P>0,05); duygusal temsiller puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,21$;P>0,05) gözlenmiştir.

PKOS tanısı alan kadınların Beck depresyon ile bilişsel hatalar ölçeği ve alt boyut, hastalık algı ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 8. Beck Depresyon ile Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyut, Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

			Beck Depresyon	
Bilişsel Hatalar Ölçeği		Kişiselleştirme	r	-0,42*
		Katastrofize Etme	r	-0,51*
		Seçici Soyutlama	r	-0,26*
		Aşırı Genelleme	r	-0,43*
		Bilişsel Hatalar Toplam Puan	r	-0,46*
Hastalık Algı Ölçeği	Hastalık Tipi	Hastalık Tipi-Kimlik	r	0,44*
	Hastalık Hakkındaki Görüşler	Süre (Akut/Kronik)-Fiziksel	r	0,16
		Sonuçlar-Fiziksel	r	0,30*
		Kişisel Kontrol-Fiziksel	r	-0,15
		Tedavi Kontrolü-Fiziksel	r	-0,29*
		Hastalığı Anlayabilme-Fiziksel	r	0,15
		Süre (Döngüsel)-Fiziksel	r	-0,02
		Duygusal Temsiller-Fiziksel	r	0,38*

Beck depresyon ile kişiselleştirme puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,42$;P<0,01); katastrofize etme puanları arasında ters yönde orta derecede bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,51$;P<0,01); seçici soyutlama puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,26$;P<0,05); aşırı genelleme puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,43$;P<0,01); bilişsel hatalar toplam puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,46$;P<0,01) gözlenmiştir.

Beck depresyon ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,44;P<0,01$); süre (akut/kronik) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,16;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,30;P<0,01$); kişisel kontrol puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,15;P>0,05$); tedavi kontrol puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,29;P<0,01$); hastalığı anlayabilme puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,15;P>0,05$); süre (döngüsel) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,02;P>0,05$); duygusal temsiller puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,38;P<0,01$) özlenmiştir.

PKOS tanısı alan kadınların bilişsel hatalar ölçeği ve alt boyutları ile hastalık algı ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 9. Bilişsel Hatalar Ölçeği ve Alt Boyutları ile Hastalık Algı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

				Bilişsel Hatalar Ölçeği				
				Kişiselleştirme	Katastrofize Etme	Seçici Soyutlama	Aşırı Genelleme	Bilişsel Hatalar Toplam Puan
Hastalık Algı Ölçeği	Hastalık Tipi	Hastalık Tipi-Kimlik	r	-0,19	-0,19	-0,17	-0,14	-0,21*
	Hastalık Hakkındaki Görüşler	Süre (Akut/Kronik)-Fiziksel	r	-0,04	-0,08	-0,13	0,08	-0,06
		Sonuçlar-Fiziksel	r	-0,25*	-0,21*	-0,24*	-0,17	-0,24*
		Kişisel Kontrol-Fiziksel	r	0,16	0,14	0,26*	0,24	0,24*
		Tedavi Kontrolü-Fiziksel	r	0,17	0,21*	0,31*	0,28*	0,29*
		Hastalığı Anlayabilme-Fiziksel	r	-0,03	-0,05	0,05	-0,08	-0,02
		Süre (Döngüsel)-Fiziksel	r	-0,08	0,05	0,13	0,06	0,05
		Duygusal Temsiller-Fiziksel	r	-0,19	-0,26*	-0,14	-0,15	-0,20*

Kişiselleştirme puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,19;P>0,05$); süre (akut/kronik) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,04;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,25;P<0,05$); kişisel kontrol puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,16;P>0,05$); tedavi kontrol puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,17;P>0,05$); hastalığı anlayabilme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,03;P>0,05$); süre (döngüsel) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,08;P>0,05$); duygusal temsiller puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,19;P>0,05$) gözlenmiştir.

Katastrofize etme puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,19;P>0,05$); süre (akut/kronik) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,08;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,21;P<0,05$); kişisel kontrol puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,14;P>0,05$); tedavi kontrol puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,21;P<0,05$); hastalığı anlayabilme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,05;P>0,05$); süre (döngüsel) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,05;P>0,05$); duygusal temsiller puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,26;P<0,05$) gözlenmiştir.

Seçici soyutlama puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,17;P>0,05$); süre (akut/kronik) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,13;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,24;P<0,05$);

kişisel kontrol puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,26;P<0,05$); tedavi kontrol puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,31;P<0,01$); hastalığı anlayabilme puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,05;P>0,05$); süre (döngüsel) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,13;P>0,05$); duygusal temsiller puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,14;P>0,05$) gözlenmiştir.

Aşırı genelleme puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,14;P>0,05$); süre (akut/kronik) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,08;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,17;P>0,05$); kişisel kontrol puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,24;P<0,05$); tedavi kontrol puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,28;P<0,01$); hastalığı anlayabilme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,08;P>0,05$); süre (döngüsel) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,06;P>0,05$); duygusal temsiller puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,15;P>0,05$) gözlenmiştir.

Bilişsel hatalar toplam puanları ile hastalık tipi-kimlik puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,21;P<0,05$); süre (akut/kronik) puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,06;P>0,05$); sonuçlar puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,24;P<0,05$); kişisel kontrol puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,24;P<0,05$); tedavi kontrol puanları arasında aynı yönde zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=0,29;P<0,01$); hastalığı anlayabilme puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=-0,02;P>0,05$); süre (döngüsel) puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu

ve korelasyonun anlamlı olmadığı ($r=0,05;P>0,05$); duygusal temsiller puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu ($r=-0,20;P<0,05$) gözlenmiştir.



V. TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma bulgularına göre öncelikle PKOS tanısı alan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler sunulacaktır. İkinci olarak ise PKOS tanısı alan kadınların Beck anksiyete, Beck depresyon, bilişsel hatalar ölçeği ve alt boyutları, hastalık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarına yönelik tanımlayıcı istatistikler kısmı yer alacaktır. Daha sonra ise PKOS tanısı alan kadınların Beck anksiyete ile Beck depresyon, bilişsel hatalar ölçeği ve alt boyut, hastalık algı ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçlarına yer verilecektir. Araştırmada elde edilen sonuçlar, literatür taraması ile birlikte konu ile ilgili yapılan araştırmalar ile tartışılarak aşağıda belirtilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda yapılan araştırmanın PKOS tanısı alan bireylere, sağlık kuruluşlarına ve bundan sonraki yapılacak çalışmalara yön göstereceği düşünülmektedir.

Araştırmamızın sonuçlarına baktığımızda; Polikistik Over Sendromuna bağlı olarak görülen belirtiler arasında kilo artışı olan 82 (%84) kişi, sivilce olan 48 (%49) kişi, tüylenme olan 73 (%74) kişi, kısırlık olan 40 (%41) kişi, adet düzensizliği olan 74 (%76) kişi ve yumurtlamanın olmaması şeklinde belirtisi olan 49 (%50) kişi olduğu gözlenmiştir.

Azziz ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada PKOS fizyopatolojisinde etkili olan en önemli çevresel risk faktörünün obezite olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmaya ek olarak Catrall ve Healy, 2004'ün çalışmasında ise PKOS tanısı alan kadınların %50' sinin obezite belirtilerini gösterdiği söylenmektedir. Yıldız ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ise 15 yıllık bir periyotta PKOS'lu hastaların obezite prevalansı ve obez bireylerdeki PKOS prevalansı araştırılmıştır. PKOS tanısı alan kadınlardaki obezite seviyesi genel popülasyondan farklı bulunmamıştır fakat obezite faktörünün PKOS'a sahip olma riskini minimal düzeyde arttırdığı bulunmuştur (Yıldız ve ark., 2008). Yapmış olduğumuz bu çalışmanın, literatürdeki mevcut diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırma bulgularımızda PKOS tanısı alan kadınların %79'unda hirsutizm belirtileri gözlenirken, %49'unda ise akne belirtileri gözlenmektedir. Yapılan bir araştırmada

PKOS tanısı alan kadınların %60-80'nde hiperandrojenizm gözleendiği saptanmıştır. Bununla birlikte; bu kadınların %60'nda hirsutizm, %15-25'nde akne belirtileri gözleendiği saptanmıştır (Kelley 2003; Aherna 2004).Yapmış olduğumuz araştırmanın sonucu literatürdeki diğer çalışmalar ile örtüşmektedir.

Araştırma bulgularımıza göre PKOS tanısı alan kadınların; Beck Anksiyete puan ortalaması 23,15' dir. Ortalaması 23,15'in altında olan 48 (%49) kişi ve 23,15'in ve üzerinde olan 50 (%51) kişi vardır. Yapılan araştırmalarda anksiyete görülme prevalansı ise genel popülasyonda %18 olarak belirtilmişken, PKOS tanısı alan kadınlarda ise %34-57 oranında saptanmıştır (Garad ve ark., 2011). Gözlenen bu sonuçlar ışığında; her ne kadar Beck Anksiyete Envanterinin kesme puanı olmadığı için kaç hastada anksiyete belirtileri olduğunu net olarak söyleyemesekte 23,15 puan ortalaması hastalarda anksiyete belirtilerinin azımsanmayacak bir oranda olduğunu düşündürebilir. Aynı zamanda PKOS tanısı alan kadınlarda meydana gelen hormonal değişiklikler doğrudan anksiyete durumunu meydana getirebilir.

Aynı zamanda araştırma bulgularımızda; Beck Depresyon puan ortalaması ise 20,91' dir. Aynı zamanda envanterden 17 puan ve üzeri alan 63 kişi (%64) bulunmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde; PKOS tanısı alan kadınlarda depresyon görülme yaygınlığı %28-64 oranındadır. Yani bu tanıyı almamış kadınlara oranla %7.1-8 oranında yüksek bulunmuştur (Snyder 2006; Percy ve ark. 2009). Araştırma bulgularımızda elde ettiğimiz yüzdelik dilim önceki yapılmış olan çalışmalar ile uyum göstermektedir.

PKOS tanısı alan bireylerin, bilişsel hatalar ölçeğinden alınan toplam puanları ve alt ölçeklerinden alınan puanları Tablo 4'de belirtilmiştir. Alınan sonuçlar incelendiği zaman meydana çıkan ortalama puanlar, ölçekten alınabilecek maksimum puanlara yakın değerde bulunmuştur. Daha önce belirtildiği gibi PKOS kısa ve uzun dönem risk faktörlerini barındıran bir hastalıktır. PKOS bireyin hayatını, erken adölesan ve yetişkinlik süreci boyunca etkileyen bir kadın sağlığı sorunudur. Risk faktörleri incelendiği zaman bireyde hiperandrojeniz, anovulasyon ve insülin direnci ile karakterizedir. Aynı zamanda bireyde meydana gelen menstürel düzensizlikler, hirsutizm, akne, infertilite ve gebelik kayıpları gözlenmektedir. Uzun dönem risk faktörlerine gelecek olursak; tip II diyabet, psikososyal sorunlar, kardiyovasküler

hastalıklar ve endometrium kanseri açısından risk meydana getiren bir hastalıktır. Gözlenen bu belirti ve bulgular bireyden bireye değişiklik göstermektedir (Asuncion ve ark., 2000; Azziz ve ark., 2004). Çoğu bireyde bu belirtilerin hemen hemen hepsi mevcut olabilir. Bu durumda birey kendini, ciddi bir hastalığa yakalanmış ve bu hastalığın düzelip düzelemeyeceği konusunda olumsuz düşüncelere kapılmış olarak bulabilir. Hastalığın meydana getirdiği kısa ve uzun dönem risk faktörleri doğrultusunda bireyin sahip olduğu bilişsel çarpıtmalara bağlı olarak gelişen olumsuz düşünceler, kişide rahatsızlık yaratabilir. Araştırma sonuçlarımız doğrultusunda PKOS tanısı alan kadınların bilişsel hatalar ölçeğinden alınan toplam puanların ve alt ölçeklerinden alınan puanların tablo 4'te belirtildiği gibi genel olarak ortalamanın üzeri bir değerde olduğu gözlenmektedir. Alçalar ve arkadaşlarının 2012 yılında yapmış oldukları meme kanserine sahip kadınlarla ilgili çalışmalarında bireylerin; bilişsel hatalar ölçeğinin alt ölçeklerinden (felaketleştirme, seçici soyutlama, aşırı genelleme, kişiselleştirme) alınan puanlar bizim çalışmamızdaki puanlardan daha düşüktür. Meme kanseri tedavisi için çeşitli yöntemler uygulanmakta olup sonuçların daha umut vaat edici olduğu söylenebilir. PKOS için umut vaat eden ve kesin sonucu olan bir tedavi planı bulunmamaktadır. Böyle bir durumda bilişsel hata puanlarının yüksek çıkması olası bir neden olarak kabul edilebilir.

Elde edilen araştırma bulgularımıza göre; Beck anksiyete ile Beck depresyon puanları arasında aynı yönde orta derecede bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olduğu gözlenmiştir. Fiziksel hastalık bireylerin, beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşama karşı geliştirilen hedefleri, egoyu, sosyal ilişkilerini negatif yönde etkileyerek depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların gelişmesinde rol oynamaktadır (Aapra ve Cull 1999; Burg ve Abrams 2001; Bunevicius ve ark. 2007; Niti ve ark. 2007). Böncü ve Aydemir'in 2001 yılında akciğer kanseri tanılı hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada anksiyete oranları %12 olarak saptanmışken, depresyon oranları ise %26 olarak saptanmıştır. Bunevicius ve arkadaşlarının 2007 yılında kalp ve solunum problemi olan bireylerle ilgili yapmış oldukları çalışmada bireylerin depresyon düzeylerinin % 19 olduğu bulunurken , %19'unda ise anksiyete belirtileri gösterdiği gözlemlenmiştir. Literatür bilgisine baktığımızda, depresyonun anksiyete ile ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Yukarıda verilen bulgular yapmış olduğumuz araştırma ile paralellik göstermektedir.

Romatoid Artritli hastalarda; anksiyeteninde depresyon kadar önemli olduğunu El-Miedany ve arkadaşları 2002 yılında saptamışlardır. Yapmış oldukları çalışmada depresyon oranını %66.2, anksiyete oranını %70 olarak saptamışlardır. Elde edilmiş bu sonuçlar da araştırmamızla paralellik göstermektedir. Smith ve arkadaşlarının 1998 yılında yapmış oldukları Romatoid Artritli hastalarla ilgili çalışmada ise bilişsel hataların depresyon ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu söylenmiştir. Bizim araştırma bulgularımıza bakacak olursak araştırmamızda; Beck Depresyon puanları ile bilişsel hatalar puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç literatüre göre şöyledir; depresyondaki bir birey bilişsel hataları normal bireylere göre daha fazla yapmakta ve bu hataları değiştirmenin kendilerine bağlı olmadıklarını söylemektedirler. Bu yapılan bilişsel hatalar, kişinin kendini olumsuz bir biçimde algılamasını devam ettirmede de rol almaktadır (Kılınç, 2005). İlgili literatür araştırma bulgularımızın tam aksini söylemektedir. Bu çelişki, bu çalışmadaki örneklem grubundaki hastaların PKOS şiddetlerinin düşük olduğu kanısını düşündürebilir. Ayrıca, bu çalışmanın örneklem grubunun ortalama yaş ortalaması 27'dir. PKOS'lu hastalar zaman geçtikçe daha fazla depresif belirtiler geliştirebilmektedir. Öte yandan, depresif belirtilerin ortaya çıkışı bireysel savunmasızlık ve yaşam olaylarının etkileri ile de ilişkilendirilebilir.

Araştırma sonuçlarımız incelendiğinde; hastalık nedenleri alt boyutlarına ilişkin dağılımlarda “Kesinlikle böyle düşünüyorum” diyen kadınların hastalık nedenleri sırasıyla; %31 oranla diyet-yemek alışkanlıkları, %28 oranla stres ya da endişe, %23 oranla şans ya da kötü talih, %20 oranla duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem, %19 oranla kalıtsal şekilde cevap vermişlerdir. Bilindiği gibi PKOS'un meydana gelmesinde genetik ve çevresel etmenlerin rolü vardır. Yukarıda verilen nedenlere bakıldığında diyet ve yeme alışkanlıklarının kontrol altında tutulmaması obeziteyi meydana getirmektedir. Obezite PKOS oluşumunda çevresel faktörlerden biri sayılabilir fakat PKOS'un obezite ve kilo artışını artırma olasılığı da olası bir neden olarak düşünülebilir. Yapılan çalışmalar, PKOS tanısı alan bireylerin eskisi kadar obezite tanısı almadıklarını da savunmaktadır. Obezite oranının yüksek çıktığı çalışmalarda ise örneklem grubu seçimine bağlı değişiklik gösterilebileceği savunulabilir (Ezeh ve ark., 2013).

Tablo 6’da Bilişsel hatalar puanına en çok etkiyi yapan hastalık nedenleri incelenmiştir. Bunlar; vücut direncimin azalması, aile problemleri, şans ya da kötü talih, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, bir mikrop ya da virüs, alkol, stres ya da endişe, duygusal durumum, aşırı çalışma, diyet-yemek alışkanlıkları, yaşlanma, kalıtsal (irisi), çevre kirliliği, sigara içme, kendi davranışım, kaza ya da yaralanma, benim tutumum, kişilik özelliklerim diye sıralanmaktadır.

Vücut direncinin azalması, aile faktörleri, şans ya da kötü talih gibi nedenler PKOS oluşumunun meydana gelmesinde etkili olmayan faktörlerdir. Buradan hareketle, örneklem grubundaki bireylerin hastalıklarının nedenlerini bilmedikleri varsayılabilir. Karaciğer hastaları ile yapılan bir çalışmada ise hastaların % 57.2’lik bir oranı gerçekten hastalıklarına neyin neden olduğunu tam olarak anlamadıklarını belirtmişlerdir. Elde edilen bu bulgu bizim araştırmamızla uyum göstermektedir (Zelber-Sagi ve ark., 2017). Yukarıda belirtildiği gibi meme kanseri tanılı kadınlarla yapılan çalışmada bilişsel hatalar puanlarının düşük olduğundan bahsedilmişti (Alçalar ve ark., 2012). Verilen vücut direncimin azalması, aile faktörleri şans ya da kötü talih cevapları verilmesi bilişsel hatalar toplam puanlarının ortalamasının üzerinde çıkması ile ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda bu bireylerin eğitim düzeylerine baktığımızda; ilköğretim mezunu olan 6 (%6) kişi, ortaöğretim mezunu olan 16 (%16) kişi, lise mezunu olan 31 (%32) kişi, yüksekokul veya üniversite mezunu olan 45 (%46) kişi olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlardan anlaşılıyor ki %55’lik bir oran üniversite mezunu değildir. Buradan hareketle eğitim seviyesinin düşüklüğü ile hastalık nedenlerinin bu şekilde sıralanması arasında bir ilişki kurulabileceği varsayılmaktadır.

Araştırmada Beck Depresyon puanları ile sonuçlar alt boyutu arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum; hastaların, hastalıklarının olumsuz sonuçlarına olan inancın fazlaştığına yönelik negatif bir algı oluşturarak depresif duygulanımı ortaya çıkarabilirken, ya da tam tersi depresif duygulanımın varlığı, hastalıklarının olumsuz sonuçlarına olan inancın fazlaşmasına neden olabilir. Literatürde de belirtildiği gibi bireyin hastalığına sahip algısı, deneyimleri, duygusal ve davranışsal tepkileri psikiyatrik bozukluk gelişiminde önemli faktörlerdir (Kocaman ve ark., 2007). Araştırmada Beck Depresyon puanları ile duygusal temsiller alt boyutu arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meydana çıkan bu sonuç;

hastanın hastalığıyla ilgili sahip olduğu olumsuz duygulanımların varlığını göstermektedir. Bu durum depresyon üzerinde yordayıcı bir etken yaratıyor olabilir. Aynı zamanda Beck Depresyon puanları ile tedavi kontrolü puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç şöyle açıklanabilir; tedavi kontrolü puanları yükseldikçe birey, tedavinin hastalığını kontrol edebiliyor olmasına dair olumlu bir algı yaratır. Bu olumlu algılar arttıkça bireyin kendini depresif hissetme oranının azalması olası bir durumdur. Bireyin sahip olduğu olumlu inanç, olumsuz duygulanımlardan uzaklaşmasını sağlayabilir.

Grace ve arkadaşlarının 2005 yılındaki yapmış oldukları kalp hastaları ile ilgili çalışmada; kadınların erkeklere oranla daha fazla hastalıklarını kronik ve kontrol edilemez algıladıkları bulunmuştur. Yapmış olduğumuz çalışmada süre (akut/kronik) puan ortalaması 22,67 olup, puanlar 8-30 arasında değişmektedir. Tedavi kontrol puan ortalaması ise 16,81 olup, puanlar 5-25 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızın örneklem grubunu sadece kadınlar oluşturmaktadır. Aynı zamanda kadınların hastalıklarını kronik ve kontrol edilemez algılamaları olası bir durum olarak düşünülebilir. Elde edilen veriler literatürle uyum göstermektedir.

Joshi ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada; kişisel kontrol ortalama puanı hastalık algısı ölçeğinin diğer alt ölçekleri ile karşılaştırıldığında daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedenini; katılımcıların çoğunun (%75) belirtilerini kontrol etmek için yapabilecekleri çok şey olduğunu kabul etmesine bağlamışlardır. Yaptığımız araştırma sonuçlarına göre ise; kişisel kontrol ortalama puanı hastalık algısı ölçeğinin diğer alt ölçekleri karşılaştırıldığında 3. sırada yer almaktadır. PKOS gerekli önlemlerin alındığı takdirde birçok belirtinin ortadan kaybolmasını sağlayabilir. Örnek verecek olursak; adet düzensizliği yaşayan PKOS tanılı kadının düzenli beslenme programına girerek, kilo verdiği takdirde adet düzensizliği semptomu ortadan kalkabilir. Bu durum; hasta bireyin, hastalığını kontrol edebildiğine dair bir algısının olduğunu açıklayabilir. Süre(akut/kronik) ortalama puanı hastalık algısı ölçeğinin diğer alt ölçekleri karşılaştırıldığında daha yüksek çıkmıştır. PKOS kronik bir rahatsızlık olduğu için, hastalığın kronik olarak algılanması olası bir nedendir. Aynı zamanda Joshi ve arkadaşlarının sonuçlarında kişisel kontrol ile depresyon arasında ters yönde anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da kişisel kontrol puanları ile

depresyon puanları arasında ters yönlü anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Grace ve arkadaşlarının 2005 yılındaki kalp hastaları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada ise kişisel kontrolün depresif belirtilerle anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Joshi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ve bizim yapmış olduğumuz çalışma literatürle uyum göstermemektedir. Kişisel kontrol puanlarının her iki çalışmada da yüksek olmasına rağmen depresyonla bir ilişkisinin olmaması belirsizliği korumaktadır.

Araştırmada; bilişsel hatalar toplam puanları ile sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutları arasında negatif yönde, çok zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin hastalıklarına karşı olumsuz olan inançlarının fazlalaşması ve hastalığın getirdiği olumsuz duygulanımın artması sonucunda hatalı bilişsel yapılanmaların varlığı olağan bir durumdur. Elde ettiğimiz sonucun bu şekilde çıkmamasını kullanmış olduğumuz ölçeklerle ya da PKOS'un tanı süresi ile ilişkilendirebiliriz.

Kişiselleştirme puanları ile sonuçlar puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç şöyle açıklanabilir; artan sonuç puanları, hastaların hastalıklarının olumsuz sonuçlarına olan inancının fazlaştığı demektir. Bu inanç fazlaştıkça birey hastalığın sonuçlarının kendisi yüzünden gelişmediğini söylemektedir. Bu durum hastalık nedenlerinin %23 oranla şans ya da kötü talih, %19 oranında ise kalıtsal olarak düşünülmesi ile ilişkilendirilebilir. Yani bireyler hastalıklarının olumsuz sonuçlarının sorumlusunu, kendisi olarak görmemektedir.

Bilişsel kuram bireyde meydana gelen duygu durum bozukluklarının ve bireyin kendine dönük zarar verici davranışlarının arkasındaki nedenin otomatik düşünceler olduğunu varsaymaktadır. Bireylerin aklına gelen bu kaygılı ve depresif düşüncelerin de, kişilerin kendilerini kaygılı ve depresif hissetmesine neden olması olası bir durumdur (Burger, 2006). Literatürde geçen bilişsel hataları değerlendirmek anksiyetenin tedavisinde ve anlaşılmasında oldukça önem arz etmektedir. Bizim araştırma sonuçlarımıza göre anksiyete ile bilişsel hatalar toplam puanları arasında ters yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç literatürle örtüşmemektedir. Mevcut olan bu araştırma bulgusu kullanılan ölçeklerle ilişkilendirilebilir.

Yapılan araştırmamızda Beck Anksiyete Envanterinden alınan puanlar ile duygusal temsiller puanları arasında aynı yönde çok zayıf bir ilişki olduğu ve korelasyonun anlamlı olduğu gözlenmiştir. Elde edilen bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Çünkü bireylerin duygusal temsiller alt ölçeğinden alınan puanlar yükseldikçe, hastalıkları ile ilgili daha fazla olumsuz duygulara sahip oldukları görülmüştür. Bu sahip olunan olumsuz duyguların arasında anksiyete de bulunmaktadır. (Knibb ve Horton, 2008; Yıldırım ve ark., 2013).

Bu çalışmanın sınırlılıklarına bakacak olursak çalışmada uygulanan ölçeklerin hepsinin öz bildirim dayalı olması ve objektif bir biçimde doldurulmaması ihtimali söz konusu olabilir. Çalışmada yer alan katılımcılar 100 kişiden meydana gelip, sosyal medya grubundan temin edilmiştir. Bu nedenle ülke geneli ile ilgili içerdiği bilgi sınırlıdır. Bu popülasyon ile ilgili daha geniş örneklem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

VI. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sürecinde toplanan verilerin analizlerinden elde edilen sonuçlara yer verilmiştir. Aynı zamanda bulgular ve tartışmalar çerçevesinde alanda çalışanlara ve araştırmacılara öneriler sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Araştırmada bulgulara dayanılarak şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- 1) PKOS tanısı alan bireylerin hastalık algıları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin anksiyete düzeyleri arttıkça, hastalık tipiklik puanları da artmaktadır. PKOS'lu bireylerin hastalık hakkındaki görüşler altboyutlarından Tedavi kontrolü puanları ile anksiyete düzeyleri arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmakla beraber anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Duygusal temsiller puanları ile anksiyete düzeyleri arasında ise pozitif yönde çok zayıf bir ilişki tespit edilmiş olup anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur. Süre(akut-kronik) ve sonuçlar puanları ile anksiyete arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki saptandığı gözlenmekte olup anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Süre (döngüsel), kişisel kontrol, ve hastalığı anlayabilme puanları ile anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki saptanırken anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.
- 2) PKOS tanısı alan bireylerin hastalık algıları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça, hastalık tipiklik puanları da artmaktadır. PKOS'lu bireylerin hastalık hakkındaki görüşler altboyutlarından duygusal temsiller ve sonuçlar puanları ile depresyon düzeyleri arasında aynı yönde zayıf, anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Süre(akut-kronik) ve hastalığı anlayabilme puanları ile depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü çok zayıf, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.. Kişisel kontrol ve süre(döngüsel) puanları ile depresyon arasında negatif yönlü, çok zayıf

anlamli olmayan bir iliski saptanmistir. Tedavi kontrolu ile depresyon duzeyleri arastirilmis ve negatif yonlu zayif, anlamli olmayan bir iliski saptanmistir.

3) PKOS tanisi alan bireylerin hastalik algilari ile bilişsel hatalar toplam puanlari arastirilmis ve bakildiginda; bireylerin bilişsel hatalari toplam puanlari ile hastalik tipi-kimlik puanlari arastirilmis ve negatif yonlu anlamli bir korelasyon tespit edilmiştir. PKOS'lu bireylerin hastalik hakkindaki gorusler altboyutlarindan Sonuclar ile duygusal temsiller puanlari ile bilişsel hatalar toplam puanlari arastirilmis ve negatif yonlu, cok zayif anlamli bir iliski bulunmuştur. Kisisel kontrol ile bilişsel hatalar toplam puanlari arastirilmis ve pozitif yonlu, cok zayif anlamli bir iliski saptanmistir. Tedavi kontrolu ile bilişsel hatalar toplam puanlari arastirilmis ve pozitif yonlu, zayif anlamli bir iliski saptanmistir. Sure(akut-kronik) ve hastaligi anlayabilme puanlari ile bilişsel hatalar toplam puanlari arastirilmis ve negatif yonlu, cok zayif ve anlamli olmayan bir iliski saptanmistir. Sure(dongusel) puanlari ile bilişsel hatalar toplam puanlari arastirilmis ve ayni yonde, cok zayif ve anlamli olmayan bir iliski mevcuttur.

4) PKOS tanisi alan bireylerin bilişsel hatalari ile anksiyete duzeyleri arastirilmis ve bakildiginda; katastrofize etme puanlari ile anksiyete duzeyleri arastirilmis ve negatif yonlu, cok zayif ve anlamli bir iliski bulunmuştur. Anksiyete duzeyleri ile kisiselleştirme puanlari arastirilmis ve negatif yonde, cok zayif ve anlamli olmayan bir iliski saptanmistir. Secici soyutlama puanlari ile anksiyete duzeyleri arastirilmis ve negatif yonlu, cok zayif ve anlamli olmayan bir iliski saptanmistir. Aşırı genelleme ile anksiyete duzeyleri arastirilmis ve bakıldığında ise negatif yonlu, cok zayif ve anlamli olmayan bir iliski ile karşilasmıştır. Genel olarak bilişsel hatalar toplam puanlari ile anksiyete arastirilmis ve bakıldığında ise negatif yonlu anlamsiz bir iliski mevcuttur.

5) PKOS tanisi alan bireylerin bilişsel hatalari ile depresyon duzeyleri arastirilmis ve bakildiginda; beck depresyon ile kisiselleştirme puanlari arastirilmis ve ters yonde zayif bir iliski olduğu ve istatistiksel olarak korelasyonun anlamli olduğu bulunmuştur. Katastrofize etme puanlari ile beck depresyon puanlari

arasında ters yönde orta derecede bir ilişki olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. Seçici soyutlama ile beck depresyon puanları arasında ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aşırı genelleme ile beck depresyon puanları arasında ters yönde zayıf, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bilişsel hatalar toplam puanı ile depresyon arasında ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Yapmış olduğumuz bu çalışma PKOS tanısı alan kadınlar ile yapılan bir çalışmadır. PKOS tanısı alan evli ya da bekar kadınların psikolojileri olumsuz yönde etkilenebilir. Meydana gelen bu durum bireyin çevresindeki insanları da etkileyebilme olasılığını barındırmaktadır. Yapılan çalışma genişletilerek, PKOS tanısı alan kadınların ailelerinin de dahil edilmesi ile yeni sonuçlar elde edilebilir. Örnek verecek olursak çocuk sahibi olamayan çiftler psikolojik olarak olumsuz duygulanımlar yaşayabilirler. Bu durum beraberinde depresyonu, anksiyeteyi ve bilişsel anlamda hatalı düşünce yapılarını getirebilir. Bu semptomlar hem kadınlarda, hem de eşlerinde gözlenebilir. Bu semptomların yanı sıra eşler arasında yaşanan çatışmaların çözülmesi, evliliklerindeki doyumu hissedip hissedemedikleri ve birlikte yapılan aktivitelerin beklentileri karşılayıp karşılamadığına dair evlilik uyumlarına da bakılması önerilebilir. Aynı zamanda eğer birey bekar ise; kişinin kişisel ve sosyal yapısında olumsuzluklar ile karşılaşması beklenebilir. Kadınlara toplumsal olarak yüklenen rollerden biri olan fertilitate gerek kişinin çekirdek ailesi, gerekse sosyal çevresinden olumsuz etiketlenmelere maruz kalmasını sağlayabilir ve bu durum kişinin psikolojik mekanizmalarını etkileyebilir. Yapılan bu çalışmanın bekar kadınlar ile yapılarak daha spesifik hale getirilmesi önerilebilir. Aynı zamanda erken adölesan ve yetişkinlik dönemi boyunca etkilenen önemli bir kadın sağlığı sorunu olan bu hastalığı eğitim düzeyine göre sınıflandırarak bir çalışma yapılabilir. Eğitim düzeyinin hastalığı tanıma ve anlama konusunda yordayıcı bir etmen olduğu düşünülebilir. Yüksek eğitim seviyesi ile düşük eğitim seviyesine sahip kadınlar arasında bir karşılaştırma yapılarak literatüre ışık tutulabilir. PKOS tanısı alan kadınların medikal tedavilerinin dışında çeşitli destekleyici tedaviler ile davranış değişikliklerine gidilebilir. Bu süreç boyunca hastalara uzmanlar tarafından psikolojik

destek sağlanabilir. Aynı zamanda bu bireylerde görülen, akne vb. gibi belirtiler ile başa çıkmak için bir dermatolog ile iletişim kurulabilir. PKOS'un önemli belirtilerinden birisi de bilindiği gibi obezitedir. Kilo alımını durdurmak bu hastalığın tedavisinde önemli bir husustur. Bununla başa çıkabilmek için bireyler diyetisyenlerle iş birliği içerisinde olmaladırlar. Aynı zamanda bireylerin tanı aldığı zamandan bu yana hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları da çok önemlidir. Sağlık kurumu çalışanlarının gereken bilgileri hastalara vermesi ve sosyal destek gruplarının oluşturulması da önerilebilir.



KAYNAKÇA

- Aapro, M. and Cull, A., (1999), “Depression In Breast Cancer Patients: The Need For Treatment ”, *Ann Oncol*, 10, pp. 627-636.
- Acehan, O., (2010), “Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi ”, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.B.D.
- Açmaz, G., vd., (2013), “Level of Anxiety, Depression, Self-esteem, Social Anxiety, and Quality of Life Among The Women with Polycystic Ovary Syndrome”, *The Scientific World Journal*, pp. 1-7.
- Aherna, S. A., (2004), “Polycystic Ovary Syndrome”, *Nursing Standard*,18(26): pp. 40–44.
- Ak Yıldırım, H. ve Memişoğulları, R., (2011), “Polikistik Over Sendromu’nda Gözlenen Biyokimyasal Bozukluklar”, *Konuralp Tıp Dergisi*, 3 (1), ss. 42-48.
- Alçalar, N. ve Bahadır, G.,(2007) “Bilişsel Hatalar Ölçeği (BHÖ) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, *Türk Psikoloji Yazıları* , 10 (19) ss. 77-89.
- Alçalar, N., vd., (2012), “Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer”, *Japanese journal of clinical oncology*, 42(10), pp. 940-947.
- Alsén, P., (2009), “Illness Perception and Fatigue After Myocardial Infarction”, *Doctoral Thesis*, University of Gothenburg, Institute of Health and Care Sciences, Göteborg.
- Altuntaş, E., (2015), “Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı”., Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, (Çev., E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, 2007.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı”., Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Başvuru Ölçütleri Elkitabı’ndan, (Çev., E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Armay, Z., vd., (2007), “Hastalık Algısı Ölçeği’nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, *Klinik Psikiyatri*, 10, ss.192-200.
- Aslan, E., (1992), “Benlik Kavramı Ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri. M.Ü Atatürk Eğitim Fakültesi”, *Eğitim Bilimleri Dergisi*, Sayı:4, ss.7-14.

Asunción, M., et al., (2000), “A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain”, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(7), pp. 2434-2438.

Aşçıoğlu Önal, A., (2014), “Bilişsel Çarpıtmalar, Empati ve Ruminasyon Düzeyinin Affetmeyi Yordama Gücünün İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara.

Azziz, R., vd., (2004), “The Revalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in An Unselected Population”, *Journal of Clin Endocrinol Metab.*, 89: pp. 2745-2749.

Bal, U., (2010), “Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.

Balikci, A., vd., (2014), “Depression, Anxiety, and Anger In Patients With Polycystic Ovary Syndrome”, *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 51(4), ss. 328.

Barnard, L., et al., (2007), “Quality of Life and Psychological Well Being in Polycystic Ovary Syndrome”, *Human reproduction*, 22(8), pp. 2279-2286.

Bayad, A., (2017), “Preoperatif Cerrahi Hastalarında Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Saptanması”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.

Bayraktar, S., *Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2013.

Baysal, B., (2008), “Polikistik Over Sendromu ve Hirsutizm”, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 63, ss. 99-107.

Bazarganipour, F., et al., (2013), “Health-Related Quality of Life in Patients with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): A Model-Based Study of Predictive Factors”, *The journal of sexual medicine*, 11(4), pp.1023-1032.

Beck, A. T., (1961) “An Inventory For Measuring Pepsion”, *Archives of General Psychology*, 4, pp. 561-571.

Beck, A. T., et al., (1988), “ An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometrie Properties”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), pp. 893-897.

Beck, Aaron T., ed. *Cognitive therapy of depression*, Guilford press, 1979.

Beck, J., *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*, (Çev.,N. H. Şahin), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2001.

Beck, J., *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*, (Çev., M. Şahin), Nobel Yayıncılık, İstanbul, 2014.

Beck, J. S, *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*, Guilford Press, 2011.

Berksun, E., *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2003.

Botha-Scheepers, S., et al., (2006), "Activity Limitations In The Lower Extremities In Patients With Osteoarthritis: The Modifying Effects of Illness Perceptions and Mental Health", *Osteoarthritis and Cartilage*, 14(11), pp. 1104-1110.

Böncü, M. ve Aydemir Ö., (2001), "Akciğer Kanseri Olgularında Anksiyete ve Depresyon Şiddeti", *Akciğer Arşivi*, 3, ss. 112-115.

Bunevicius, A., et al., (2007), "Screening For Depression and Anxiety Disorders In Primary Care Patients", *Depres Anxiety*, 24, pp.455-460.

Burg, M.M. and Abrams D., (2001), "Depression in Chronic Medical Illness: The Case of Coronary Heart Disease", *Psychotherapy in Practice*, 57(11), pp.1323-1337.

Burger, Jerry M., *Kişilik*, (Çev., İ. Deniz, E.Sarioğlu), Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2006.

Burkovic, Y., *Kaygılanacak Ne Var*, 3. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul, 2013.

Cattrall, F. R. and Healy, D. L., (2004), "Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), pp. 803-812.

Cherrington, C. C., et al., (2004), "Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact on In-hospital Recovery", *American Journal of Critical Care*, 13(2), pp.136-145.

Cherrington, C. C., Lawson, T. N. and Clark, K. B., (2006), "Illness Representation of Patients With Systolic Heart Failure", *Progress In Cardiovascular Nursing*, 21(4), pp.190-195.

Costello, M., et al., (2007), "Insulinsensitising Drugs Versus The Combined Oral Contraceptive Pill For Hirsutism, Acne and Risk of Diabetes, Cardiovascular Disease, and Ecaner In Polycystic Ovary Syndrome", 24;(1):CD005552.

Coşkun, M., (2017), "Yeni Tanı Almış Multiple Skleroz Hastalarında Depresif ya da Anksiyeteli Uyum Bozukluğunun Bilişsel Çarpıtmalar ile İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Çakır, E., vd., (2013), "Polycystic Ovary Syndrome and the Relationship of Cardiovascular Disease Risk", *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17 (2), ss. 33-37.

Çelik, H. C. ve Acar, T., (2007), "Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi", *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), ss. 23-27.

Çetin, B., vd., (2011), "Siber Zorbalığın ve Mağduriyetin Bir Yordayıcısı Olarak İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar: Ergenler İçin Bir Ön Çalışma", *International Online Journal of Educational Sciences*, 3(3), ss. 1064-1080.

Çivan, İ., (2013) "Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları ve Başkalarını Bağışlama Davranışlarının İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Demiröl, A. , vd., (2006), “Anovulatuar Hastanın Sınıflandırılması ve Değerlendirilmesi”, Yeni Tıp Dergisi, 23, ss. 202-205.

De Niet, J. E., et al., (2010), “Psychological Well-being and Sexarche In Women With Polycystic Ovary Syndrome”, Human Reproduction, 25(6), pp. 1497-1503.

Donkin, L., et al., (2006), “Illness Perceptions Predict Reassurance Following a Negative Exercise Stress Testing Result”, Psychology and Health, 21(4), pp. 421-430.

El-Miedany, Y. M., and El Rasheed, A. H., (2002), “Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? ”, Joint Bone Spine, 69(3), pp. 300-306.

Elsenbruch, S., et al., (2006), “Determinants of Emotional Distress in Women with Polycystic Ovary Syndrome”, Human Reproduction, 21(4), pp. 1092-1099.

Elwy, A. R., et al., (2011), “An Illness Perception Model of Primary Care Patients Help Seeking for Depression”, Qualitative Health Research, 21(11), pp. 1495-1507.

Evkuran, B., (2015), “Menopoz Yaşı, Mizaç, Benlik Saygısı Ve Anksiyete İle İlişkili Midir? ”Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Evliyaoğlu, O., (2011), “Polikistik Over Sendromu ve Hirsutizm”, Türk Pediatri Arşivi, 46 (1), ss. 97-102.

Ezeh, U., Yıldız, BO. and Azziz, R., (2013), “Referral Bias in Defining The Phenotype and Prevalence of Obesity in Polycystic Ovary Syndrome”, J Clin Endocrinol Metab, 98(5): pp. 1088-96

Fava, G. A., et al., (1989), “Psychosomatic Assessment of Hirsute Women”, Psychotherapy and Psychosomatics, 51(2), pp. 96-100.

Freeman, A., *Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Terapi*, Atölye Çalışması Malzemeleri, Acar Matbaacılık, İstanbul, 2013.

Fritz, M.A. and Speroff, L., *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

Frosthölm, L., et al., (2005), “The patients Illness Perceptions and The Use of Primary Health Care”, Psychosomatic Medicine, 67(6), pp. 997-1005.

Garad, R., Teede, H. and Moran, L., (2011), “An Evidence-based Guideline For Polycystic Ovary Syndrome”, Australian Nursing Journal, 19(4): pp. 30–33.

Giannousi, Z., vd (2011), “Illness Perceptions in Greek Patients with Cancer: A Validation of the Revised Illness Perception Questionnaire”, Psycho-Oncology, 19, pp. 85–92.

Gönen, G., (2014), “Algılanan Anne Baba Tutumunun Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtmaları ve Kişilik Yapıları ile İlişkisi”, Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, İzmir.

Grace, S. L., et al., (2005), "Illness Perceptions Among Cardiac Patients: Relation to Depressive Symptomatology and Sex", *Journal of psychosomatic research*, 59(3), pp. 153-160.

Griffin, K.W., Friend, R. and Wadhwa, N.K., (1995), "Measuring disease severity in patients with end-stage renal disease: validity of the Craven et al. ESRD Severity Index", *Psychological medicine*, 25(01), pp. 189-193.

Groarke, A., et al., (2005), "The Impact of Illness Representations and Disease Activity on Adjustment in Women With Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study", *Psychology & health*, 20(5), pp. 597-613.

Gül, E., (2016), "Ergenlerde Sosyal Görünüş Kaygısı Ve Sosyal Karşılaştırmanın Fonksiyonel Olmayan Tutum Ve Bilişsel Çarpıtmalarla İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Gülbayrak, P., (2016), "Yetişkinlerin Yeme Tutumları, Otomatik Düşünceleri, İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları Ve Fonksiyonel Olmayan Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bilim Dalı İstanbul.

Hagger, M. S. ve Orbell, S., (2003), "A Meta-analytic Review of The Common-Sense Model of Illness Representations", *Psychology and Health*, 18(2), pp. 141-184.

Harwood, K., Vuguin, P. and DiMartino-Nardi, J., (2007), "Current Approaches to The Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome In Youth", *Horm Res*, 68 (5), pp. 209-217.

Himelein, M. And Thatcher, S., (2006), "Depression and Body Image Among Women with Polycystic Ovary Syndrome", *Journal of Health Psychology*, 11(4), pp. 613-625.

Hisli, N., (1988), "Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma", *Turkish Journal of Psychology*, 6, ss.118-122.

Husain, M. O., et al., (2008), "The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), pp. 4.

Joshi, S., Dhungana, R. R. and Subba, U. K., (2015), "Illness perception and depressive symptoms among persons with Type 2 Diabetes Mellitus: an analytical cross-sectional study in clinical settings in Nepal", *Journal of diabetes research*, pp. 153-160.

Kadıoğlu, M. ve Kızılkaya Beji, N., (2013), "Polikistik Over Sendromu ve Hemşirelik Yaklaşımı", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), ss. 187-197.

Kaptein, A., A., et al., *Representations of chronic illness, The self-regulation of health and illness behaviour*, London, Routledge, 2003.

Karabulutlu, E. Y. ve Karaman, S., (2015), "Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi", *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), ss. 271-284.

- Karabulutlu Yılmaz, E. ve Okanlı, A., (2011), “Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), ss. 25-30.
- Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H., (2011), “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”, *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), ss. 65-74.
- Kaya, B., (2007). “Depresyon:Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6) pp. 11-20.
- Kayahan, B., vd., (2003), “On Beş Kırk Dokuz Yaşları Arasındaki Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Depresyon Şiddeti ile Risk Faktörleri Arasındaki İlişki”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, ss. 208-18.
- Kelley, L., (2003), “Polycystic Ovarian Syndrom: A Challenge For Occupational Health Nursing”, *AAOHN Journal*, 51(1): pp. 23–27.
- Kendler K.S, Karkowski L.M. and Prescott C.A., (1999), “Causal Relationship Between Stressful Life Events and The Onset of Major Depression”, *American Journal of Psychiatry*, 156(6), pp.837-841.
- Kılınç, H., (2005), “Ergenlerin Yalnızlık Düzeyleri Ve Kişilerarası İlişkiler İle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kimmel, PL., et al., “Psychiatric Illness in Patients with End-Stage Renal Disease”, *Am J Med*, 1998;105: pp.214-221.
- Knibb, R.C. and Horton, S.L., (2008), “Can Illness Perceptions and Coping Predict Psychological Distress Amongst Allergy Sufferers? ”, *British Journal of Health Psychology* 13, pp.103–119.
- Kocaman, N., vd., (2007), “Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, ss. 271-280.
- Kozacıoğlu, G., *Çocukların Anksiyete Düzeyleri ile Annelerin Tutumları Arasındaki İlişki*, İ.Ü.Edebiyat Fakültesi Yayını, İstanbul, 1986.
- Köroğlu, E., *Psikiyatri Ders Kitabı*, HYB Basım Yayın, Ankara, 2012.
- Köroğlu, E., ve Türkçapar, H., *Psikoterapi Yöntemleri. Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri*, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.
- Küey, L., (1998), “Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme”, *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 1, ss. 5-12.
- Lau, R. R. and Hartman, K. A., (1983), “Common Sense Representations of Common Illnesses”, *Health psychology*, 2(2), pp. 167.
- Lefebvre, M. F., (1980), “Cognitive Distortion in Depressed Psychiatric and Low Back Pain Patients”, *Unpublished Doctoral Dissertation, University of Vermont, Dissertation Abstracts International*, 41, 693B.

Lefebvre, M. F., (1981), "Cognitive Distortion and Cognitive Errors in Depressed Psychiatric and Low Back Pain Patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (4), pp. 517-525.

Lerdal, A., Celius, EG. and Moum, T., "Perception of Illness and its Developments in Patients with Multiple Sclerosis: a Prospective Cohort Study", *J Adv Nurs* 2008; 65(1): pp. 184-92.

Leventhal, H., et al., (2004), "Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach", *The Sage handbook of health psychology*, pp. 197-240.

Liman, T., (2011), "Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Hastalığı Algılamaları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki", *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, İzmir.*

Marteau, T.M., (1989), "Health Beliefs and Attributions", In *Health psychology*, Springer, US, pp.1-23.

Marteau, T. M. and Weinman, J., (2006), "Self-regulation and The Behavioural Response to DNA Risk Information: a Theoretical Analysis and Framework For Future Research", *Social science & medicine*, 62(6), pp. 1360-1368.

Melekoğlu, E., (2014), "Polikistik Over Sendromu Olan Kadınların Diyet Glisemik İndeksi ve Yükü ile Obezite Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi", *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.*

Morotti, E., et al., (2013), "Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome", *The journal of sexual medicine*, 10(11), pp. 2752-2760.

Mosavel, M., Simon, C. and Ahmed, R., (2010), "Cancer Perceptions of South African Mothers and Daughters: Implications for Health Promotion Programs", *Health Care for Women International*, 31(9), pp. 784-800.

Moss-Morris R., et al., (2002), "The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)", *Psychol Health*; 17: pp.1-16.

Niti, M., et al., (2007), "Depression and Chronic Medical Illnesses in Asian Older Adults: The Role of Subjective Health and Functional Status", *Int J Geriatr Psychiatry*, 22: pp. 1087- 1094.

Ogden, J., *Health psychology*. McGraw-Hill Education (UK), 1996.

Oktay, A.A., (2011), "Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri", *Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa.*

Özakkaş, T., *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19, Acar Matbaacılık, İstanbul, 2014.

Özcan, H., vd., (2013), “Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi”, *Journal of Mood Disorders* 3(3): ss.107-13.

Özgüven, H., ve Baskak, B., *Depresyon. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2014.

Öztürk, O. ve Uluşahin. A., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, 2011.

Öztürk, M.O., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004.

Özyurt, B. ve Deveci, A., (2011), “Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), ss.10-6.

Percy, C. A., et al., (2009), “Nurse-Led Peer Support Group: Experiences of Women With Polycystic Ovary Syndrome”, *Journal of Advanced Nursing*, 65(10): pp. 2046–2055.

Peris, T.S., et al., (2010), “Clinical and Cognitive Correlates of Depressive Symptoms Among Youth With Obsessive Compulsive Disorder”, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(5), pp. 616-626.

Petrie, K. J., et al., (2002), “Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial”, *Psychosomatic medicine*, 64(4), pp. 580-586.

Petrie, J.K. and Weinman, J., (2006), “Why Illness Perceptions Matte”, *Clinical Medicine*, 6(6), pp. 536–539.

Pişgin, İ. ve Şirvanlı Özen, D., (2010), “Çocukluktan Erişkinliğe Obsesif Kompulsif Bozuklukta Hatalı Değerlendirme ve İnanç Alanları”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), ss.117-131.

Pişkinpaşa, S. ve Yıldız, B.O., (2005), “Polikistik Over Sendromu”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36 (3), ss. 168-174.

Rihmer, Z. and Angst, J., *Duygudurum bozuklukları epidemiyoloji*, (Çev., Aydın, H., Bozkurt, A.) Öncü Basımevi, Ankara, 2007.

Sevindik, F.,(2005), “Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler”, Yüksek Lisans Tezi, F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.

Scharloo, M. and Kaptein, A., (1997), “Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications”, *Measures with Chronic Somatic Illnesses of Illness Perception in Patient: A review*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, pp.103-154.

Scharloo, M., et al., (1999), “Predicting Functional Status in Patients With Rheumatoid Arthritis”, *The of Rheumatology*, 26(8), pp. 1686-1693.

Scharloo, M., et al., (2000), "Patients' Illness Perceptions and Coping as Predictors of Functional Status in Psoriasis: a 1-year follow-up", *British Journal of Dermatology*, 142(5), pp. 899-907.

Schultz, D. P., and Schultz, S. E., *Modern Psikoloji Tarihi*, (Çev. Yasemin Aslay), Kaktüs Yayınları, İstanbul, 2007.

Sharma, A., et al., (2010), "National Survey On Management of Weight Reduction in PCOS Women in The United Kingdom", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 152 (2), pp. 181-185.

Sirmans, S.M. and Pate, K.A., (2013), "Epidemiology, Diagnosis, and Management of Polycystic Ovary Syndrome", *Clin Epidemiol*, 6, pp. 1-13.

Smith, T.W., et al., (1988), "Cognitive Distortion in Rheumatoid Arthritis: Relation to Depression and Disability", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), pp.412-416.

Snyder, B. S., (2006), "The Lived Experience of Women Diagnosed With Polycystic Ovary Syndrome", *Jognn- Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, pp.85-392.

Talbott, E.O., et al., (2001), "Cardiovascular Risk In Women With Polycystic Ovary Syndrome", *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 28(1), pp. 111-133.

Tuğrul, M., (2015), "Migren Ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara

Tuna, Ö., (2014), "Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Depresyon Ve Bilişsel Çarpıtmalar", Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sini Has. Eğt. Ve Arş. Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Türkçapar, H., (2004), "Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyonun Tanısal İlişkileri", *Klinik Psikiyatri*, 4, ss.12-16.

Türkçapar, M.H., *Bilişsel Terapi*, Hyb Yayınları, Ankara, 2009.

Türkçapar, M.H., *Bilişsel Terapi*, Hyb Yayınları, Ankara, 2012.

Türkçapar, M.H., *Bilişsel Terapi*, Hyb Yayınları, Ankara, 2013.

Ulusoy, M., Sahin, NH. and Erkmen, H., (1998), "Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12 (2): pp.163-172.

Uğur, E., (2013), "Lise Öğrencilerinin Kişilerarası İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları ve Saldırganlık Tepkileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Gaziantep.

Weinman J., et al., (1996), "The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness", *Psychol Health*, 11: pp. 431-445.

Van Wilgen, C.P., et al., (2008), "Illness Perceptions in Patients with Fibromyalgia and Their Relationship to Quality of Life and Catastrophizing", *Arthritis Rheum*, 58, pp. 3618-3626.

Vaughan, R, Morrison, L. and Miller, E., (2003), "The Illness Representations of Multiple Sclerosis and Their Relations to Outcome", *British Journal of Health Psychology*, 8(3), pp. 287-301.

Yıldırım, N.K., vd., (2013), "Hemodiyaliz Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi: Çok Merkezli Bir Çalışma", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3), ss. 252-259.

Yıldız, BO. Knochenhauer, ES. and Azziz R., (2008), "Impact of Obesity on The Risk for Polycystic Ovary Syndrome", *J Clin Endocrinol Metab*, 93:pp.162-8.

Yorulmaz, H., vd., (2013), "Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, (2), ss. 367-387.

Zelber-Sagi, S., et al., (2017), "Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients", *World journal of gastroenterology*, 23(10), 1881-1890

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

1) Yaşınız?

2) Mesleğiniz?

- a) Memur
- b) İşçi
- c) Özel Sektör
- d) Öğrenci
- e) Emekli
- f) Çalışmıyor

3) Medeni Durumunuz?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Eşinden ayrı yaşıyor
- e)Dul

4) Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a) Yalnız
- b) Sadece eşinizle
- c) Eş ve çocuklar
- d) Anne ve baba
- e) Diğer

5) Eğitim Düzeyiniz?

- a) İlköğretim
- b) Ortaöğretim
- c) Lise
- d) Yüksek okul veya üniversite
- e) Diğer

6) Çocuğunuz var mı var ise kaç tane?

- a) Çocuğum yok
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ve daha fazlası

7) Gelir düzeyiniz nedir?

- a) 0-1000 TL arası
- b) 1000-2000 TL arası
- c) 2000-3000 TL arası
- d) 3000 TL ve üzeri

8) Başka bir kronik fiziksel hastalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet ise lütfen belirtiniz.....

9) Kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet ise lütfen belirtiniz.....

10) Herhangi bir madde kullanmakta mısınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hayır kullanmıyorum
- b) Sigara
- c) Alkol
- d) Uyuşturucu madde

11) PKOS tanısını ne zaman aldınız?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-2 yıl
- c) 2-5 yıl
- d) 5-10 yıl
- e) 10 yıl ve üzeri

14) Ne kadar zamandır tedavi görmektesiniz?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-2 yıl
- c) 2-5 yıl
- d) 5-10 yıl
- e) 10 yıl ve üzeri

15) Polikistik Over Sendromuna bağlı olarak aşağıdaki belirtilerden hangileri sizde görülmektedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Kilo artışı
- b) Sivilce
- c) Tylenme
- d) Kısırlık
- e) Adet düzensizliği
- f) Yumurtlamanın olmaması



EK- 2 Beck Anksiyete Envanteri

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 Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabilirim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
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.Boğluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklilik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				

15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede rahatsızlık ya da hazımsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (sıcaklığa bağlı)				

EK-3 BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1-) (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2-) (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-) (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4-) (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5-) (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-) (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

7-) (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.

(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.

(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.

8-) (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9-) (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10-) (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11-) (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12-) (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13-) (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14-) (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15-) (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16-) (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17-) (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18-) (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

19-) (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20-) (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21-) (0) Kendimden memnunum.

(1) Kendimden pek memnun değilim.

(2) Kendime kızgıyım.

(3) Kendimden nefret ediyorum.

EK-4 BİLİŞSEL HATALAR ÖLÇEĞİ

Bu anket, günlük hayatta olabilecek bazı olayları tanımlamaktadır. Her olayda, o durumdaki bir insanın ne düşünebileceği “**tırnak içinde**” verilmiştir. Bunun altında ise, **bu durumdaki kişi siz olsaydınız**, bu düşüncenin aklınızdan geçecek düşünceye ne kadar benzer olduğunu gösteren ifadeler bulunmaktadır.

Lütfen her durumu okuyun ve olayın **sizin başınıza geldiğini hayal edin**. Sonra olayı izleyen tırnak içindeki düşünceyi okuyun. Aynı durumda olsaydınız ne düşüneceğinizi en iyi anlatan ifadeyi işaretleyin.

Tanımlanan her durumla karşılaşmamış olabilirsiniz. Bu nedenle olmuş gibi farz etmeniz önemlidir. Örneğin; bir sırt ağrısı sorunuz olduğunu düşünün. Sizin sırtınızda ağrı yoksa bile lütfen ağrınız olduğunu hayal etmeyi deneyin. Belirtilen durumu değil, sadece tırnak içindeki düşüncenin sizin düşüncenize ne kadar benzediğini değerlendirin.

Örnek olarak aşağıdakini okuyun.

Alışveriş yaptığınız mağazadan çıktınız ve arabanızda mağazaya girmeden önce olmayan bir çizik fark ettiniz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz :“ Eyvah! Arabam mahvoldu”.

Bu düşünce

benim düşüneceğimin	benim düşüneceğime	benim düşüneceğime	benim düşüneceğime	benim düşüneceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

Eğer bu düşünce (“ Eyvah arabam mahvolmuş”) sizin düşüncenize biraz benziyorsa, benim düşüneceğime biraz benziyor ifadesini yuvarlak içine alın.

Lütfen bir sonraki sayfadan başlayarak her düşünceyi değerlendirin.

1- Patronunuz sanayideki genel yavaşlamadan dolayı, siz de dahil olmak üzere, sizin işinizi yapan herkesi işten çıkarmak zorunda olduğunu söyledi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “ İşimi çok kötü yapıyor olmalıyım, yoksa beni işten çıkarmazdı ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

2- Küçük bir şirkette müdürsünüz. Kötü çalıştığı için işçilerinizden birini işten çıkarmak zorundasınız. Bu kararı günlerdir erteliyorsunuz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “ Onu kovarsam kıyamet koparacak ve şirketi dava edecek ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

3- Geçen hafta oturma odasını boyadınız ve eşiniz gerçekten çok güzel görüldüğünü söyledi. Etrafı temizlerken halıya boya döktüğünüzü fark ettiniz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “ Hayır, bu hiç de iyi bir boyama işi olmamış ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

4- Son zamanlarda birçok arkadaşınızın basketbol ve tenis oynamaya başladığını fark ettiniz. Siz de öğrenmek isterdiniz, ama kayak dersi alırken ne kadar zorlandığınızı hatırladınız. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “ Kayak kaymayı öğrenemediğime göre, tenis oynamayı öğrenebileceğim de şüpheli ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

5- Geçenlerde eşinizle birlikte onun çalıştığı iş yerindeki bir eğlenceye (örneğin, yaş günü partisine) gittiniz. Orada kimseyi tanıyamıyordunuz ve çok kötü zaman geçirdiniz. Başka bir gün eşiniz komşuları ziyarete gitmeyi önerdi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “ Tıpkı iş yerindeki eğlencede olduğu gibi kötü zaman geçireceğim ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

6- Bodrumu temizlemek için üç saat uğraştınız. Ancak eşiniz bu konuda size hiç bir şey söylemedi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “Eşim üstün körü bir iş yaptığımı düşünüyor olmalı”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

7- Dün gece eşiniz seks (cinsel yaşamınız) hakkında ciddi bir şekilde konuşmanız gerektiğini söyledi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “ Sevişme tarzımızdan nefret ediyor ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

8- Altı aydır araba satıcısı olarak çalışıyorsunuz. Daha önce hiç satış elemanı olarak çalışmadınız. Satmanız gerekenden daha az araba sattığınız için az önce işten çıkarıldınız. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “Neden başka bir işe girmeyi deneyeyim ki, nasıl olsa yine kovulurum”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

9- İşiniz çok seyahat etmenizi gerektiriyor. Bugün 650 km gitmeyi hedeflemiştiniz. Fakat kötü hava yüzünden daha az mesafe gidebildiniz. Gece mola verdiğinizde şöyle düşünürsünüz : “ Bugün 650 km gitmedim. Bütün günüm boşa geçmiş oldu ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

10- Bugün oynadığınız futbol maçında beş tane gol fırsatı yakaladınız, iki tanesini gole çevirebildiniz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “Bugün gerçekten çok kötü oynadım ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

11- Balık tutmayı seven bazı arkadaşlarınızla birlikte bugün ilk defa balık tutmaya gittiniz. Hiç kimse balık tutamadı ve herkes hayal kırıklığına uğradı. Eve dönerken şöyle düşünürsünüz: “Galiba ya çok gürültü yaptım, ya da balıkları kaçırarak başka bir şey yaptım”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

12- Karlı ve soğuk bir kış gününde arkadaşlarınız arabaları ile dolaşmaya çıkıyorlar. Geçen sefer gittiğinizde benzininiz bitmişti. Bu durumda şöyle düşünürsünüz :“ Ya yine benzinim biterse, donarak ölürüm ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

13- Okulda genellikle başarılı olan üç çocuğunuz var. Bugün bir çocuğunuz eve gelip, kavga ettiği için okulda cezaya kaldığını söyledi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “Onu daha iyi terbiye etmiş olsaydım bu cezayı almazdı ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

14- Kahve molası için işinize ara verdiğinizde patronunuz yanınıza geldi ve bugün bitmesi gereken işleri hatırlattı. Bu durumda şöyle düşünürsünüz :“ Eğer çalışmaya hemen başlamazsam bu işi kaybederim ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

15- Birçok arkadaşınız tenis oynamaya başladı ve size de ısrar ediyorlar. Geçen yıl eşinizle basketbol dersleri almıştınız ve öğrenmekte çok güçlük çekmişsiniz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “ Basketbol oynamayı öğrenirken çok zorluk çektim, o yüzden tenis oynamayı öğreneneğimden kuşkuluyum ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

16- Yedi yaşındaki oğlunuzun okul başarısı genelde iyi. Geçen hafta yanlış yaptığı ve yeniden yapmak zorunda olduğu bir ödevi eve getirdi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “Eyvah! Dersleri ile sorunları var, öğretmeni ile görüşmeliyim ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynısı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

17- Bu sabah eşiniz işten döndükten sonra evdeki sorunlarla ilgili sizinle ciddi bir konuşma yapmak istediğini söyledi. Ne olup bittiği hakkında hiç bir fikriniz yok. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “ Eşimle yeterli iletişimimiz yok, evliliğimiz dağılacak ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

18- Bundan önceki işinizde, sizinle aynı işi yapan meslektaşınız terfi ettiği halde siz edememiştiniz. Şimdiki işinizde terfi etmek üzeresiniz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “Geçen sefer terfi etmemiştim, galiba şimdi de etmeyeceğim ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

19- Ergenlik çağındaki kızınız, biraz önce size iki arkadaşının gece yatısına kalıp kalamayacağını sordu. Bir kaç hafta önce oğlunuzun arkadaşlarının pizza yemeye geldiklerini ve çok gürültü çıkardıkları için canınızın sıkıldığını hatırlıyorsunuz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “ Eğer gelirlerse yine çok rahatsız olacağım ve sinirleneceğim ”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

20- Bir çocuk yuvası işletiyorsunuz. Bugün telefon konuşmaları ile devamlı size zorluk çıkartmış olan bir anne geldi. İşten ayrıldığını ve çocuğunu yuvanızdan alacağını söyledi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz: “Galiba çocuğu ile iyi ilgilenmediğimi düşünüyor”.

Bu düşünce

benim düşünceğimin	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime	benim düşünceğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

21- Bu öğleden sonra çocuklarınızı yakındaki bir yüzme havuzuna götürdünüz. Çocuklarınız birlikte yüzmek için ısrar ettiler, ama siz güneşlenmekten keyif alıyordunuz. Sonra başınızı kaldırdınız ve onların deniz yatağı için tartışıklarını gördünüz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz :“ Ben de onlarla havuza girseydim, herhalde kavga etmeyeceklerdi ”.

Bu düşünce

benim düşüneneğimin	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

22- Bugün yeni giysiler almak için alışverişe çıktınız ve hoşunuza giden hiç bir şey bulamadınız. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “ Günümü boşa harcadım ”.

Bu düşünce

benim düşüneneğimin	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

23- İşlerin nasıl gittiğini konuşmak için bu gün patronunuzla bir toplantı yaptınız. Patronunuz işinizi gerçekten iyi yaptığınızı söyledi. Ancak küçük bir alandaki becerilerinizi biraz daha geliştirmenizi önerdi. Bu durumda şöyle düşünürsünüz : “ Aslında benim hiç de iyi çalışmadığımı düşünüyor ”.

Bu düşünce

benim düşüneneğimin	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

24- En son kayak yapmaya gittiğinizde düşmüş ve yaralanmıştınız. Bu hafta sonu kayağa gitmeyi istiyorsunuz. Bu durumda şöyle düşünürsünüz :“ Muhtemelen düşüp bacağımı kıracağım ve orada bana yardım edecek kimse olmayacak ”.

Bu düşünce

benim düşüneneğimin	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime	benim düşüneneğime
hemen hemen aynı	çok benziyor	biraz benziyor	çok az benziyor	hiç benzemiyor

EK-5 HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	----- Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					

24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

3. Kararsızım

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

EK-6 Özgeçmiş

Kübra Gizem TARHAN

Adres Bilgileri: Merkez Mah. Fevzi Çakmak Cad. Öztepeler Apt. No:14

D:9 Güngören/ İstanbul

İletişim Bilgileri:

Ev Telefonu: (0212) 462-30-31

Cep Telefonu: (0531) 595-86-66

E-mail : tarhangizemm@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi: 14.12.1993

Doğum Yeri: Bakırköy

Medeni Durum: Bekar

Sürücü Belgesi: B (2012)

EĞİTİM BİLGİLERİ

2015-devam ediyor
Psikoloji

Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans, Klinik

2011-2015
Bölümü

İstanbul Bilim Üniversitesi, Lisans, Psikoloji

2007-2011

Gürlek Nakipoğlu Lisesi

İŞ TECRÜBESİ

Özel Başaran Çocuklar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

(Tam zamanlı-Psikolog)

01.01.2016-22.06.2016

Florence Nightingale Hastanesi

Spina Bfida-Down Sendromlular Kliniği

(Stajyer Psikolog 12.04.2014-15.10.2014) İstanbul (Avrupa)- Türkiye |Yarı Zamanlı

İş Tanımı:

- Spina Bifida Hastası Çocuklarının Ebeveynlerine
- Scl-r 90 Beck Depresyon

- Beck Umutsuzluk
- Beck Anksiyete
- Rosenberg
- Toronto

Ölçeklerinin uygulanması ve bu ölçeklerin raporlandırılıp sunulması.

Romanların Eğitime Erişim Projesi

(**18.10.2014-29.05.2015**) İstanbul (Avrupa)- Türkiye |Yarı Zamanlı

İş Tanımı:

- Literatür Taraması
- Birebir Görüşmeler ve Ölçek Uygulanması
- SPSS Analizi, Veri Girişi ve Sonuçlandırılması
- Makale Yazımı

Koza Koleji

(**Stajyer Psikolog 5.10.2013-05.04.2014**) İstanbul (Avrupa)- Türkiye |Yarı Zamanlı

Balıklı Rum Hastanesi

(**Stajyer Psikolog 01.05.2013-07.06.2013**) İstanbul (Avrupa)- Türkiye |Yarı Zamanlı

İstanbul Tıp Fakültesi

Nöroloji Ana Bilim Dalı Nöropsikoloji Laboratuvarı

(**Stajyer Psikolog 10.01.2013-21.02.2013**) İstanbul (Avrupa)- Türkiye |Yarı Zamanlı

Üsküdar Üniversitesi- Psikolojik Danışmanlık Birimi

Asistan Psikolog

YABANCI DİL

British Time Dil Okulları

İngilizce Seviyesi :Intermediate

UYGULANABİLEN TEST VE MATERYALLER:

Rorschach testi (Eğitim Aşamasında)

Bilişsel Davranışçı Terapi Form ve Ölçekleri

Psikoteknik Testler

SERTİFİKA VE KATILIM BELGESİ BİLGİLERİ

Poem ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği-Bilişsel Davranışçı Terapi
Kuramsal Eğitimi(42 saat) Eğitimi: Prof Dr. Hakan Türkçapar

Poem ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği-Çocuk ve Adolesanlarda Bilişsel
Davranışçı Terapi|Post Travmatik Stres Bozukluğu ve Tedavisi(7 saat) Eğitimciler: Yar.
Doç. Vahdet Görmez-Doç. Dr. Levent Sütçigil

Şema Terapi:Model ve Teknikler (40 saat) ve Borderline ve Narsistik Kişilik
Bozukluklarında Şema Terapi Uygulamaları(16 saat) Dr. H. Alp
KARAOSMANOĞLU/Psikiyatrist

24. Eğitim Bilimleri Kongresi 16-17-18-19 Nisan 2015 (Niğde)

1. Uluslararası Şehir ve Çocuk Kongresi 11-12 Nisan 2015 (İstanbul)

8. Okul ve Psikanaliz Kongresi 21 Şubat 2015 (İstanbul)

18. Ulusal Psikoloji Kongresi, Uludağ Üniversitesi ve Türk Psikologlar Derneği (9-12
Nisan 2014)

18. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi , İzmir Ekonomi Üniversitesi (6-9 Temmuz
2013)

18. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İzmir Ekonomi Üniversitesi'nde (6-9
Temmuz 2013) Bilişselden Dinamiğe Bütüncül Bir Yaklaşım Olarak Benlik
Örgütlenmesi ve Psikoterapi başlıklı 3 saatlik çalışma grubu.

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Office Programı ile ilgili bilgim iyi derecededir.

SPSS programıyla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahibim.