

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

Yüksek Lisans Tezi

**KANSER HASTALARINDA DEPRESYON İLE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ARASINDAKİ İLİŞKİDE
ÜSTBİLİŞSEL İŞLEVLERİN ROLÜ**

Buket YILMAZ

Tez Danışmanı:
Yrd. Doç. Dr. Atilla Tekin

İstanbul, 2017

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Klinik Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisiBuket Yılmaz..... tarafından hazırlanan
“Kanser Hastalarında Depresyon ile Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Üstbilişsel İşlevlerin Rolü”
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 06/03/2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Atilla Terim

.....

Danışman: Hbkz Üniv. Bilgi ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Elif Güneş Yörük
Belirli Üniv. Bilgi ASD/ ABD Öğr. Üyesi

.....

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Yener Yavuz
Hbkz Üniv. EB ASD/ ABD Öğr. Üyesi

.....

Jüri Üyesi:

..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

..... Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Buket Yılmaz
Anabilim Dalı : Psikoloji
Programı : Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Ocak 2017

KANSER HASTALARINDA DEPRESYON İLE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ARASINDAKİ İLİŞKİDE ÜSTBİLİŞSEL İŞLEVLERİN ROLÜ

ÖZET

Bu çalışma, kanser hastalarında depresyon ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkideki üstbilişsel işlevlerin rolünü araştırmaktadır. Depresyon kanser hastalarında en sık görülen ruhsal hastalıktır ve psikolojik sağlamlık ile ilişkili olduğu önceki araştırmalarda kanıtlanmıştır. Depresyonu yordayan en önemli şeylerden biri de düşüncelerimizi farkında olmamızı sağlayan üstbilişsel sistemimizdir. Bu sebeple bu araştırmada, üstbilişsel işlevlerin, depresyon ve psikolojik sağlamlık ilişkisindeki rolü incelenicektir. Gerçekleştirilen tez çalışmasına, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Bölümünde tedavi gören 107 hasta dahil edilmiştir. Uygulamada; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Üstbiliş Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır.

Yapılan analizler neticesinde, psikolojik sağlamlık, depresyon ve üstbilişsel işlevlerin ilişkisi alt boyutlar bazında belirlenmiştir. Bu doğrultuda, psikolojik sağlamlığın alt boyutları olan kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar değişkenleri ile üstbilişsel işlevlerin alt boyutları olan olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık ile depresyon seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Sonuçlara göre; üstbiliş ölçeği puanları artarken psikolojik sağlamlık puanları azalmakta ve bu doğrultuda depresyon puanları

artmaktadır. Araştırma sonuçları, kanser hastaları klinik örneklemini açısından yorumlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon, Üstbiliş



GENERAL INFORMATION

Name and Surname : Buket Yılmaz
Field : Psychology
Program : Clinical Psychology
Supervisor : Assist. Prof. Atilla TEKİN
Degree Awarded and Date : Master – January 2017

THE ROLE OF METACOGNITIVE FUNCTIONS IN RELATION BETWEEN DEPRESSION AND RESILIENCE IN CANCER PATIENTS

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the role of metacognitive functions in relation between depression and resilience in cancer patients. Depression is the most common psychological disease in cancer patients. The relationship between depression and resilience is shown in other studies. One of the most important things that have contributed to depression is our metacognitive system that allows us to be aware of our thoughts. Therefore, in this study, the mediating role of metacognitive functions in relation to depression and resilience will be examined. The study included 106 patients who treated in the medical oncology department of the Şişli Etfal Training and Research Hospital. Demographic information form, Beck Depression Inventory, metacognition assessment scale, resilience scale for adults are used in the study.

On the basis of the analyzes made, the relationship between psychological robustness, depression and metacognitive functions was determined on the basis of sub-dimensions. In this respect, the subscales of self-concept, future sense, structural style, social competence, family adjustment and social resources, which are the sub-dimensions of psychological stability, are the sub-dimensions of metacognitive functions, positive beliefs, uncontrollability and danger, cognitive trust. There were significant relationships between depression levels. According to the results;

Metacognitive scale scores increase while psychological robustness scores decrease and depression scores increase in this direction.

Keywords: Resilience, Depression, Metocognition



İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Varsayımlar	3
1.4. Sınırlılıklar.....	4
1.5. Tanımlar	4
1.5.1. Depresyon	4
1.5.2. Psikolojik Sağlıklaık	4
1.5.3. Üstbiliş	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Depresyon.....	6
2.1.1 Kanser Hastalarında Depresyon.....	6
2.2. Psikolojik Sağlıklaık /Psikolojik Dayanıklılık/ Yılmazlık / Kendini Toparlama Gücü	8
2.2.1. Psikolojik Sağlıklaıkla İlgili Çalışmalar	11
2.2.2. Kanser ve Psikolojik Sağlıklaık	14
2.3. Üstbiliş.....	16
2.3.1. Üstbilişle İlgili Yapılan Çalışmalar	20
2.3.2. Depresyon ve Üstbiliş	21
2.3.3. Depresyon, Kanser ve Üstbiliş.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24

3.2. Veri Toplama Araçları.....	24
3.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	25
3.2.2. Beck Depresyon Envanteri	25
3.2.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	25
3.2.4. Üstbiliş Ölçeği-30	26
3.3. İşlem	27
3.4. Verilerin Analizi.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	29
4.3. Psikolojik Sağlamlık İle İlgili Bulgular.....	32
4.3. Üstbilişsel İşlevler İlgili Çıkarımsal Bulgular	39
4.4. Psikolojik Sağlamlık-Üstbilişsel İşlevler İlişkisine Yönelik Bulgular.....	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR	48
6. ÖNERİLER	57
7. KAYNAKÇA	58
8. EKLER.....	69
9. ÖZGEÇMİŞ.....	80

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Ölçek ve Alt Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler	29
Tablo 2: Örnekleme İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	30
Tablo 3: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Cinsiyet İlişkisi	32
Tablo 4: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Yaş İlişkisi	33
Tablo 5: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Çalışma Durumu İlişkisi	34
Tablo 6: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Gelir Durumu İlişkisi	35
Tablo 7: Psikolojik Sağlık- Depresyon Düzeyi İlişkisi	36
Tablo 8: Üstbilişsel İşlevler-Çalışma Durumu İlişkisi	39
Tablo 9: Üstbilişsel İşlevler- Gelir Durumu İlişkisi	40
Tablo 10: Üstbilişsel İşlevler-Depresyon Düzeyi İlişkisi	41
Tablo 11: Psikolojik Sağlık-Üst Bilişsel İşlevler Alt Boyutları Korelasyon Analizi	43
Tablo 12: Psikolojik Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Olumlu İnançlar Alt Boyutunun Aracılık Rolü	44
Tablo 13: Psikolojik Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Boyutunun Aracılık Rolü	44
Tablo 14: Psikolojik Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Bilişsel Güven Alt Boyutunun Aracılık Rolü	45
Tablo 15: Psikolojik Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Düşünce Kontrolü Alt Boyutunun Aracılık Rolü	46
Tablo 16: Psikolojik Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Bilişsel Farkındalık Alt Boyutunun Aracılık Rolü	46
Tablo 17: Psikolojik Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Bilişsel Farkındalık Alt Boyutunun Aracılık Rolü	46

1. GİRİŞ

Onkolojik hastalıklar, dünyada olduğu gibi ülkemizde de insan sağlığını tehdit eden en önemli sağlık sorunlarından biridir. Son yıllarda gittikçe artan oranlarda görülen bu hastalığın tedavisindeki ilerlemeler olmasına rağmen, tedavinin uzun ve pahalı olması, vücuda yayılabilme ihtimali, organ kaybı olabilmesi ve ölümlü sonuçlanma oranının yüksekliği sebebiyle, hastalık fiziksel olduğu kadar, psikolojik ve sosyal boyutlarda da etkisini göstermektedir (Altınova ve Duyan, 2013). Bu nedenle kanser tanısı, tanı ve tedavisi multidisipliner ele alınması gereken çok yönlü sorunları olan bir hastalıktır.

Türkiye’de her yıl 3000 kişiye kanser tanısı konmaktadır (Ülger ve ark., 2014). Gyllensköld’e göre kanser, doğrudan doğruya ölümlü ilişkili olduğu ve sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolün güçleştiği, büyük acılara neden olduğu ve bireyi sosyal yönden etkilediği için diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici algılanır (Anuk ve ark, 1999). Bu tanıyı alan kişide yarattığı etkinin nasıl olacağı, kişinin sosyal ve aile ortamı, maddi olanakları, sahip olunan mekanizmaları ve en önemlisi de ruhsal yapısı gibi çok sayıda değişkenden etkilenebilmektedir.

Onkoloji hastalarında tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal tepkilerle birlikte birçok ruhsal bozukluk olabilmektedir. Bu hastalıklara en sık eşlik eden ruhsal bozukluk ise depresyondur. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında depresyonun %58’e kadar varan sıklıklarda görüldüğü bulgulanmıştır (Levin, 2006). Hastalık tanısı alan kişilerde, olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişimi neredeyse kaçınılmazdır. Araştırmacılara göre, stresli yaşam olaylarına bağlı olarak gelişen depresif belirtilerde, negatif üstbilişsel inanışlar sebebiyle belirtilerin sürdüğü ve üstbilişlerin travmatik deneyimleri kontrol edebilme etkisinin olduğu savunulmuştur (Yılmaz ve ark., 2011).

Kişilerin kendi zihinlerindeki bu olumsuz düşünceleri, zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini, üstbiliş sistemi sağlamaktadır (Crick, 2000). Üstbilişler, zihnin “sağlıklı” veya “sağlıksız” düşünce sistemleri geliştirmesine etki etmektedirler (Wells, 2000). Sağlıksız düşünce sistemlerinin de, başta depresyon olmak üzere

birçok ruhsal hastalığa sebep olduğu bilinmektedir (Yılmaz ve ark., 2015). Onkolojik hastalıklar gibi kronik seyirli hastalıklarda da sağlıklı düşünce sistemlerinin depresyon tablosunun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı düşünülmekte ve çeşitli araştırmalarca desteklenmektedir (Butow ve ark., 2015).

Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştıran önemli etmenlerden bir tanesi de ruhsal esnekliktir (psikolojik sağlamlık). Psikolojik sağlamlığı düşük olan bireyler, stresle ilişkili hastalıklara daha yatkınlardır (Erarslan, 2014). Psikolojik sağlamlık, kişinin olumsuz durumlara karşı verdiği sağlıklı uyum tepkileridir. Psikolojik sağlamlıktan bahsedebilmek için; felaket, kayıp, yoksulluk gibi travmatik yaşantıların oluşturduğu durumlar ve olumlu sonuçlar olmalıdır (Masten, 2011).

Mevcut araştırmada, kanser hastalığına yakalanmanın travmatik yanı risk durumu olarak alınmış ve kişilerin üstbilişlerine bağlı olarak bu durumdaki psikolojik sağlamlık düzeyleri incelenmiştir. Psikolojik sağlamlık tanımının risk durumu kanser olmakken, olumlu sonucu olarak depresif şikayetlerin yokluğu şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin rolü, kemoterapi gören kanser hastaları üzerinde araştırılmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu bilgiler ışığında araştırmanın genel amacı, kanser hastalarında, depresyon ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin rolünü araştırmaktır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni depresyon düzeyi; bağımsız değişkeni, psikolojik sağlamlık; aracı değişkeni ise üstbilişlerdir. Ayrıca araştırmada depresyon düzeylerinin sosyodemografik değişkenler ve hastalık süreciyle ilgili bazı değişkenlere göre değişip değişmediğine de bakılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- 1- Psikolojik sağlamlık ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar sosyodemografik değişkenlere göre değişmekte midir?
- 2- Psikolojik sağlamlık ölçeğinin alt boyutlarına bağlı olarak kişilerin depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
- 3- Üstbilişsel işlevler ölçeği puanları sosyodemografik değişkenlere göre değişmekte midir?

- 4- Üstbilişsel işlevler ölçeği puanlarına bağlı olarak kişilerin depresyon düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
- 5- Psikolojik sağlamlık ölçeği alt boyutları puanları ile üst bilişsel işlevler ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 6- Psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan puanlar, kişilerin depresyon puanlarını yordamakta mıdır?
- 7- Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin olumlu inançlar alt boyutunun aracılık rolü nedir?
- 8- Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutunun rolü nedir?
- 9- Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin bilişsel güven alt boyutunun rolü nedir?
- 10- Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin düşünce kontrolü alt boyutunun rolü nedir?
- 11- Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin bilişsel farkındalık alt boyutunun rolü nedir?
- 12- Psikolojik sağlamlık ve depresyon arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin rolü nedir?

1.2. Araştırmanın Önemi

Literatürde depresyon ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaların mevcut olduğu görülmüş fakat bu araştırmaların içinde, üstbilişin aracı rolünü çalışan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle depresyon ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkide üstbiliş fenomeninin anlaşılması ve etkenlerinin netleşmesi noktasında önem kazanmaktadır. Yapılan çalışma bu alandaki boşluğa katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

1.3. Varsayımlar

Bu araştırmanın temel varsayımları aşağıdaki yer almaktadır:

1. Araştırmanın katılımcıları, çalışma evrenini temsil etmektedir.
2. Araştırmada kullanılan ve değişkenleri ölçmek için kullanılan ölçme araçları amaçlanan özellikleri ölçmektedir.

3. Araştırmaya katılan hastalar, uygulanan veri toplama araçlarına içtenlikle ve doğru cevap vermişlerdir.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmacının, idealize ettiği, normal olarak yapmak isteyip de, bazı sebeplerle vazgeçmek zorunda kaldığı şeyler araştırmanın sınırlılıklarını oluşturur (Karasar, 2004). Bu araştırmanın sınırlılıkları ise şu şekilde sıralanabilir:

- 1- Araştırma sadece İstanbul'da yer alan Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve çalışmaya gönüllü olarak katılan kemoterapi hastalarıyla sınırlıdır.
- 2- Araştırmanın sonuçları; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Üstbiliş Ölçeği - 30 ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden elde edilen verilerle sınırlıdır.
- 3- Araştırma sadece ayaktan kemoterapi alan hastalarla sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

1.5.1. Depresyon

Depresyon tanımı Hipokrat dönemine kadar uzanan ve toplumda sıklıkla görülen bir psikolojik rahatsızlıktır. Majör depresyonun yaşam boyu prevalansı %15 civarındadır. Depresyonun temel belirtileri olarak, üzüntülü ve kederli duygudurum, önceden zevkle yaptığı şeylere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama, gelecek hakkında umutsuzluk düşünceleri vardır. Kişi önceki olayların olumsuz ve kötü taraflarını değerlendirerek karamsarlığa kapılır, kendisini suçlu ve cezalandırılmış hisseder. Benzer şekilde geleceği de çaresiz ve belirsiz olarak görür. Hayattan zevk alamamak, çökkünlük hali, isteksizlik belirtileri ile kişinin sosyal ilişkileri bozulur ve hayat performansı düşer. İlişkiler bozulup hayat düzeni olumsuz etkilendikçe, kişi daha çok depresyona sürüklenir.

1.5.2. Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık (resilience), olumsuz bir durumda, risk faktörleri ve koruyucu faktörler sonucu oluşan süreçte, kişinin hayatındaki olumsuz değişikliğe

sağlıklı bir şekilde uyum göstermesini içermektedir. Araştırmacılar, psikolojik sağlamlık kavramında bulunması gereken üç temel noktayı belirtmişlerdir; risk, sağlıklı uyum ve baş etme, yeterlik faktörleri. Windle' a göre, psikolojik sağlamlık, “Her durumda sağlıklı uyum ile bağlantılı olan ve bu uyum sürecine katkı sağlayan koruyucu faktörlerin mevcut risk faktörleri ile olan belirgin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır” (1999).

1.5.3. Üstbilis

Üstbilis (metacognition) kavramını daha iyi anlamak için bilis kavramına bakmalıyız. Billis kişinin zihninde olup biten tüm süreçleri içerir. Üst bilis ise, bilisleri kontrol ederek değerlendiren üst bir yapı ve süreçler şeklinde tanımlanır. Üst-bilis, kişinin kendi zihnindeki süreçleri farkında olmasını kapsayan bir üst sistemdir (Crick, 2000). Diğer bir ifadeyle, kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi veya kendi bilisel süreci üzerine çevrilmiş gözüdür (Tosun ve Irak, 2008).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon bozuklukları; üzgün, boş ya da çabuk kızan bir duygudurumun varlığına bedensel ve bilişsel değişikliklerin eşli etmesi ve bu durumun kişinin işlevsellik yeterliliğini büyük ölçüde etkilesidir (DSM-5). Başka bir ifadeyle depresyon, çökkünlük, yorgunluk, isteksizlik, umuzsuzluk gibi duyguların hissedildiği ruhsal bir hastalıktır. Depresyon belirtilerini sistematik olarak sınıfladığımızda; kişinin kendini üzgün, sinirli, huzursuz, mutsuz ve umutsuz hissettiğini gösteren duygudurum belirtileri; hafıza problemleri, dikkat zorlukları ve negatif düşüncelerin artmasıyla beliren bilişsel belirtiler; günlük aktivitelerini gerçekleştirememeye, ağlama, sosyal içe çekilme gibi davranışsal belirtiler; iştahsızlık, yorgunluk, uykusuzluk, cinsel isteksizlik gibi fiziksel belirtiler olmak üzere dört grupta toplanabilir.

Depresyonun başlama yaşı, son yıllarda gödere düşmüş ve sıklığı da artmaya başlamıştır. Son on yıl içinde Avrupa ve Amerika’da yapılan büyük ölçekli çalışmalarda depresyonun yaygınlık oranı %6.7 - %87 arasında bulgulanmıştır. Ülkemizde ise, 7479 kişiyi üzerinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada, depresyon yaygınlığı %4 olarak bulunmuştur. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, kadınlarda %5.4, erkeklerde ise %2.3’tür (Küey ve Güleç, 1993).

Yapılan araştırmalara göre, depresyonun ortaya çıkmasında önemli risk faktörleri; düşük sosyoekonomik düzey, stresli yaşam olayları, yaş, ailede çatışmalar ve yalnız yaşamak, fiziksel hastalıklardır (Charney ve Weissman, 1988). Risk faktörleri arasında sayılan fiziksel hastalıklardan ülkemizde ve dünyada en sık görüleni kanserdir.

2.1.1 Kanser Hastalarında Depresyon

Kanser hastalığının kronik olması ve yaşamı tehdit eden doğası nedeniyle, kişide depresyona sebep olması sıklıkla görülen bir tablodur. Birçok araştırmacı, kanser hastalarında depresyonun görülme sıklığının, diğer hastalık türlerine göre daha fazla olabileceğini bildirmiştir (Hardman ve ark., 1989). Lutgendorf ve

Andersen'in yaptığı araştırmaya göre, genel popülasyonda majör depresif bozukluk görülme sıklığı %3.3 iken, kanser hastalarında bu oranın dört katı olacak şekilde %12.5 bulgulanmıştır (2015).

Kanser hastalarında depresyonun sıklığı ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; %58'lere ulaşan oranlar gösterilmiştir (Lewin, 2006). Araştırmalar sonucunda çıkan oranlar, tanı kriterlerine göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, Massie ve Holland isimli araştırmacıların, depresyon ve uyum bozukluğu tanımlarını ayırarak 1989 yılında yaptıkları çalışmada, %20 oranında majör depresyon ve %27 oranında ise uyum bozukluğu bildirmişlerdir. 215 kişiyle yapılan bir başka çalışmada ise, kanser hastalarının %47'sinde psikolojik bir bozukluk bildirilmiş olup; bu kişilerin içinde %68 uyum bozukluğu, %13 majör depresif bozukluk, % 8 organik ruhsal bozukluk, %7 kişilik bozukluğu ve %4 anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (Derogatis ve ark., 1983).

Depresyon hastalığının ilk öğrenilmesiyle ortaya çıkabileceği gibi, bir takım zorlayıcı tedavilerden sonra da ortaya çıkabilir. Hastalığın öğrenilmesi ile birlikte, ağlama, isteksizlik gibi bazı üzüntü tepkilerinin verilmesi beklenir olmakla beraber, bu tepkiler süresi ve şiddeti açısından depresyondan ayrılır. Bu hastalarda depresyonun ortaya çıkmasına etki eden faktörler şöyle sıralanabilir:

- Tıbbi süreçler
- Kanser tanısının katastrofik etkisi
- Alınan ilaçların depresyonu tetikleyici etkisi
- Pre-morbid kişilik yapısı
- Fiziksel hastalığın şiddeti, fonksiyon kayıpları, bu kayıpların anlamı
- Terminal dönem
- Prognozun kötü olması
- Kontrolsüz ağrı
- Alkol ve madde kötüye kullanımı
- Sosyal geri çekilme (Özkan, 1998).

Yapılan araştırmalarda, kanser hastalarında depresyonun; yetersiz sosyoekonomik destek, önceki kayıplar, var olan duygudurum bozukluğu ve/veya intihar girişimi, alkol ve madde kötüye kullanımı (Breitbart ve ark., 2000), ağrının

olması (Laird, Boyd ve Colvin, 2009) ve kanserin nerede olduğu (Massie, 2004) ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

Kanser hastalarında bu kadar sık görülen bir psikolojik rahatsızlık olan depresyonun sonuçlarına odaklanıldığında ise, çok ciddi sonuçlar doğurduğunu ve tedaviye etkisinin yadsınamaz olduğunu görürüz. Bu hastalarda depresyonun, kötü prognoz ve artan ölüm oranıyla ilişkili olabileceği (Satin, Linden ve Phillips, 2009), daha uzun ve sık hastane yatışlarına, tedaviye uyumun azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine de sebep olacağı (Pelletier ve ark., 2002) araştırmacılar tarafından bildirilmiştir. Fann ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, meme kanseri olan kadınlarda, ilaç kullanımına uyum riskini üç kat arttırdığı bulgulanmıştır. Metastatik kanserli kadınlarda ise depresyon oranı, hayatta kalma ile ilişkili olarak gösterilmiştir (Giese-Davis ve ark., 2011).

2.2. Psikolojik Sağlamlık /Psikolojik Dayanıklılık/ Yılmazlık / Kendini Toparlama Gücü

Son yıllarda, hastalık kavramını ele alan psikoloji çalışmaları yerine, insanların güçlü yönlerine, beceri ve kapasitelerine odaklanan, mutluluk halini ve iyi durumları ele alan pozitif psikoloji kavramı ortaya çıkmıştır. Pozitif psikolojinin araştırma konularına bakıldığında, kişilerin zayıf yanlarından ziyade güçlü yanlarına odaklanan, olumsuz koşullarda nasıl iyi olabildiğiyle ilgilenen bir terim olarak psikolojik sağlamlık (resilience) önümüze çıkar.

Bazı insanlar maruz kaldıkları travmatik yaşantılardan hiç etkilenmeyip uyum sağlarken, neden bazıları tam tersi şekilde yıkılır? Örneğin Stuart Diver adlı kişi, 1999 yılında 65 saat boyunca tonlarca beton yığınının altından nasıl sağ kurtulmuştur? Kobasa bu olguyu 1979 yılında 'psikolojik sağlamlık' kavramıyla şu ekilde açıklamaktadır: 'Bireyin yaptığı iş ne olursa olsun kendini o işe adanması, yaşamdaki değişikliklere açık olması ve olayların denetimini elinde tuttuğuna inanmasıdır'. Bu araştırmacı aynı yıl, belediyede yöneticilik yapan 670 erkek katılımcıyla, kişilerin başlarından geçen stres düzeyleri ve hastalıklarının ikiye ayırarak karşılaştıran bir çalışma yapar. Yaptığı çalışmanın sonuçlarına baktığımızda; çok stres ve az hastalık yaşayan grubun kendilerini işlerine odakladıkları, yaşadıkları

olumsuzlukları fırsat gibi algıladıkları ve öz denetim hissettiklerini bulgulamıştır. Bu kişilerin kullandıkları kendilerini adama, öz denetim ve meydan okuma başa çıkma mekanizmalarını içeren, psikolojik sağlık modelini geliştirmiştir.

Psikolojik sağlık, örslenen ve riskli hayatlara sahip olan kişilerin, bu zorlu durumlar karşısında ne şekilde sağlam kalabildikleri, başarılı olabildikleri ve hayatlarına etkilenmeden devam edebildiklerini araştırır. Resilience tanımına etimolojik olarak bakıldığında ise, Latince esnek ve elastik olmak anlamına gelen 'resilire' kelimesinden türediği görülmektedir (Greene, 2002). Kelimenin tanımını açtığımızda, zihinsel ve bedensel hastalık ve/veya kötü durumlardan kolayca eski haline dönebilme, elastik olmak anlamına geldiği görülmektedir (Ramirez, 2007).

Araştırmacıların psikolojik sağlık tanımları yaparken, bir kişilik özelliği yada bireysel, ailesel ve çevresel etkilerin de dahil edildiği dinamik bir yapı olarak iki farklı şekilde çalışmaları göze çarpmaktadır (Werner, 1982; Greene, 2010). Örneğin, Connor ve Davidson (2003) adlı araştırmacılar, benzer şekilde olaylar yaşayarak farklı tepkiler gösteren kişilerin baş etmesine yarayan kişilik özellikleri şeklinde tanımlarken; Rutter (1999), bu kavramın bir kişilik özelliğini göstermediğini savunur. Garnezy (1991) ise, bazı kişilerin sahip olduğu bir karakter özelliğinden öte, çevre ile etkileşimden olan dinamik bir yapı olduğunu söyler. Ancak genel kabul görmüş farklı tanımların ortak özelliklerine baktığımızda, psikolojik sağlamlığın dinamik ve geliştirilebilir bir süreç olduğu; kişinin travma ve zorlu yaşam olaylarına maruz kaldığında, bu olayların üstesinden başarıyla gelebilmesini ve sağlıklı bir şekilde adaptasyon göstermesini sağladığı şeklindedir.

Psikolojik sağlık; zorlayıcı koşullara rağmen, kişinin bunlarla başarılı bir şekilde başa çıkma kapasitesi, uyum gösterme yeteneğidir. Luthar ve arkadaşları (2000)'na göre psikolojik sağlamlığın ortaya çıkması için, olumsuz bir durumun içinde kalınmış olması ve kişinin bu olumsuzluklara rağmen başarılı şekilde uyum göstermiş olması gerekmektedir. Bu tanıma ek olarak günümüzde yapılan psikolojik sağlık çalışmalarında, sadece olumsuz durumlar yaşayan kişiler ele alınmamaktadır. Yapılan bir çok araştırma sonuçlarına göre, streslerin birikerek travmatik olaylardan daha etkili olabileceği sonucuna varıldığı (Dumont ve Provost, 1999) referans alınarak, psikolojik sağlık araştırmaları travma deneyimlemeyen kişiler üzerinden de yürütülmektedir. Bu görüşün tersi düşünceye sahip olan

araştırmacılar, riskli durumların olmadığı koşullardaki iyilik halinin, psikolojik sağlamlıktan çok ‘yeterlilik’ olduğunu savunmaktadır (Gizir, 2004). Fergus ve Zimmerman 2005 yılında bunu destekleyecek şekilde, yeterliğin kişinin olumsuz durumla baş etmesini sağlayan bir çok nitelikten biri olduğunu ve yeterli kişilerin daha iyi baş edebildiklerini ancak tek başına etkili olmadığını savunur. Garnezy (1991) ise, psikolojik sağlamlığın stres karşısında etkilenmemek değil de, negatif durumlardan iyileşme yeteneğini gösterdiğini söylemiştir.

Hauser ve arkadaşları 2006 yılında, ciddi psikiyatrik rahatsızlıktan iyileşmiş çocukların anlattıklarından yola çıkarak psikolojik dayanıklılık kavramını üç ana başlıkta açıklamışlardır. Bulardan ilki, kişinin çevresine hükmedebileceğine olan inanç; ikincisi kişinin kendi düşünce ve duygularını kontrol etmek anlamına gelen içsel odaklanma ve üçüncüsü de yakın ilişkiler oluşturma kapasitesidir.

Araştırmacıların üzerinde anlaştığı genel yargıya göre psikolojik sağlamlığın, problem oluşmasına ve kötüye gitmesine sebep olan risk faktörleri olmadan kavramsallaştırılamayacağıdır. Bunun üzerine yapılan çalışmalarda, psikolojik sağlamlığın gelişmesi için bir ön koşul olan riskler belirlenmiştir. Araştırmacılara göre bu risk faktörleri, bireysel, çevresel ve ailesel olarak üçe ayrılmıştır. Bireysel risk faktörleri; erken doğum, olumsuz yaşam olayları, kronik hastalıklar, düşük zeka seviyesi, alkol ve madde kullanımı, utangaç kişilik yapısı sayılabilir. Ailesel risk faktörleri; erken anne olmak, kalabalık aile, aileden ayrı ve tek yaşamak, boşanmış bir aileye sahip olmak, ebeveynlerin zihinsel yada kronik hastalıklara sahip olması, evlat edinilmek, ailede şiddete maruz kalmaktır. Çevresel risk faktörleri ise; düşük ekonomik düzey, çocuk istismarı, yoksulluk, evsizlik, doğal afetler veya savaş, toplumsal şiddettir (Gizir, 2007). Wachs ise, bu faktörlerden sadece birinin yeterli olmadığını, ancak birkaç faktör birarada olduğunda yeterli güce sahip olarak risk oluşturduğunu savunmaktadır (2000).

Bazı araştırmacılar tarafından psikolojik sağlamlık kavramı, kişiyi olumsuz sonuçlara götüren tehlikelere karşı kişinin adaptasyonunu sağlayan ve iyileştiren koruyucu faktörler olarak da tanımlanmaktadır (Rutter, 1987). Koruyucu faktörler, bazı araştırmacılar arasında, uyumsuz davranış üzerindeki risklerin etkilerini azaltan nitelikler şeklinde yani dolaylı olarak etkili açıklanırken (Pollard, Hawkins ve Arthur, 1999); diğer araştırmacılar riskin olmadığı zaman bile uyumsuz davranış

üzerinde direk etkilerin olduğunu düşünmekte ve destekleyici faktörler olarak açıklamaktadırlar.

Gizir, 2007 yılında psikolojik sağlamlıkta koruyucu faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel olarak üç ana başlıkta toplamıştır. Bireysel koruyucu faktörler; cinsiyet, yaş, sağlıklı olmak, zeka ve akademik başarının yüksek olması, olumlu mizaca sahip olmak, içsel kontrol odağı, benlik saygısının yüksek olması, öz yeterlik, farkındalık, kendini kabul, hedeflerin ve olumlu beklentilerin olması, problem çözme becerilerine sahip olma, umut besleme ve pozitif olma, sosyal açıdan yetkin olma, mizah duygusuna sahip olmaktır. Ailesel koruyucu faktörler, destekleyici ebeveyne sahip olmak, ailede samimi ilişkiler, ailenin kişiden gerçekçi beklentilerinin olması sayılabilir. Çevresel koruyucu faktörler ise, destekleyici aile ve akran ilişkileri kurmaktır. Rutter'e göre, böyle ortak faktörler belirlenmemelidir, çünkü her kişinin koruyucu ve risk faktörleri farklı olabilmektedir.

Psikolojik sağlamlığın sonuçlarından pozitif uyum, kişinin kendisini nasıl hissettiğiyle, öznel iyi olmayla ve mutlulukla ilişkilidir. Luthar, Sawyer ve Brown' a göre, çocuklarda diğerinin bildirimine dayalı olarak; yetişkinlerde ise, öz bildirime dayalı olarak iyilik hali değerlendirilir (2006). Gizir 2007 yılında, psikolojik sağlamlıkla ilgili yeterlik faktörlerini; akademik başarı, iyi sosyal ilişkiler, duygusal ve davranış problemlerinin olmaması, psikopatolojinin olmaması ve sosyal uyum şeklinde belirtmiştir.

2.2.1. Psikolojik Sağlamlıkla İlgili Çalışmalar

Psikolojik sağlamlığı çalışan araştırmacılar; koruyucu faktörlere odaklananlar, psikopatolojiye odaklanan ve önlemek isteyenler (Masten ve Obradovic, 2006) ile bu mekanizmanın altında yatan süreçleri bulmaya odaklananlar olarak ayrılabiliriz.

Psikolojik sağlamlıkla yapılan araştırmaların en eskilerinden ve kapsamlı olanlarından biri, 1955 yılında Kauai'de başlamış ve 660 çocukla kırk yıl boyunca devam etmiş bir çalışmadır. Çalışmada fakirlikle büyümüş, ailesinde kronik hastalık öyküsü olan yada doğumunda sorun yaşanan çocuklar kırk yıl boyunca izlenmiştir. Araştırma sonucunda, daha çok ciddi sağlık problemleri olan kişilerin, küçük gebelik yaşı, zihinsel engelli tanısı almış ve zorlu yaşam olayları geçirmiş kişiler olduğu tespit edilmiştir (Werner, 2004).

Türkiyede bu konuyla ilgili yapılan ilk çalışmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük çocuklarda akademik sağlamlıkla ilgilidir (Gizir, 2004). Araştırmanın sonucunda, akademik sağlamlık düzeyini etkileyen koruyucu faktörler ortaya konmuştur.

Wallace, Bisconti ve Bergeman, 2001 yılında, psikolojik sağlamlık ile sosyal destek arasındaki ilişkiye bakmış; sosyal destek ve depresyon, yaşam doyumu, sağlık arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın rolünü göstermişlerdir. Buna göre, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin algıladıkları sosyal destek, fiziksel ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir.

Özcan'ın 2004 yılındaki araştırması ise, ebeveyni boşanmış ve beraber olan çocukları karşılaştırarak yapılmıştır. Araştırmanın sonucunda ebeveynleri birarada olan çocukların psikolojik sağlamlık düzeyleri daha iyi bulunmuştur.

Terzi adlı araştırmacı, 2005 yılında 395 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada, olumsuz ve stresli yaşam olayları karşısında öznel iyi olmayı araştırmıştır. Sonuçlar psikolojik dayanıklılık modelini kanıtlar şekilde, bilişsel değerlendirmenin ve stresli yaşam olaylarıyla baş etmenin öznel iyi olmayı etkilediğini göstermektedir.

Eminağaoğlu'nun 2006 yılında yaptığı, güç koşullarda büyüyen sokak çocuklarıyla ilgili olan araştırmasında ise; duygusal bağ kuran ve sağlam arkadaşlık ilişkileri olan çocukların psikolojik sağlamlığı yüksek çıkmıştır. 27 sokak çocuğu ve 27 çalışan çocuğa uygulanan projektif test ile değerlendirme yapılmıştır. Buna ek olarak, annenin olmamasının ve içsel kaynakların sağlam olmamasının, depresif duyguduruma sebep olabileceği ortaya konmuştur. Diğer yandan, sokak çocuklarında depresif duygulanım ve bilişsel katılık daha fazla gözlemlenmiştir.

Kararımak 2007 yılında yayınladığı çalışmasında, 1999 depremlerini yaşamış bireylerde psikolojik sağlamlığı açıklayan olumlu duygusal ve bilişsel faktörler arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bilişsel-davranışçı yaklaşımı temel alan hipotezde, olumlu bilişsel yapıların olumlu duyguları ortaya çıkarması ve bu etkileşimin de bireylerdeki psikolojik sağlamlığı açıklaması beklenmiştir. Benlik saygısı, mizaca bağlı umut, iyimserlik, olumlu duygular ve yaşam doyumu bağımsız değişkenlerdir. Sonuçlara bakıldığında, olumlu kişisel faktörler, psikolojik sağlamlıkla ilişkili bulunmuştur. Buna ek olarak, psikolojik sağlamlık üzerinde olumlu duyguların,

benlik saygısı, umut ve iyimserliğin, yaşam doyumu üzerinden dolaylı etkisi bulgulanmıştır.

Yalım (2007) 330 üniversite öğrencisi ile, psikolojik sağlamlık, iyimserlik, başa çıkma ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sonuç olarak, baş etme yolları, psikolojik sağlamlık ve iyimserliğin, üniversiteye uyumu anlamlı yordadığı bulgulanmıştır. Cinsiyet değişkenine bakıldığında, üniversiteye uyumda kızlarda psikolojik sağlamlık, iyimserlik ve sosyal yardım arama ve çaresizlik/kendini suçlayıcı başa çıkmanın; erkeklerde ise psikolojik sağlamlık, problem çözme becerileri, sosyal yardım arama, kadercil/kendini suçlayıcı başa çıkma yollarının yordayıcı olduğu bulgulanmıştır.

Dowrick ve arkadaşları 2008 yılında, depresyondaki insanlardan yola çıkarak psikolojik sağlamlığın hangi elementinin önemli olduğunu araştırmışlardır. Bunun yanında, depresyondaki kişilerden psikolojik dayanıklılığın önemini derecelendirmelerini istemişlerdir. Kişilerin üçte biri sosyal çevrelerinden aldıkları yardımdan bahsetmişlerdir. Kişisel güç, pozitif duyguları geliştirme, duygusal bağları geliştirme ve sosyal ilişkileri kullanarak depresyonla başedebileceklerini ifade etmişlerdir.

Terzi 2008 yılında, üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin, cinsiyet, iyimserlik, özyeterlik, problem çözme odaklı başa çıkma stratejiyle ilişkisini araştırmıştır. Sonuçlara bakıldığında; öğrencilerin psikolojik sağlamlık puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiş; psikolojik sağlamlık puanları ile iyimserlik, özyeterlik ve problem çözme başa çıkma stratejisi puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulgulanmıştır.

Dayıoğlu (2008) çalışmasında üniversite sınavına hazırlanan gönüllü 865 öğrenci ile yaptığı araştırmada, psikolojik sağlamlıkla öğrenilmiş güçlük, algılanan sosyal destek ve cinsiyet ilişkisini incelemiştir. Sonuçlara göre; psikolojik sağlamlığın yordayıcısı olarak öğrenilmiş güçlük, algılanan sosyal destek ve cinsiyet ortaya konmuştur. Buna ek olarak, erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeyleri daha yüksek bulgulanmıştır.

Li ve arkadaşları, 2008 yılında olan deprem sonrası kazazedelerde demografik faktörlerle psikolojik sağlamlık ilişkisini araştırmış ve psikolojik olarak sağlam kişilerin felakete olumlu uyum sağladıkları bulgulanmıştır. Bunun yanında,

sağlamlığın demografik yordayıcıları olarak; yaş, cinsiyet, eğitim faktörleri bulgulanmıştır.

Tugade ve Frederickson, 2011 yılında yaptıkları çalışmalarında, psikolojik sağlamlığa sebep olan işleyişlere odaklanarak, pozitif duyguların kullanılmasının olumlu etkisinin bulgulanmışlardır.

Gooding ve arkadaşlarının bir çalışmasında, 64 yaş üzeri ve 26 yaş altı katılımcılara, sosyal destek, duygu düzenleme, problem çözme olarak üç alt ölçeğe sahip psikolojik sağlamlık, depresyon, umutsuzluk ve sağlık ölçekleri uygulanmış; 64 yaş üzeri kişilerin duygu düzenleme ve problem çözme becerisinde, 26 yaş altı kişilerin ise sosyal destekle ilişkili olarak psikolojik sağlamlıkları bulgulanmıştır. Bunun yanında, düşük psikolojik sağlamlık yaştan bağımsız olarak, zayıf sağlık algısıyla, düşük umutsuzluk seviyesiyle ilişkili çıkmıştır (2012).

Lee ve arkadaşlarının 2013 yılında psikolojik sağlamlık çalışmalarına meta-analiz uygulamıştır. Araştırılan otuzüç çalışmadan çıkan sonuç, psikolojik sağlamlık üzerinde en az demografik faktörlerin etkili olduğu, risk faktörlerinin orta etkili olduğu ve koruyucu faktörlerin en etkili olduğudur.

Terzi (2013) üniversite öğrencilerinde psikolojik sağlamlık ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer araştırmasında psikolojik sağlamlık ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

2.2.2. Kanser ve Psikolojik Sağlamlık

2001 yılında Dünya Kanser Enstitüsü'nün yaptığı bir çalışmada, kanserden kurtulmalardan ve ailelerinden, hastalığın etkilerini ve tedavinin yan etkilerini yazmaları istenmiştir. Araştırmanın sonucuna göre, hastalıktan kurtulmak, hastalıktan tamamen kurtulmak anlamına gelmemektedir. Kanseri kişinin fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak tüm hayatını etkilemektedir. Kanseri hastalarının büyük bir bölümü, bu olumsuz durumlarla, bunlara bağlı olarak oluşan stres ve düşük yaşam kalitesi ile başa çıkmaya çalışırlar (Rowland ve Baker, 2005).

Kanser algısı olarak kişilerin zihninde, çaresizlik, belirsizlik, korku, ağrı, terk edilme ve en önemlisi de ölüm duygusunu çağrıştırdığı için, kişiyi günlük hayattan

soyutlayarak bir yıkım olabilir. Kişinin bu olumsuzlara uyum sağlama kapasitesi psikolojik dayanıklılık seviyesini göstermektedir.

Kanser; cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi, brakiterapi gibi çoğul tedaviler ile bu tedavilerin birçok yan etkilerini barındırır. Bu çok yönlü olumsuz etkileşimde, psikolojik sağlık faktörünün pozitif etkileri olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlık kavramında yer alan koruyucu faktörlerden; bireyin kişilik özellikleri, hastalıklara ilişkin deneyimleri, çevre destek sistemleri, kültürel ve sosyal tutumların varlığı ya da yokluğu, kanser tanısı ve tedavisinin olumsuz etkileri ile kişinin baş etmesini etkiler (Özkan, 2010).

Min ve arkadaşlarının 2013 yılında, 152 kanser hastasıyla yaptıkları, psikolojik sağlamlığın duygusal stresle ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında; hastanede yatarak tedavi olan kanser hastalarında psikolojik sağlamlık seviyelerinin duygusal sağlamlık ile negatif ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bunun yanında, metastatik kanser hastalarında, psikolojik sağlamlığın, duygusal stres faktörü için anlamlı bir koruyucu faktör olduğu bulgulanmıştır

Markowitz ve arkadaşlarının 2015 yılında, meme kanserli olan ve kontrol grubundaki 464 kadın üzerinde, tanı ve cerrahiye duygusal tepki açısından psikolojik sağlamlık araştırmıştır. Kanser hastalarında anksiyete ve depresyon seviyeleri yüksek olarak bulunmuşken, her iki grubun psikolojik sağlamlık düzeyleri de yüksektir. Yüksek psikolojik sağlamlık düzeyi, kanser hastalarında sağlıklı uyum için önemli bir faktör olarak savunulmaktadır.

Costa ve arkadaşlarının 2016 yılında Brezilya'da 144 kolorektal kanserli hastada yaptıkları araştırmada, psikolojik sağlamlığın yordayıcıları olarak sosyal desteğin, düşük stres, yüksek yaşam kalitesi araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; psikolojik dayanıklılığın, yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu, ayrıca sosyal desteğinde yaşam kalitesi üzerine güçlü ve doğrudan etkiye sahip olduğu, psikolojik dayanıklılığın stres algısı ile negatif ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

Akyüz'ün 2016 yılında 76 kolorektal kanserli hasta ile yaptığı çalışmada, stoma açılan ve açılmayan grubun psikolojik sağlamlık düzeyleri karşılaştırılmıştır. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyi alan kişilerde psikolojik sağlamlık düzeyi, diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre anlamlıydı. Stoma açılan hastaların psikolojik sağlamlık düzeyleri, anlamlı olarak stoma açılmayan hastalardan daha yüksekti

ancak geçici ve kalıcı olarak ayrılan stoma tipinin, psikolojik sağlamlığa bir etkisi olmadığı saptandı. Bunun yanında, kolokteral kanserli hastaların toplam psikolojik sağlamlık puan ortalamalarının düşük olduğu bulgulanmıştır.

2.3. Üstbilis

Üstbilisi ilk ortaya atan ve çalışan araştırmacı Flavell'e göre üstbilis, 'kişinin kendi bilişsel süreçleri hakkındaki bilgisi ve bu bilginin bilişsel süreçleri kontrol etmek için kullanılmasıdır'. Bu terimin oluşturulup rasyonel olarak araştırılmaya başlanması 1970'lere dayansa da, düşünce temelini daha öncelere dayandığı bilinmektedir. Büyük düşünür Spinoza'nın 17. yy'da "Kişi bir şeyi biliyorsa, o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini bildiğini de bilir" ifadesi, ya da William James'in 'dilimin ucunda' fenomeni ile daha öncelerde de bu kavrama atıf yapıldığı düşündürmektedir (Dunlosky ve Metcalfe, 2008; Nelson ve Narens, 1990). 1960'lı yıllarda Hart'ın hafızayla ilgili çalışmalar yürütmesi, üst bilis konusu için yöntem temeli oluşturmuştur. 1970'lerde ise, Tulving ve Madigan "insan hafızasının yegane özelliğinin kendi bilgilerimiz hakkındaki bilgilerimiz olabileceği" düşüncesini ortaya atmışlardır. Ardından Flavell üstbilis terimini, kişinin kendi öğrenme, bellek süreçleri üzerindeki kontrolü olarak, sistematik bir şekilde ortaya atmıştır. Tanımdan da anlaşıldığı üzere; bilis, dikkat, algılama, muhakeme etme, karar verme, problem çözüme, düşünme gibi bilginin kazanılması ve kullanılmasıyla ilgili süreçlerin tümüne işaret ederken; üstbilis, kişinin düşünce süreçlerini farkında olması ve bu süreçler üzerinde kontrol sahibi olmasıdır (Akın, Abacı ve Çetin, 2007). Araştırmacılar, bilisin zihinsel süreçleri kapsarken, üstbilisin ise zihinsel süreçler üzerinde düşünmeyi işaret ettiğini söylemektedir (Garner ve Alexander, 1989).

Araştırmacılar üstbilis kavramını açıklarken farklı tanımlar kullanabilmektedirler. Örneğın, Brown üstbilisi "farkında olma" olarak tanımlarken; John Locke üst bilis kavramı için 'yansıtma' terimini kullanmış ve "kendi zekâ durumumuzu algılamamız" olarak; Piaget ise içsel bakış terimini kullanarak "kişinin farkında olduğu deneyimleri yansıtması" şeklinde tanımlamıştır (Butler ve McManus, 2000). Flavell üstbilis kavramını, üstbilisel bilgi ve üstbilisel deneyim olarak açmışken; Brown bu iki tanımı, bilisin bilgisi (knowledge of cognition) ve bilisin düzenlenmesi (regulation of cognition) olarak adlandırmıştır. Flavell

üstbilişsel bilgiyi birey, görev ve strateji bilgisi olarak; Brown ise, açıklayıcı (declarative), yöntemsel (procedural) ve koşulsal (conditional) olmak üzere üçe ayırmıştır.

Üstbiliş, bilişi değerlendiren, izleyen ve kontrol eden bilgi, süreç ve stratejileri ifade ettiğinden, çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilebilir (Flavell, 1979; Wells, 2000). Wells (2000)'e göre üstbiliş, üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyim ve üstbilişsel düzenleme gibi üç temel yönden oluşur. Üstbilişsel bilgi, kişinin bilişsel fonksiyonlarının işleyişine dair bilgisine dayanır. Üstbilişsel deneyim, belirli zihinsel olayların anlamının değerlendirilmesi, üst bilişsel duygular ve biliş durumunun değerlendirilmesinden oluşur. Üstbilişsel düzenleme ise, izleme, planlama, kontrol etme, dikkat ve performansdaki hataların bulunması gibi yürütücü işlevlerdir (Wells, 2000).

Üstbilişsel bilgi; birey, görev ve strateji değişkenlerinin etkileşimi ya da kombinasyonu ile bilişsel süreçleri ne şekilde etkilediğidir (Griffith ve Ruan, 2005; Flavell, 1979). Flavell'e göre birey değişkeni, kişinin kendisinin ve başkalarının bilişsel süreçleri hakkındaki inançlarıdır (Yıldız ve Ergin, 2007). Birey değişkeni üç bölüm olarak incelenebilir (Piltin, 2008). Bunların ilki olan bireysel farklılıklar (intraindividual differences), kişinin kendisi hakkındaki inancıyla ilgilidir. Örnek olarak, kişinin belleğinin iyi olduğu inancı verilebilir. İkincisi olan bireyler arası farklılıklar (interindividual differences), kişinin başkalarına dair sahip olduğu ve karşılaştırmalar ile kazandığı bilgilerdir. Örnek olarak, aileden birinin belleğinin diğerinden iyi olduğuna dair inancı söylenebilir. Son olarak, bilişsel genellemeler (universals of cognition) ise, kişinin yaşarken kazandığı bilgilerle ilgilidir. Örnek olarak, belleğin zamanla zayıflamasının farkedilmesi verilebilir. Görev değişkenleri (task variables) ise, kişinin bilgi ve verilen görevin gerektirdikleri hakkındaki inancıdır. Örnek olarak, bazı problemleri çözmek için diğerlerinden çok zamana ihtiyacı olduğu inancı verilebilir (Yıldız ve Ergin, 2007). Son değişken olan strateji değişkenleri (strategy variables) ise, problem çözümündeki stratejileri farkında olma, planlama yapma ve değerlendirme şeklindedir. Örnek olarak, bir öğrencinin, konuyu öğrenmeden önce sahip olduğu ön bilgilerini fark etmesi ve eksiklerini tamamlamak için strateji geliştirmesi verilebilir (Yıldız ve Ergin, 2007).

Üstbilişsel bilgi / bilişin bilgisini, kişinin farkındalığı ile açıklayan Brown'a (1987) göre; açıklayıcı/bildirimsel bilgi, “ne biliyorum”; yöntemsal bilgi / yordam bilgisi, “nasıl biliyorum”; koşulsal bilgi / durum bilgisi “neden ve ne zaman biliyorum” sorularıyla açıklanabilir (Özsoy, 2008). Bildirimsel bilgi bir işi yapıp yapamayacağını hakkında yeterlilik bilgisiyken; Yordam bilgisi, işin nasıl yapılacağı hakkındaki bilgisi; Durumsal bilgi, kişinin bir işi ne zaman ve niçin yapacağı bilgisidir. Duruma bağlı bilgide kişinin, yordam bilgisine ve bildirimsel bilgiye de sahip olması gerekir. Brown'a göre bilişin bilgisinin ikinci ögesi olan bilişin düzenlenmesi ise, planlama, izleme, düzenleme ve kontrol edilme yapılarından oluşmaktadır (Yıldız, 2010).

Birçok yazar üstbilişin, bilişe ilişkin bilgi ve bilişi izleme olarak iki temel öğeden oluştuğunu savunur (Mazzoni ve Nelson, 1998; Metcalfe ve Shimamura, 1994; Nelson ve Narens, 1990; Schraw ve Dennison, 1994). Bilişe ilişkin bilgi, kişinin kendi öğrenmesi hakkındaki bilgisiyken; bilişi izleme ise, kişinin öğrenirken strateji seçmesi ve bu süreci izlemesi, gerektiğinde değiştirmesidir (Akın, Abacı ve Çetin, 2007).

Nelson ve Narens (1990) üstbiliş kavramına, üst-düzey (meta-level) ve nesne düzeyi (object-level) olarak birbiriyle bağlantılı iki yapı sunmuşlardır. Nesne düzeyinden üst düzeye bir bilgi akışı olduğunu, üst düzey yapının bilgiyi değerlendirerek geri bildirim sağladığını ve nesne düzeyi yapısını kontrol ettiğini savunurlar. Üst düzey yapı, geri bildirim aracılığıyla nesne düzeyini değiştirebilmektedir.

Üstbiliş teorisi, üstbilişleri oluşturan bilişler hakkındaki işlevsiz inançların psikolojik bozuklukların geliştirilmesi ve sürdürülmesinde merkezi rol oynadığını savunmaktadır (Wells, 2000; Wells & Mathews, 1994). Klinik psikoloji perspektifinden üstbiliş; psikolojik yapılar, bilgi, olaylar ve süreçler, düşüncenin kontrolü, değiştirilmesi ve yorumlanmasıyla ilgili olarak tanımlanmaktadır (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Psikopatolojinin üstbilişsel modeli olan Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli (S-REF)'ne göre üstbiliş; “kişinin kendi bilişsel sistemi hakkında stabil bilgi veya inançlar ve sistemin işleyişi hakkında bilgi; bilişin şimdiki durumunun düzenlenmesi ve farkındalığı, düşünce ve hatıraların önemli görülmesi”

olarak tanımlanabilir. Wells ve Mathews (1994) tarafından ortaya atılan bilgi işlem modeli, duygusal bozukluklara yol açan, problemlili bilgi işlem mekanizmalarını açıklamaktadır. Bu teoriye göre üstbilişler, kişilerin uyumsuz başa çıkma stratejilerinin seçimini (hatalı düşünce paternleri, düşünce baskılama vb.) etkilemede temel rolü üstlenmektedir (Spada, Nikcevic, Moneta, Wells, 2008).

Literatür incelendiğinde Kendini düzenleyici yürütücü işlevler teorisinin, obsesyonlar, depresyon, TSSB ve sosyal fobi bozuklukların gelişimini açıkladığı görülmüştür (Papageorgiou & Wells, 2003; Wells, 2000). Bu teoriye göre, psikolojik bozukluğa ve bozukluğun sürdürülmesine yatkınlığın nedenleri, bilişsel dikkatlilik sendromu (Cognitive Attentional Syndrome: Cognitive Attentional Syndrome) ile ilişkilendirir. Bilişsel dikkatlilik sendromu, endişe ve ruminasyonun tekrarlayan düşünce stillerine dikkati odaklar, fonksiyonel olmayan kendine dair inançları aktifleştirir, dikkatin iç ve dış tehlike kaynaklarına yönelmesi ve işlevsiz inançların değiştirilmesini engelleyen uygunsuz başa çıkma stratejilerinin kullanılmasını sağlar (Matthews & Wells, 2004). Özetle psikolojik rahatsızlıklarda olan şey, kişinin kendi hakkındaki olumsuz bilgisini arttıran, koruyucu düşünce (ruminasyon, obsesyon ve endişe), kaçınma ve düşünce bastırması gibi uygunsuz başa çıkma stratejilerinin seçilmesi ve uygulanmasıdır (Wells, 2000). Aynı zamanda bu teori, üstbiliş konusunda birçok çalışma yapılmasına katkı sağlamıştır.

Wells ve Matthews (1994) tarafından geliştirilen Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler teorisi üstbiliş faktörlerinin (olumlu inançlar, kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık) psikolojik bozuklukların ortaya çıkıp devam etmesine sebep olduğunu ileri sürmektedir. Bu faktörlere daha ayrıntılı bakarsak;

-Olumlu inançlar faktörü, sürekli ve tekrarlı düşünmenin bazı durumlarda yararlı olduğunu düşünen kişilere atıf yapar. Ancak bu inancın tersine, bir süre sonra bu tekrarlı düşünceler olumsuz duygulara, hatta depresyona neden olabilir.

-Kontrol edilmezlik ve tehlike faktörü, olumsuz düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine atıf yaparak, kişilerin çaresiz olduklarını hissetmelerine sebep olur. Çaresizlik ve kontrolün kendinde olmadığı duygusu da depresyona sebep olan temel düşüncelerdendir.

-Bilişsel güven faktörü, kişinin hafıza ve dikkati üzerindeki güvenine atıf yapar. Bu güvenin olmayışı, kişinin kendine fazlasıyla odaklanmasına neden olur ve beraberinde psikolojik problemleri getirebilir.

-Düşünceleri kontrol ihtiyacı faktörü, olumsuz düşünce ve duyguların kontrol edilmesi gerekliliğine inanan düşünce sistemine atıf yapar. Ancak düşünce ve duyguların bastırılması, başka şekillerde psikolojik problemler olarak ortaya çıkmasına sebep olabilir.

-Bilişsel farkındalık faktörü, kişinin kendi düşüncelerini izlemeye atıf yapar. Bazı kişiler dikkatlerini fazlasıyla kendilerine odaklayarak, en küçük değişim karşısında anksiyete hissedebilirler (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997).

Bu çalışmada üstbilişi ölçmek için kullanılan Üstbiliş Ölçeği-30 ((Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)) yukarıdaki beş faktörü temel alarak oluşturulmuştur (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997).

2.3.1. Üstbilişle İlgili Yapılan Çalışmalar

İlk üstbiliş araştırmaları yetişkiler üzerinde 'bilme hissi' üzerine odaklanılarak, 1965 yılında Hart tarafından yapılmıştır. Üniversite öğrencilerine çalışan Hart, onlara genel kültür soruları sormuştur. Bu sorulardan yalnız cevap verilenleri ayırarak test haline getirmiş ve öğrencilere bilip bilemeyeceklerini sormuştur. Araştırmanın sonucuna baktığımızda; öğrencilerin soruları bilip bilememe düşünceleriyle, doğru cevapları arasında yüksek derece ilişki çıkmıştır (Hart, 1965).

Flavell yaptığı çalışmalarla üstbiliş alanına öncülük eden araştırmacılardandır. Flavell'in ilk çalışmaları çocuklar üzerine odaklanmıştır. 1985 yılında değişik yaş gruplarındaki çocuklara ezberlenecek listeler vermiş ve ezberlediklerinde söylemelerini istemiştir. Yaş olarak büyük çocuklar, bütün listeyi doğru hatırlarken, daha küçük olanlar ise bazı şeyleri unutmuşlardır. Bu araştırmadan çıkarılan sonuç olarak, yaşça küçük okul öncesi çocuklarının, bellek kapasitelerini yeterince farkında olmadıkları olmuştur. 1987 yılında Schoenfeld adlı araştırmacı da bu düşünceyi destekler şekilde, yaş büyüdükçe bellek kapasitesi farkındalığının arttığını söylemektedir.

Literatürde üst biliş konusunun; anksiyete bozuklukları (Spada ve arkadaşları, 2006), travma sonrası stres bozukluğu (Holeva, TARRIER ve Wells, 2001),

obsesif-kompulsif bozukluk (Wells and Papageorgiou, 1998; Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2008), depresyon (Papageorgiou & Wells, 2003; Yılmaz, 2007), hipokondriazis (Bouman ve Meijer, 1999), psikotik bozukluklar (Morrison, Wells, Nothard, 2000) ve alkol problemi (Spada ve Wells, 2005; Spada, Zandvoort ve Wells, 2007) gibi birçok psikolojik bozukluk ile çalışıldığı görülmektedir. Bunun yanında, bazı rahatsızlıklar için üst bilişsel tedavi tekniklerinin geliştirilmeye başlandığı da görülmektedir.

Roussis ve Wells 2006 yılında, Üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres belirtileri ile üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sonuçlara bakıldığında, endişe hakkındaki olumsuz inançlar, tehlike ve kontrol edilemezlik ile düşünceleri kontrol ihtiyacı anksiyete ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Bouman ve Meijer'in 1999 yılında, hipokondri tanısı almış kişiler ve kontrol grubuyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hipokondri ve üstbilişler arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Hastalık hakkındaki düşüncelerin, bilişsel farkındalığın ve kontrolünün kaybedilmesi inançlarının hipokondriyi anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür.

2.3.2. Depresyon ve Üstbiliş

Psikolojide bilişsel yaklaşıma göre, bir durum hakkında yaptığımız yorumlar, o durumdaki duygularımızın oluşmasında etkilidir (Williams, 1988). Depresyonda olduğu gibi olumsuz duygulanımlara sahip olmamız ise, gerçekğin tam olarak temsili olmayan bilişsel çarpıtmalar denen düşüncelerden kaynaklanmaktadır (Clak ve Beck, 1999). Bu yönüyle kişinin kendini çoğunlukla kötü hissettiği bir durum olan depresyonun, kişinin bilişi ve üstbilişiyle yakından ilişkili olduğu sonucuna varılır.

Spada ve arkadaşları, 2007 yılında öğrenciler üzerinde yaptıkları kesitsel bir çalışmada, sigara bağımlılığı ve depresyon/anksiyete ilişkisinde üstbilişlerin rolünü test etmişler. Sonuçlara bakıldığında; üstbiliş ölçeğinin, endişeyle ilgili olumlu inanışlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceyi kontrol ihtiyacı alt ölçeklerinin aracı rolü bulunmuştur.

Spada, Nikcevic, Moneta, and Wells (2008), üstbiliş, algılanan stres ve olumsuz etkiler (depresyon ve kaygı) arasındaki ilişkiyi araştırdı. Öğrenci ve öğrenci

olmayan örneklem üzerinde yapılan bu çalışmanın sonuçları, üstbilişin algılanan stres, depresyon ve anksiyete ile pozitif ve anlamlı bir korelasyon içerdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, algılanan stres, depresyon ve anksiyete arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon mevcuttu.

Tajrishi ve arkadaşlarının 2011 yılında, 300 üniversite öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, üstbilişsel işlevler ve negatif duygular (anksiyete ve depresyon) ilişkisi incelenmiştir. Araştırmanın sonuçlarında, toplam üstbiliş skorları ile depresyon ve anksiyete pozitif olarak ilişkili çıkmıştır. Üstbilişsel işlevlerin alt faktörlerine bakıldığında; endişe hakkında olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacı, anksiyete ve depresyonla pozitif ilişkili bulunmuştur.

Jamshidifar ve arkadaşlarının 2008-2009 öğretim yılında 35 depresif ve 35 normal üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, üstbiliş ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, depresif ve normal katılımcıların toplam üstbilişsel puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Üstbiliş ölçeğine baktığımızda; endişe hakkında olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, genel negatif inançlar ve bilişsel farkındalık alt faktörlerinde, depresif olan ve normal öğrenciler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

2.3.3. Depresyon, Kanser ve Üstbiliş

Aspinwall ve Clark (2005), insanların kanser gibi hayatı tehdit edici olaylarda, pozitif hayat değişikliklerinin ve iyi bir yaşam kalitesi deneyiminin gerçekten yararlı olup olmadığını araştırmışlardır. Araştırmanın sonucunda, kanser gibi hastalıklarla uğraşan insanların negatif ve pozitif duyguları birlikte deneyimlediklerini görmüşlerdir. Araştırmacılar, bu kişilerin stresli duruma rağmen pozitif duygular belirtmelerinin uygunsuz açıklanmaması gerektiğini veya bu kişilerin kendi negatif durumlarının negatif taraflarını anlamakta zorlandıkları sonucuna varılmaması gerektiğini savunmuşlardır. İlk tepki olarak pozitif reaksiyon gösteren kişilerin, ilerleyen zamanlarda hastalığa daha iyi adapte olup daha az sıkıntı çektikleri sonucuna dayanarak, pozitif duygu hissetmenin patolojik olmadığı söylenebilir. Peki bu pozitif düşünceler negatif bilgilerin önemli olanlarını göz ardı etmemizi mi sağlamaktadır? Araştırmacılar, hastaların pozitif inanışlarla negatif bilgilerin duygusal bedellerine karşı daha afektif olarak baş edebildiğini

göstermektedirler. Bu araştırmacıların diğer sorusu ise, pozitif inanış ve duygular kişilerin olay ve durumu olduğundan daha olumlu görmesine sebep olarak daha zayıf kararlar vermelerine sebep olabilir mi? Yazarlara göre pozitif inanışlar, insanların problemlerle daha çok ilgilenmesine yol açarak ciddi hastalıklar ve diğer stres faktörleriyle uğraşmada beceri kazanılmasında, bilgi üretilmesinde ve sosyal kaynakların kullanılmasında katkı sağlamaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, pozitif inanışların kanserden sağ kalmaya olumlu etki yaptığı görölmüştür.

Cook ve arkadaşları 2015 yılında, meme ve prostat kanseri tanısı almış 206 kişiye, tedaviden önce ve bir yıl sonra, anksiyete ve depresyon ölçeği, olay etkisi ölçeği, üstbiliş ölçeği ve hastalık algısı ölçeği uygulamışlardır. Araştırmanın sonucunda yapılan regresyon analizinde, tedaviden önceki üstbilişsel inançların, tedaviden sonraki anksiyete, depresyon ve travmalarını yordama derecesi %14 ve 19 arasında çıkmıştır. Anksiyete, depresyon ve travma için, üstbilişsel ölçeğin faktörlerinden kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel güven alt ölçekleri modele en büyük katkıyı yapmıştır. Bu sonuçlara göre araştırmacılar, üstbilişler değişirse, kansere bağlı stres de azalabilir yorumunda bulunmuşlardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma örneklemini İstanbul il sınırları içerisinde bulunan Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezi Polikliniği'ne 15 Ocak-15 Şubat 2017 tarihleri arasında başvuran herhangi bir kanser türü tanısı almış ve kemoterapi alan hastalar oluşturacaktır. Çalışma örneklemini, %95 güven aralığı ve % 5 hata payına göre 106 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Türkçe anlayıp-kendini ifade edebilen,
- 18 yaşından büyük,
- En az ilkokul mezunu,
- Gönüllü katılan erkek ve kadın hastalar,
- Nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan kişiler

3.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcıların demografik ve hastalıklarıyla ilgili bilgilerine ulaşabilmek amacıyla oluşturulmuş 'demografik bilgi formu'; depresyon düzeylerini belirlemek için Beck Depresyon Envanteri; psikolojik sağlamlık düzeylerini araştırmak için Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği; üstbiliş işlevlerini değerlendirmek amacıyla Üstbiliş Ölçeği- 30 kullanılmıştır.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu, gelir seviyesi, sigara, alkol ve madde kullanımı, psikiyatrik hastalık öyküsü, diğer tıbbi hastalıkları, onkolojik hastalık süresi ve onkolojik hastalık türü hakkında bilgilerin elde edilmek istendiği 13 sorudan oluşmaktadır.

3.2.2. Beck Depresyon Envanteri

“Beck Depresyon Envanteri” 1961 yılında, Beck ve arkadaşları tarafından ergen ve yetişkin depresyonlu hastalarda en sık görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilere yer verilerek geliştirilmiştir. Depresyonun bilişsel ve duygusal belirtilerine ağırlık veren, somatik belirtilere az vurgu yapan (yalnızca iştahsızlık, kilo kaybı ve libido azalmasına yer veren) bir ölçek olması sebebiyle, bedensel hastalığı olan kişilerde depresyonun taranması için uygundur. Depresyona ait semptomların oluşturduğu 21 soru bulunan bir öz bildirim ölçeğidir. Cevaplardan elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanmasıyla değerlendirilen, depresyonu derecesini objektif şekilde belirleyeme çalışan bir ölçektir. Ölçeğin sonuç puanlarına göre, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, kişinin depresyon seviyesi de artar.

Ölçeğin Türkçe formu için çalışmalar 1980 yılında Teğin tarafından gerçekleştirilmiş, 1989 yılında Hisli tarafından gözden geçirilerek geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Ertufan, 2000). Geçerlik çalışmalarında ise, birlikte geçerlik yönteminde BDE ile MMPI'nin Depresyon alt ölçeği katılımcılara uygulanmış, iki ölçek arasındaki korelasyon $r = .50$ bulunmuştur. Ölçeğin iki yarım test güvenirlik katsayısı öğrenci grubu için $.78$, depresif hastalar için $.61$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı $.65$ olarak bulunmuştur.

3.2.3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg ve arkadaşları tarafından 2003 yılında, kişilerin psikolojik sağlamlıklarını beş alt boyutta inceleyen Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık

Ölçeği geliştirilmiştir. Bu alt boyutlar: kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar'dır. 2005 yılında Friborg ve arkadaşları, kişisel güç boyutunu 'kendilik algısı' ve 'gelecek algısı' olarak ikiye ayırmıştır. Böylece tüm ölçek altı boyuttan oluşmuştur. Ölçekte, yapısal stil ve gelecek algısı 4'er madde; aile uyumu, kendilik algısı ve sosyal yeterlilik 6'şar madde, ve 'sosyal kaynaklar ise 7 madde ile ölçülmektedir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Dr. H. Nejat Basım ve Dr. Fatih Çetin tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Geçerlilik çalışması yapılırken ölçek, 350 öğrenci ve 262 çalışandan oluşan örneklem gruplarına uygulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği bulunmuştur.

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde, yapılan faktör analizine göre, özgün ölçekle örtüşen ve 'Kendilik algısı', 'Gelecek algısı', 'Yapısal stil', 'Sosyal yeterlilik', 'Aile uyumu' ve 'Sosyal kaynaklar' boyutlarını içeren altı faktörlü yapı doğrulanmıştır. Alt ölçeklerin temsillerine bakıldığında; Kişinin kendi farkındalığını değerlendiren kendilik algısı; kişinin geleceğe yönelik bakış açısını değerlendiren olumlu gelecek algısı; kişinin kendine güven, güçlü yönler ve öz disiplini gibi kişisel özelliklerini değerlendiren yapısal stil; kişinin dışarıdan aldığı sosyal desteği değerlendiren sosyal yeterlilik; sosyal kaynaklar ve kişinin yakınlarıyla uyumunun değerlendiren aile uyumu boyutlarından oluşmaktadır.

3.2.4. Üstbiliş Ölçeği-30

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından üstbilişsel işlevlerin çeşitli boyutlarını değerlendirmek için geliştirilen ölçeğin orijinal adı "Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)" şeklindedir. Üstbiliş Ölçeğinin ilk hali 65 maddeden oluşmaktadır ancak 2004 yılında, Wells ve Cartwright-Hatton tarafından 30 madde olan kısa formunu (ÜBÖ-30; Meta-Cognitions Questionnaire 30) oluşturulmuştur. Yazarların üstbilişleri içeren bir ifade havuzu elde ettikten sonra yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30'daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır. Bu beş alt ölçek;

- Endişe hakkında olumlu inançlar; endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir.

Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir (“Endişelenmek gelebilecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur.”),

- Düşünce ve tehlikenin kontrol edilemezliği ile ilgili olumsuz inançlar, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ ve endişenin kontrol edilemeyeceği şeklinde iki boyuttan oluşur (“Endişelerim beni deliye döndürebilir.”),

- Bilişsel güven (“Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir.”), düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir (“Endişelerim benim için tehlikelidir”)

- Düşünceleri kontrol ihtiyacı, batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir

- Bilişsel farkındalık, kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraş- masını ifade eder (“Bir sorun üzerine düşündüğüm esnada zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum.”)

Bu beş faktör, toplam varyansın %52.44’ünü açıklamaktadır. Ölçekte toplam 30 madde bulunmaktadır ve her alt ölçek 6 sorudan oluşur. Ölçek 4’lü likert tipi olarak kodlanır. Ölçek puanlarının yükselmesi, üstbilişin patolojik olduğunu göstermektedir.

Üstbiliş Ölçeği 30’un, dilimizde geçerlilik ve güvenilirliği, 2008 yılında, Dr. Ahmet Tosun ve Dr. Metehan Irak tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık için düzeltilmiş madde toplam korelasyonları tüm ölçek için .31 - .68 aralığında, olumlu inançlar .77 - .83, bilişsel güven .72 - .87, kontrol edilemezlik ve tehlike .70 - .82, bilişsel farkındalık .56 - .83 ve kontrol ihtiyacı .30 - .65 aralığındadır.

3.3.İşlem

Araştırmanın verileri 01.01.2017 – 20.01.2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmaya katılacak olan bireylere sözlü olarak bilgilendirme yapılmış ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu söylenerek gönüllü olanlara uygulama formları verilmiştir. Uygulama formunda da

yazılı olarak araştırmanın amacından ve ne amaç ile kullanılacağı bilgileri verilmiştir. Çeşitli kanser hastalıklarına sahip, Medikal Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezi polikliniğine başvuruda bulunmuş olan kişilerden veriler toplanmıştır. Araştırmayı anlamakta zorlanan kişilere açıklamalar yapılmış ve hatasız bir şekilde doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dakika zaman almıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının uygulanması tamamlandıktan sonra ilk olarak tüm cevap kağıtları kontrol edilerek kişisel bilgi formunda eksik bilgileri olan ya da ölçeklerde eksik ya da birden fazla seçenek işaretlenmiş olan cevap kağıtları değerlendirme dışı tutulmuştur.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçekler, faktör analizine tabi tutularak alt boyutlarına indirgenmiş ve bu boyutlar üzerinden doğrusal regresyon analizi yapılmak suretiyle aralarındaki ilişki tespit edilerek araştırmada bu tespitlere yer verilmiştir. Bunun yanı sıra, psikoloji sağlamlık ve üstbilişsel işlevler alt boyutlarının kişisel bilgiler formuyla elde edilen demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığı da yine varyans analizleriyle (t-testi ve ANOVA) irdelenmiş ve elde edilen bulgulardan hareketle çalışmanın sonucuna ulaşmaya çalışılmıştır.

Varyans analizlerine ilişkin olarak kullanılan test yönteminin belirlenmesi noktasında normallik dağılımı belirlenmek suretiyle parametrik testlerin uygunluğu tespit edilmiştir. Ayrıca, ANOVA neticesinde anlamlı ilişki bulunan gruplar için hangi gruplar arasında farklılıklar olduğunu tespiti noktasında post-hoc çoklu karşılaştırma yöntemleri içerisinde varyansın homojenliği test edilerek uygun çoklu karşılaştırma yöntemi belirlenmiş ve uygulanmıştır. Bahsedilen bu ara işlemlere ilişkin verilere ise araştırmada yer verilmemiş ancak uygulanan test yöntemi ilgili tablo içerisinde belirtilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin varlığının tespiti için korelasyon analizine başvurulmuş ve ilişkinin irdelenmesi noktasında da çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Ölçek ve Alt Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Değişkenler	n	\bar{X}	Ss	α
Psikolojik Sağlık	33			.917
Kendilik Algısı	6	3,74	,649	.706
Gelecek Algısı	4	3,51	,659	.707
Yapısal Stil	4	4,05	,562	.625
Sosyal Yeterlilik	6	3,24	,782	.542
Aile Uyumu	6	3,91	,748	.545
Sosyal Kaynakla	7	3,86	,538	.621
Üstbilişsel İşlevler	30			.841
Olumlu İnançlar	6	2,47	,835	.724
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	6	2,39	,847	.658
Bilişsel Güven	6	2,26	,746	.851
Düşünce Kontrolü	6	2,36	,725	.728
Bilişsel Farkındalık	6	2,71	,840	.603

n: Ölçeklerdeki Madde Sayısı

Ölçek alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 1 ile verilmiştir. Buna göre psikolojik sağlık alt boyutları güvenilirlik katsayıları .542-.706 aralığında değişmekte ve psikolojik sağlık α katsayısının .917 gibi oldukça yüksek bir seviyede olduğu görülmektedir. Üstbilişsel işlevler alt boyutlar için güvenilirlik katsayıları ise .603-.724 aralığında farklılaşmaktadır. Bununla birlikte tek boyutlu değişken olarak değerlendirildiğinde güvenilirlik katsayısı $\alpha=.841$ olarak elde edilmiştir.

Değişkenler için yapılan dağılımın normalliği test sonucunda, bir kısım değişkenler normal dağılım sergilerken bir kısım değişkenlerin de normal dağılım sergilemedikleri görülmüştür. Bu noktada basıklık ve eğiklik katsayıları değerlendirilerek (-,408 ile ,671 aralığında değişen) parametrik testlerin uygulanabilirliği görülmüş ve analizler bu şekilde devam ettirilmiştir.

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmada bilgilerine başvuru katılımcıların demografik özellikleri, düzenlenen ankette yer alan bilgi formu aracılığı ile belirlenmiş ve elde edilen özelliklere aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 2: Örnekleme İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Cinsiyet	N	%
Erkek	67	62,6
Kadın	40	37,4
Toplam	107	100,0
Yaş		
20-30 Arası	6	5,6
31-40 Arası	14	13,1
41-50 Arası	38	35,5
51-60 Arası	28	26,2
61+	21	19,6
Toplam	107	100,0
Medeni Durum		
Evli	81	75,7
Bekar	11	10,3
Boşanmış/Dul	15	14,0
Toplam	107	100,0
Eğitim Durumu		
İlkokul	37	34,6
İlköğretim	25	23,4
Lise	20	18,7
Üniversite	25	23,4
Toplam	107	100,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	11	10,3
Çalışmıyor	56	52,3
Hastalık Nedeniyle Çalışmıyor	33	30,8
Emekli	7	6,5
Toplam	107	100,0
Gelir Seviyesi		
	N	%
1.500 ve altı	48	44,9
1.501-3.000	31	29,0
3.001 ve Üstü	28	26,2
Toplam	107	100,0
Sigara Kullanma Durumu		
	N	%
Kullanıyor	8	7,5
Kullanmıyor	99	92,5
Toplam	107	100,0
Alkol Kullanma Durumu		
	N	%
Kullanıyor	4	3,7
Kullanmıyor	103	96,3
Toplam	107	100,0
Madde Bağımlılığı / Kullanma Durumu		
	N	%
Kullanıyor	1	,9
Kullanmıyor	106	99,1
Toplam	107	100,0

Tıbbi Hastalık		
Yok	65	60,7
Var	42	39,3
Toplam	107	100,0
Depresyon Düzeyi		
Minimal Depresyon	36	33,6
Hafif Depresyon	27	25,2
Orta Depresyon	34	31,8
Şiddetli Depresyon	10	9,3
Toplam	107	100,0

Demografik özelliklere ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %62,6 oranında erkek ve %37,4 oranında da kadın katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Beraberinde, katılımcıların yaş aralıkları incelendiğinde ise 21-30 yaş aralığındaki katılımcı oranının %5,6 olduğu, 31-40 yaş aralığındaki katılımcı oranının %13,1, 41-50 yaş aralığındaki katılımcı oranının %35,5, 51-60 yaş aralığındaki katılımcı oranı %26,2 ve 60 yaş üstü katılımcı oranının ise %19,6 olduğu görülmektedir. Medeni durum bağlamında katılımcı profili değerlendirildiğinde ise %75,7'lik katılımcı oranının evli ve %10,3'lük dilimin bekar ve %14'lük dilimin de dul/boşanmış kimselerden oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin verdikleri yanıtlar dikkate alındığında; %34,6'lık dilimin ilköğretim mezunu oldukları görülmektedir. Beraberinde, %23,4'lük katılımcı dilimi ilköğretim, %18,7'lik dilimin lise mezunu olduğu ve %23,4'lük dilimin de üniversite ve üstü düzeyde mezuniyete sahip oldukları görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumları incelendiğinde, %10,3'ünün çalıştığı, %52,3'ünün de çalışmadığı görülmektedir. Ayrıca, hastalık nedeniyle çalışmayanların oranı %30,8 ve emekli olanların oranı da %6,5 olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların aylık gelir seviyelerine ilişkin olarak; %44,9'luk katılımcı diliminin 1500 TL ve altı gelir grubunda oldukları görülmektedir. Bununla birlikte, %29'u 1.501-3.000 TL aralığında, %26,2'si 3.000 TL üstü gelir seviyesinde oldukları görülmektedir.

Diğer taraftan katılımcıların %7,5'i sigara kullandığını ve %92,5'inin de kullanmadığını ifade ettiği, %3,7'sinin alkol aldığı, %96,3'ünün de alkol kullanmadığı görülmektedir. Madde bağımlılığı/kullanma noktasında sadece bir kişinin madde kullandığı tespit edilmiştir. Kullanmayanların oranı ise %99,1'dir.

Katılımcıların %60,7'sinin tıbbi hastalığı bulunurken %39,3'ünün tıbbi hastalığı olmadığı görülmektedir. Depresyon düzeyler irdelendiğinde ise %24,3'ünün minimal depresyon, %27,1'inin hafif depresyon, %24,3'ünün orta depresyon ve %24,3'ünün de şiddetli depresyon düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Depresyon düzeyleri oldukça eşit dağılımda bulgulanmıştır.

4.3. Psikolojik Sağlık İle İlgili Bulgular

Araştırmada ele alınan değişkenlerden psikolojik sağlamlığın demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiş ve elde edilen bulgular bu başlık altında verilmeye çalışılmıştır.

Tablo 3: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Cinsiyet İlişkisi

Puan	Gruplar	n	\bar{X}	ss	t-testi		
					t	Sd	p
Kendilik Algısı	Kadın	67	3,6431	,66491	-2,100	105	,038
	Erkek	40	3,9114	,59328			
Gelecek Algısı	Kadın	67	3,4710	,61594	-,768	105	,444
	Erkek	40	3,5722	,72819			
Yapısal Sivil	Kadın	67	4,0627	,55291	,290	105	,772
	Erkek	40	4,0300	,58274			
Sosyal Yeterlilik	Kadın	67	3,2567	,72095	,266	105	,791
	Erkek	40	3,2150	,88450			
Aile Uyumu	Kadın	67	3,9254	,72665	,280	105	,780
	Erkek	40	3,8833	,79007			
Sosyal Kaynaklar	Kadın	67	3,8465	,52655			
	Erkek	40	3,8786	,56364			

Psikolojik sağlık alt boyutları ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde “Kendilik Algısı” faktörünün cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık sergilediği, diğer alt boyutlar için cinsiyetin anlamlı bir farklılık unsuru olmadığı

görülmektedir. Bu ilişkinin mahiyeti “Kendilik Algısı” faktörü için irdelendiğinde erkek katılımcıların ortalamalarının kadınlarından daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Bir diğer değişken olan yaş değişkeninin psikolojik sağlamlık alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde Ailesel Kaynaklar faktörü dışındaki diğer faktörlerde herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Ailesel Kaynaklar faktörü için çoklu karşılaştırmalar irdelendiğinde, 41-50 yaş grubu ile 61+ yaş grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın var olduğu görülmektedir. Bu farklılığa ilişkin grup ortalamaları doğrultusunda 61+ yaş Aile uyumu düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Psikolojik Sağlamlık Alt Boyutları-Yaş İlişkisi

n, \bar{X} ve ss değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p
Aile Uyumu	21-30	6	3,7222	,57413	G.Arası	5,714	4	1,429		
	31-40	14	4,0000	,59914	G.İçi	53,523	102	,525		
	41-50	38	3,7719	,79452	Toplam	59,238	106		2,722	,034
	51-60	28	3,7619	,69600						
	61+	21	4,3492	,73391						
	Toplam	107	3,9097	,74756						

Bir diğer demografik değişken olan eğitim durumunun psikolojik sağlamlık alt boyutları ile ilişkisi irdelendiğinde ise eğitim düzeyi ve medeni halin araştırma örneklemini için psikolojik açıdan $p < ,05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki kaynağı olmadığı görülmüştür.

Örneklemin çalışma durumu ve yılmazlık ilişkisi irdelenmiş elde edilen bulgular Tablo 4 ile verilmiştir. Analiz neticesinde, Gelecek Algısı, Yapısal Stil ve Sosyal Destekler faktörlerinin çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği ve diğer faktörlerin çalışma durumu değişkeninden etkilenmedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 5: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Çalışma Durumu İlişkisi

Puan	Grup	n, \bar{X} ve ss değerleri			ANOVA Sonuçları					İlişkili Gruplar	
		N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F		p
Gelecek Algısı	Çalışıyor	11	3,0808	,69760	G.Arası	3,451	3	1,150			
	Çalışmıyor	56	3,5139	,62803	G.İçi	42,525	103	,413			
	Hastalık sebebiyle çalışmıyor	33	3,6902	,62036	Toplam	45,976	106		2,786	,044	1-2 1-3
	Emekli	7	3,2857	,78004							
	Toplam	107	3,5088	,65859							
Yapısal Stil	Çalışıyor	11	3,4909	,84552	G.Arası	4,032	3	1,344			
	Çalışmıyor	56	4,0857	,49852	G.İçi	29,415	103	,286			1-2
	Hastalık sebebiyle çalışmıyor	33	4,1758	,38327	Toplam	33,447	106		4,706	,004	1-3 1-4
	Emekli	7	4,0571	,80593							
	Toplam	107	4,0505	,56173							
Sosyal Kaynaklar	Çalışıyor	11	3,5325	,63597	G.Arası	2,593	3	,864			
	Çalışmıyor	56	3,8571	,49487	G.İçi	28,121	103	,273			1-3
	Hastalık sebebiyle çalışmıyor	33	4,0260	,44242	Toplam	30,714	106		3,165	,028	3-4
	Emekli	7	3,5918	,85088							
	Toplam	107	3,8585	,53829							

Tablo 4 verileri beraberinde gruplar arası karşılaştırmalar için yapılan post-hoc testi ile elde edilen veriler ışığında; Gelecek algısı boyutunda çalışmayanların ve hastalık nedeniyle çalışmayanların ortalamalarının çalışanlardan daha yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Yapısal stil için ise, çalışmayanların, hastalık nedeniyle çalışmayanların ve emeklilerin faktör ortalamaları çalışanlara nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir. Son olarak sosyal kaynaklar faktörü için çalışanlar ile hastalık nedeniyle çalışmayanlar ve hastalık nedeniyle çalışmayanlar ile emekliler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın varlığı görülmektedir. Bu farklılık irdelendiğinde ise hastalık nedeniyle çalışmayanların sosyal kaynaklar temelli psikolojik sağlık düzeylerinin çalışanlardan daha yüksek olduğu ve hastalık nedeniyle çalışmayanların benzer şekilde emeklilerden daha yüksek sosyal kaynaklar temelli psikolojik sağlık ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

Bir diğer değişken olarak gelir düzeyinin psikolojik sağlık boyutları ile ilişkisi değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 6 ile verilmiştir.

Tablo 6: Psikolojik Sağlık Alt Boyutları-Gelir Durumu İlişkisi

n, \bar{X} ve ss değerleri					ANOVA Sonuçları					İlişkili	
Puan	Grup	N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p	Gruplar
Kendilik Algısı	1500 ve altı	48	3,3068	,52194	G.Arası	19,239	2	9,620	39,281	,000	1-2 1-3 2-3
	1500-3000	31	3,8974	,53923	G.İçi	25,469	104	,245			
	3000 ve üstü	28	4,3214	,38209	Toplam	44,708	106				
	Toplam	107	3,7434	,64944							
Gelecek Algısı	1500 ve altı	48	3,2963	,65847	G.Arası	4,057	2	2,028	5,033	,008	1-2 1-3
	1500-3000	31	3,6380	,63048	G.İçi	41,919	104	,403			
	3000 ve üstü	28	3,7302	,59677	Toplam	45,976	106				
	Toplam	107	3,5088	,65859							
Yapısal Stil	1500 ve altı	48	3,8583	,57310	G.Arası	3,390	3	1,695	5,864	,004	1-2 1-3
	1500-3000	31	4,1548	,55308	G.İçi	30,058	103	,289			
	3000 ve üstü	28	4,2643	,44904	Toplam	33,447	106				
	Toplam	107	4,0505	,56173							
Sosyal Yeterlilik	1500 ve altı	48	3,0167	,79982	G.Arası	4,590	2	2,295	3,961	,022	1-2 1-3
	1500-3000	31	3,3677	,72865	G.İçi	60,269	104	,580			
	3000 ve üstü	28	3,4857	,72710	Toplam	64,859	106				
	Toplam	107	3,2411	,78223							
Sosyal Kaynaklar	1500 ve altı	48	3,6042	,51232	G.Arası	5,950	2	2,975	12,494	,000	1-2 1-3
	1500-3000	31	3,9954	,48161	G.İçi	24,764	104	,238			
	3000 ve üstü	28	4,1429	,45008	Toplam	30,714	106				
	Toplam	107	3,8585	,53829							

Tablo 6 verileri incelendiğinde gelir durumunun aile uyumu dışında diğer bütün psikolojik sağlık alt boyutları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki sergilediği görülmektedir. Gelir düzeyine bağlı olarak 1500 ve altı gelir grubu ile 1500-3000 ve 3000+ gelir grubundaki katılımcıların kendilik algısı ($p < ,05$) düzeyinin farklılık sergilediği görülmektedir. Çoklu karşılaştırmalardan bu farklılık irdelendiğinde, kendilik algısının gelir grubu ile paralel bir biçimde şekillendiği görülmekte yani 1500 ve altı gelir grubundaki katılımcıların kendilik algısı ortalamasının diğerlerinden daha düşük olduğu söylenebilmektedir. Öte yandan 1500-3000 gelir grubundakiler ile 3000+ gelir grubundaki katılımcıların kendilik algısı ortalaması karşılaştırıldığında ise 3000+ gelir grubundaki katılımcıların kendilik algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Gelecek algısı değişkeni için yapılan varyans karşılaştırması neticesinde benzer bir durumun varlığı görülmektedir. Bu doğrultuda, 1500 ve altı gelir grubundaki katılımcıların gelecek algısı ortalamalarının diğerlerinden daha düşük olduğu analiz edilmiştir.

Yapısal stil, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutları için de benzer durum söz konusudur. Bu faktör ortalamaları gelir arttıkça artan bir biçimde analiz edilmiş, 1500 ve altı gelir grubundaki katılımcıların bu üç faktöre ilişkin ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Araştırmanın bağımsız değişkeni olan depresyon düzeyine bağlı olarak psikolojik sağlamlık düzeyinin ne şekilde farklılaştığı analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 6 ile verilmiştir. Yapılan analiz neticesinde psikolojik sağlamlığın tüm alt boyutlarının depresyon ile ilişkisinin varlığı görülmektedir.

Tablo 7: Psikolojik Sağlamlık- Depresyon Düzeyi İlişkisi

Puan	Grup	n, \bar{X} ve ss değerleri			ANOVA Sonuçları					İlişkili Gruplar	
		N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F		p
Kendilik Algısı	Minimal Depresyon	36	4,3889	,31538	G.Arası	15,162	3	11,721	26,462	,000	1-2
	Hafif Depresyon	27	3,8418	,31952							
	Orta Depresyon	34	3,3316	,23883	Toplam	24,708	106				1-4
	Şiddetli Depresyon	10	2,5545	,41205							
	Toplam	107	3,7434	,64944							3-4
	Gelecek Algısı	Minimal Depresyon	36	3,7747	,54009	G.Arası	11,371	3	3,790	11,282	,000
Hafif Depresyon		27	3,6379	,70918	G.İçi						
Orta Depresyon		34	3,3856	,44464	Toplam	45,976	106				2-4
Şiddetli Depresyon		10	2,6222	,72992							
Toplam		107	3,5088	,65859							
Yapısal Stil		Minimal Depresyon	36	4,2556	,48899	G.Arası	5,089	3	1,696	6,162	,001
	Hafif Depresyon	27	4,0593	,45341	G.İçi						
	Orta Depresyon	34	4,0000	,53029	Toplam	33,447	106				2-4
	Şiddetli Depresyon	10	3,4600	,77201							
	Toplam	107	4,0505	,56173							

Sosyal Yeterlilik	Minimal Depresyon	36	3,5722	,74397	G.Arası	15,285	3	5,095		
	Hafif Depresyon	27	3,2519	,70731	G.İçi	49,574	103	,481	1-3	
	Orta Depresyon	34	3,1941	,63530	Toplam	64,859	106	10,586	,000	1-4
	Şiddetli Depresyon	10	2,1800	,65625						2-4
	Toplam	107	3,2411	,78223						3-4
	<hr/>									
Aile Uyumu	Minimal Depresyon	36	4,2222	,67612	G.Arası	5,950	3	1,983		
	Hafif Depresyon	27	3,8642	,84357	G.İçi	53,288	103	,517		
	Orta Depresyon	34	3,6569	,65897	Toplam	59,238	106	3,834	,012	1-3
	Şiddetli Depresyon	10	3,7667	,70361						
	Toplam	107	3,9097	,74756						
	<hr/>									
Sosyal Kaynaklar	Minimal Depresyon	36	4,2302	,38978	G.Arası	11,795	3	3,932		
	Hafif Depresyon	27	3,8942	,44579	G.İçi	18,919	103	,184		
	Orta Depresyon	34	3,6513	,37417	Toplam	30,714	106	21,406	,000	1-4
	Şiddetli Depresyon	10	3,1286	,65101						2-3
	Toplam	107	3,8585	,53829						2-4
										3-4

Psikolojik sağlamlık ile depresyon alt boyutları arasındaki ilişki irdelendiğinde, tüm alt boyutlar için depresyon düzeyi ile psikolojik sağlamlık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin varlığı gözlemlenmektedir (Tablo 6).

Kendilik algısı-depresyon ilişkisi değerlendirildiğinde, tüm depresyon düzeyleri için kendilik algısının değişkenlik sergilediği görülmektedir. Kendilik algısı ortalamalarına bakıldığında, yüksek ortalamaya karşılık düşük depresyon düzeyinin varlığı söz konusudur. Bu anlamda kendilik algısı en yüksek ortalamaya sahip olan katılımcıların minimal depresyon düzeyinde oldukları görülmekte ve depresyon seviyeleriyle paralel ve ters yönlü olarak kendilik algısı düzeyi azalmaktadır.

Gelecek algısı değişkeni ile depresyon arasındaki ilişki kendilik algısı ile benzer niteliktedir. Gelecek algısına ilişkin pozitiflik yüksek ortalama ile belirlenmektedir. Bu doğrultuda, gelecek algısı yüksek olan katılımcıların minimal depresyon düzeyinde oldukları görülmekle birlikte, gelecek algısının istatistiksel olarak farklılaşması yalnızca minimal-hafif, minimal-şiddetli, hafif-şiddetli ve orta-şiddetli depresyon grupları için anlamlı farklılık sergilemektedir. Hafif-orta

depresyon düzeyleri arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Diğer bir ifadeyle bu gruplar için gelecek algısı düzeylerinin farklılaşmadığı söylenebilmektedir.

Yapısal stil depresyon düzeyi ilişkisi de diğer iki değişkenle benzer niteliktedir. Yapısal stilin güçlülük sergilediği katılımcılarda daha düşük depresyon düzeyinin varlığı söz konusudur. Yapısal stil ortalaması depresyon düzeyi arttıkça düşmekte ve minimal depresyon düzeyindeki katılımcılar ile orta ve şiddetli depresyon düzeyindeki katılımcılar arasında yapısal stil farklılığının hafif depresyon düzeyindeki katılımcılar lehine olduğu görülmektedir. Benzer şekilde hafif depresyon düzeyindeki katılımcıların yapısal stil ortalamaları şiddetli depresyon düzeyindekilerden ve orta depresyon düzeyindeki katılımcıların yapısal stil ortalamaları da yine şiddet depresyon düzeyindekilerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu analiz edilmiştir.

Sosyal yeterlilik düzeyi depresyon ilişkisinde ise yine sosyal yeterlilik düzeyi yükseldikçe depresyonun düştüğü görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı olarak minimal-orta ve minimal-şiddetli arasında minimal depresyon lehinde sosyal yeterliliğin arttığı anali edilmiştir. Hafif-şiddetli ve orta-şiddetli depresyon düzeyleri karşılaştırmasında da her iki grup için en düşük sosyal yeterlilik düzeyinin şiddetli depresyon düzeyindeki katılımcılar için olduğu görülmektedir.

Aile uyumu değişkeni için yalnızca minimal-orta depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık söz konusudur. Aile uyumu ortalaması yüksek olan katılımcıların minimal depresyon düzeyi sergiledikleri görülmekle birlikte aile uyumu ortalaması düştükçe depresyon düzeyinin arttığı da yine analiz sonuçlarından bulgulanmıştır.

Son olarak sosyal kaynakların depresyon düzeyindeki etkisine ilişkin olarak, sosyal kaynaklara erişim ve faydalanma düzeyi yüksek olan katılımcıların depresyon düzeylerinin düştüğü söylenebilmektedir. Sosyal kaynaklar faktörü için tüm gruplar arasında ilişkili bir depresyon düzeyi oluşumu görülmekle birlikte yüksek ortalamaya sahip olan katılımcıların depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bütün gruplar için stabil olduğu bulgulanmıştır.

Netice itibariyle depresyon-psikolojik sağlamlık ilişkisinde, psikolojik sağlamlığın tüm alt boyutları için benzer durumun varlığı söz konusudur. Psikolojik sağlamlık düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyinin düştüğü ve tersi durumda ise yükseldiği analiz sonuçlarından elde edilen bulgulardandır.

4.3. Üstbilişsel İşlevler İlgili Çıkarımsal Bulgular

Araştırmanın bir diğer değişkeni olan üstbilişsel işlevlere ilişkin olarak demografik unsurların farklılık nedeni olup olmadıkları araştırılmış, elde edilen bulgular bu başlık altında değerlendirilmiştir. Yapılan analizler neticesinde, yaş, eğitim durumu, medeni hal, sigara, alkol ve madde kullanımı ve tıbbi bir hastalığının olup olmadığı değişkenlerinin üstbilişsel işlevleri etkilemediği bir diğer ifade ile araştırma örneklemini için bu değişkenlerle üstbilişsel işlevler alt boyutları arasında istatistiksel açıdan %95 güven aralığında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı söylenebilmektedir.

Diğer taraftan, katılımcıların çalışma durumları, ekonomik durumları ve depresyon düzeyleri ile üstbilişsel işlevler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin varlığı saptanmıştır.

Tablo 8: Üstbilişsel İşlevler-Çalışma Durumu İlişkisi

n, \bar{X} ve ss değerleri		ANOVA Sonuçları								
Puan	Grup	N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p
Bilişsel Farkındalık	Çalışıyor	11	2,5318	,87401	G.Arası	4,826	3	1,609		
	Çalışmıyor	56	2,2748	,70539	G.İçi	53,426	103	,519		
	Hastalık sebebiyle çalışmıyor	33	2,1067	,68833	Toplam	58,252	106		3,102	,030
	Emekli	7	2,9514	,73701						
	Toplam	107	2,2936	,74131						

Katılımcıların çalışma durumları ile üstbilişsel işlevler alt boyutlarından yalnızca bilişsel farkındalık arasında %95 güven aralığında ($p<,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin varlığı söz konusudur. Bilişsel farkındalığın hangi gruplar arasında farklılaştığına ilişkinin yapılan çoklu karşılaştırma testi (LSD) doğrultusunda, çalışmayanlar ve hastalık sebebiyle çalışmayanlar ile emekliler arasında, emekli grup ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bir diğer değişken olan gelir durumunun üstbilişsel işlevler için farklılık unsuru olup olmadığı değerlendirilmiş, elde edilen analiz sonuçları Tablo 9 ile verilmiştir.

Tablo 9: Üstbilişsel İşlevler- Gelir Durumu İlişkisi

Puan	n, \bar{X} ve ss değerleri				ANOVA Sonuçları					İlişkili Gruplar	
	Grup	N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F		p
Olumlu İnançlar	1500 ve altı	48	2,6598	,68060	G.Arası	12,560	2	6,280			1-2
	1500-3000	31	2,0442	,73929	G.İçi	43,881	104	,422	14,884	,000	
	3000 ve üstü	28	1,9061	,46000	Toplam	56,441	106				1-3
	Toplam	107	2,2842	,72970							
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	1500 ve altı	48	2,9550	,68216	G.Arası	30,683	2	15,341			1-2
	1500-3000	31	2,1132	,63387	G.İçi	45,558	104	,438	35,021	,000	
	3000 ve üstü	28	1,7089	,65641	Toplam	76,241	106				2-3
	Toplam	107	2,3850	,84809							
Bilişsel Güven	1500 ve altı	48	2,8021	,61433	G.Arası	22,582	2	11,291			1-2
	1500-3000	31	2,0442	,62318	G.İçi	38,566	104	,371	30,448	000	
	3000 ve üstü	28	1,7504	,58301	Toplam	61,148	106				1-3
	Toplam	107	2,3073	,75952							
Düşünce Kontrolü	1500 ve altı	48	2,8340	,64372	G.Arası	15,828	2	7,914			1-2
	1500-3000	31	2,2377	,57408	G.İçi	35,517	104	,342	23,173	,000	
	3000 ve üstü	28	1,9354	,47743	Toplam	51,345	106				2-3
	Toplam	107	2,4261	,69598							
Bilişsel Farkındalık	1500 ve altı	48	2,7540	,65970	G.Arası	20,287	2	10,144			1-2
	1500-3000	31	2,0871	,66565	G.İçi	37,965	104	,365	27,788	,000	
	3000 ve üstü	28	1,7332	,39521	Toplam	58,252	106				2-3
	Toplam	107	2,2936	,74131							

Gelir durumu üstbilişsel işlevler arasındaki ilişkiye yönelik yapılan analiz neticesinde, üstbilişsel işlevlerin tüm alt boyutlarının ekonomik durum değişkenine bağlı olarak birbirleri ile farklılık sergiledikleri ve bu farklılığın tüm alt boyutlar için aynı şekilde tüm gruplar arasında olduğu gözlemlenmiştir. Olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünce kontrolü ve bilişsel farkındalık boyutları, gelir düzeyi ile ters yönlü ve paralel şekillenmiş; yüksek gelir grubundaki katılımcıların bu değişkenlere ilişkin ortalamaları kendi alt grubundakilerden daha düşük olarak analiz edilmiştir.

Tablo 10: Üstbilişsel İşlevler-Depresyon Düzeyi İlişkisi

Puan	Grup	n, \bar{X} ve ss değerleri				ANOVA Sonuçları					İlişkili Gruplar
		N	\bar{X}	ss	Var. K.	KT	Sd	KO	F	p	
Olumlu İnançlar	Minimal Depresyon	36	1,7747	,50784	G.Arası	35,496	3	11,832			
	Hafif Depresyon	27	1,9393	,42595	G.İçi	20,946	103	,203			1-3
	Orta Depresyon	34	2,7200	,46301	Toplam	56,441	106		43,385	,000	1-4
	Şiddetli Depresyon	10	3,5680	,11887							2-3
	Toplam	107	2,2842	,72970							3-4
	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Minimal Depresyon	36	1,6119	,43392	G.Arası	58,185	3	19,395		
Hafif Depresyon		27	2,0619	,43112	G.İçi	18,056	103	,175			
Orta Depresyon		34	3,0635	,42666	Toplam	76,241	106		110,640	,000	Tüm Gruplar
Şiddetli Depresyon		10	3,7340	,26370							
Toplam		107	2,3850	,84809							
Bilişsel Güven		Minimal Depresyon	36	1,6164	,49391	G.Arası	41,300	3	13,767		
	Hafif Depresyon	27	2,1981	,52294	G.İçi	19,848	103	,193			
	Orta Depresyon	34	2,7359	,34292	Toplam	61,148	106		71,442	,000	Tüm Gruplar
	Şiddetli Depresyon	10	3,6320	,18831							
	Toplam	107	2,3073	,75952							
	Düşünce Kontrolü	Minimal Depresyon	36	1,9083	,43501	G.Arası	33,656	3	11,219		
Hafif Depresyon		27	2,1737	,43682	G.İçi	17,689	103	,172			
Orta Depresyon		34	2,7797	,42196	Toplam	51,345	106		65,325	,000	Tüm Gruplar
Şiddetli Depresyon		10	3,7690	,15941							
Toplam		107	2,4261	,69598							
Bilişsel Farkındalık		Minimal Depresyon	36	1,7556	,51606	G.Arası	41,736	3	13,912		
	Hafif Depresyon	27	1,9030	,23618	G.İçi	16,516	103	,160			
	Orta Depresyon	34	2,7597	,40324	Toplam	58,252	106		86,762	,000	Tüm Gruplar
	Şiddetli Depresyon	10	3,7010	,20502							
	Toplam	107	2,2936	,74131							

Depresyon, üstbilişsel işlevler ilişkisi değerlendirildiğinde tüm alt boyutlar için depresyon grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın varlığı görülmektedir.

Olumlu inançlar için depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde, olumlu inançların artması ile birlikte depresyon düzeyinin de yükseldiği görülmekte ve

düşük depresyon düzeyi için en düşük olumlu inanç ortalamasını varlığı söylenebilmektedir.

Benzer şekilde, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünce kontrolü ve bilişsel farkındalık değişkenleri de yine depresyon düzeyini etkileyen değişkenler olmakla birlikte her boyut ortalaması arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı söylenebilmektedir.

4.4. Psikolojik Sağlık-Üstbilişsel İşlevler İlişkisine Yönelik Bulgular

İki değişken arasındaki ilişki, değişkenlerin alt boyutları bağlamında ele alınmış ve bu alt boyutlar arasındaki korelasyon ilişkisi analiz edilmiştir. Analiz neticesinde elde edilen veriler Tablo 10 ile verilmiş ve bunlardan hareketle bulgular oluşturulmuştur.

Diğer taraftan üstbilişsel işlevlerin psikolojik sağlamlığı ne düzeyde yordadığını analiz etmek amacıyla hiyerarşik regresyon yöntemi planlanmıştır. Psikolojik sağlamlık ile korelasyon sergileyen üstbilişsel işlevler alt boyutlarını oluşturan değişkenler için regresyon ilişkisi analiz edilmiş ve en güçlü etki sergileyen değişken belirlenerek bu doğrultuda değerlendirme yapılmıştır. Analize tabi tutulan bağımsız değişkenler için varyans büyütme faktörü (VIF=Variance Inflation Factor) ve tolerans değerleri kontrol edilerek analizin çoklu bağıntı probleminden arındırılmış olması hedeflenmiştir. Hair ve ark. (2006)'na göre, VIF değerinin 5,3'ten büyük olması, tolerans değerinin ,19'dan küçük olması durumlarında çoklu bağlantı probleminin varlığının olduğuna işaret etmektedir (akt. Çağla-Garipağaoğlu ve Güloğlu, 2014). Bu kriterler doğrultusunda, yapılan veri incelemesi neticesinde VIF ve tolerans değerlerinin uygun aralıkta olduğu, değişkenlerin regresyon analizine tabi tutulacağı görülmüş, yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgular, Tablo 11 ile verilmiştir.

Tablo 11: Psikolojik Sağlık-Üst Bilişsel İşlevler Alt Boyutları Korelasyon Analizi

DEĞİŞKENLER	Üstbilişsel İşlevler				
	Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünce Kontrolü	Bilişsel Farkındalık
Kendilik Algısı	-,707**	-,809**	-,738**	-,755**	-,723**
Gelecek Algısı	-,414**	-,373**	-,436**	-,422**	-,390**
Yapısal Stil	-,255**	-,303**	-,399**	-,323**	-,225*
Sosyal Yeterlilik	-,351**	-,293**	-,392**	-,367**	-,377**
Aile Uyumu	-,218*	-,230*	-,248**		
Sosyal Kaynaklar	-,418**	-,546**	-,579**	-,535**	-,471**
Psikolojik Sağlık	-,521**	-,555**	-,608**	-,557**	-,520**

** . $p < ,001$.

* . $p < ,05$

Tablo 11 verileri doğrultusunda;

Psikolojik sağlık ve üstbilişsel işlevler arasındaki korelasyon analizi neticesinde; Kendilik algısı ile olumlu inançlar arasında güçlü ve negatif yönlü, kontrol edilemezlik ve tehlike arasında güçlü ve negatif yönlü, bilişsel güven arasında güçlü negatif, düşünce kontrolü arasında güçlü negatif ve bilişsel farkındalık arasında güçlü negatif bir ilişkinin varlığı söylenebilmektedir.

Gelecek algısı ile olumlu inançlar arasında orta ve negatif yönlü, kontrol edilemezlik ve tehlike ile zayıf ve negatif yönlü, bilişsel güven ile orta ve negatif yönlü, düşünce kontrolü ile orta negatif ve bilişsel farkındalık ile arasında da orta negatif yönlü bir ilişkinin varlığı söz konusudur.

Yapısal stil ile tüm üstbilişsel inançlar alt boyutları arasında zayıf ve negatif yönlü korelasyon ilişkisi tespit edilmekle birlikte sosyal yeterlilik ile üstbilişsel inançlar alt boyutları arasında da benzer şekilde zayıf ve negatif yönlü bir ilişkinin varlığı söz konusudur.

Aile uyumu ile yalnızca olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ve bilişsel farkındalık arasında da korelasyon ilişkisinin varlığı tespit edilmiş olup bu ilişki zayıf ve negatif yönlü olarak belirlenmiştir.

Sosyal kaynaklar ile tüm üstbilişsel inançlar alt boyutları arasında güçlü ve negatif yönlü, bir ilişkinin varlığı tespit edilmiş ve genel olarak üstbilişsel işlevler ile

psikolojik sağlamlık arasında da gcl ve negatif yönlü korelasyon ilişkisinin varlığı tespit edilmiştir.

Elde edilen bu ilişkilerin mahiyetine yönelik regresyon analizi neticesinde elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde verilmektedir.

Tablo 12: Psikolojik Sağlamlık-Depresyon İlişkisinde st Bilişsel İşlevler Olumlu İnançlar Alt Boyutunun Aracılık Rolü

Depresyon		R	R ²	F	β	Kısmi r	tolerans	VIF
Model 1	Psikolojik Sağlamlık	,641	,406	73,411*	,-641	-.641	1	1
Model 2	Psikolojik Sağlamlık Olumlu İnançlar	,804	,640	95,142*	,-345 ,568	-.444 -.632	0.728	1.373

p<,001

Psikolojik sağlamlık depresyon ilişkisine yönelik regresyon analizi neticesinde; psikolojik sağlamlığın depresyon değişkenine ait varyansın %40,6'sını yordadığı görülmektedir. Model 2'de verilen analiz değerleri doğrultusunda, olumlu inanç puanlarının da bu ilişkiye dahil edilmesi halinde her iki değerken birlikte depresyona ait varyansın %64'n yordamaktadır. Katsayılar doğrultusunda bu ilişki değerlendirildiğinde ise psikolojik sağlamlığın depresyonla negatif yönlü bir ilişkisinin varlığı görülürken olumlu inançlar ile depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmakta ve kısmi korelasyondan hareketle olumlu inançlar değerkeninin depresyon varyansına ilişkin artırıcı bir etki sergilediği görülmektedir.

Benzer şekilde, depresyon üzerinde psikolojik sağlamlık ile kontrol edilemezlik ve tehlike değerkenlerinin etkisi analiz edilmiş ve elde edilen bulgular Tablo 13 ile verilmiştir.

Tablo 13: Psikolojik Sağlamlık-Depresyon İlişkisinde st Bilişsel İşlevler Kontrol Edilemezlik ve Tehlike Alt Boyutunun Aracılık Rolü

Depresyon		R	R ²	F	β	Kısmi r	tolerans	VIF
Model 1	Psikolojik Sağlamlık	,641	,406	73,411*	,-641	-.641	1	1
Model 2	Psikolojik Sağlamlık Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	,775	,750	160,420*	,-250 ,705	-.388 .764	0.692	1.445

p<,001

Tablo 13 verileri incelendiğinde psikolojik sağlamlık ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığı görülürken kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu ile depresyon arasında da doğru yönlü bir ilişkinin varlığı görülmektedir. Psikolojik sağlamlık depresyonun %40,6'sını yordamakla birlikte kontrol edilemezlik ve tehlike bu ilişkiye dahil edildiğinde her iki değişkenin birlikte depresyona ait varyansın %75'ini yordadığı görülmektedir.

Kontrol edilemezlik ve tehlike, bireyde negatif algı oluşturmakla birlikte depresyon düzeyini artırması da beklenen sonuçtur. Nitekim, kişinin kendini tehlikede hissettiği durumlarda depresyon düzeyinin artması doğal bir sonuç olmakla birlikte örneklem için bu doğal sonuç $\beta=,705$ gibi bir katsayı ile kendini göstermektedir.

Tablo 14: Psikolojik Sağlamlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Bilişsel Güven Alt Boyutunun Aracılık Rolü

Depresyon		R	R ²	F	β	Kısmi r	tolerans	VIF
Model 1	Psikolojik Sağlamlık	,641	,406	73,411*	-,641	-,641	1	1
Model 2	Psikolojik Sağlamlık Bilişsel Güven	,827	,678	60,923*	-,241 ,658	-,323 ,681	0.630	1.587

p<,001

Tablo 14 ile elde edilen analiz sonuçları neticesinde, psikolojik sağlamlık ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığı görülürken bilişsel güven alt boyutu puanları ile depresyon arasında da aynı yönde bir ilişkinin varlığı görülmektedir Her iki değişken birlikte %67,8 düzeyinde depresyona ait varyansı yordamaktadırlar.

Bilişsel güven, bireyin kendi bilişsel yapısına ilişkin olumlu algısı olarak değerlendirilmektedir ancak test maddelerindeki bu alt boyuta ait sorular ters yönlü sorulduğundan, bu alt boyuta ilişkin sorulardan alınan yüksek puanlar bilişsel güvensizliği göstermektedir. Dolayısıyla bu değişkene ilişkin ortalamanın yükselmesinin depresyon düzeyini arttırması da doğal bir sonuçtur. Nitekim kanser hastaları örneklemini için de bu sonuç beklenen yönde gerçekleşmiştir.

Tablo 15: Psikolojik Sağlık-Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Düşünce Kontrolü Alt Boyutunun Aracılık Rolü

Depresyon		R	R ²	F	β	Kısmi r	tolerans	VIF
Model 1	Psikolojik Sağlık	,641	,406	73,411*	,-641	-.641	1	1
Model 2	Psikolojik Sağlık Düşünce Kontrolü	,821	,668	87,553*	,-297 ,617	-.397 ,668	0.689	1.451

p<,001

Düşünce kontrolü değişkeninin psikolojik sağlık depresyon ilişkisindeki etkinliği incelendiğinde bu değişkene ait puanların psikolojik sağlıkla birlikte depresyona ilişkin varyansın %66,8'ini açıkladıkları görülmektedir. Düşünce kontrolü alt test puanları arttıkça kişilerin depresyonları da artmaktadır.

Tablo 16: Psikolojik Sağlık-Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Bilişsel Farkındalık Alt Boyutunun Aracılık Rolü

Depresyon		R	R ²	F	β	Kısmi r	tolerans	VIF
Model 1	Psikolojik Sağlık	,641	,406	73,411*	,-641	-.641	1	1
Model 2	Psikolojik Sağlık Bilişsel Farkındalık	,854	,724	90,038*	,-299 ,660	-.440 ,735	0.730	1.370

p<,001

Tablo 16 verileri doğrultusunda bilişsel farkındalık değişkenini puanlarının psikolojik sağlık ile birlikte depresyona ait varyansı yordama düzeyinin %72,4 olduğu görülmektedir. Tablo verileri doğrultusunda, bilişsel farkındalık alt boyutu puanlarının depresyon üzerinde oldukça etkin bir korelasyon sergilediği görülmekle birlikte bu korelasyonun güçlü ve aynı yönde olduğu da yine elde edilen bulgulardandır.

Tablo 17: Psikolojik Sağlık-Sağlık-Depresyon İlişkisinde Üst Bilişsel İşlevler Bilişsel Farkındalık Alt Boyutunun Aracılık Rolü

Depresyon		R	R ²	F	β	Kısmi r	tolerans	VIF
Model 1	Psikolojik Sağlık	,641	,406	73,411*	,-641	-.641	1	1
Model 2	Psikolojik Sağlık Üstbilişsel İşlevler	,844	,708	129,289*	,-321 ,636	-.460 ,716	0.747	1.340

p<,001

Psikolojik sağlamlığın depresyon üzerindeki etkisinde üstbilişsel işlevlerin alt boyutları bağlamında ne şekilde aracılık etkisi olduğunun analizinin yanı sıra bütünsel olarak ne düzeyde bir etki sergilediği analiz edilirmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 17 ile verilmiştir.

Tablo 17 verilerinden hareketle, psikolojik sağamlık-depresyon ilişkisinde psikolojik sağamlıkla ters yönlü ve depresyonla aynı yönlü bir etkiye sahip olduğü görülmekle birlikte, bu etkinin boyutunun tek başına orta düzeyde iken psikolojik sağamlık ile birlikte yüksek düzeyde bir korelasyonla var olduğü görülmektedir.

Tüm elde edilen bulgulardan hareketle, psikolojik sağamlığın depresyon düzeyini azaltıcı bir etkisinin varlığıyla birlikte üstbilişsel işlevlere ilişkin yüksek ortalamaların da depresyon düzeyini artıran etkisinden söz etmek mümkün olmaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Bu bölümde, çeşitli kanser tanısı almış olan hastalarda psikolojik sağlamlık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide üstbilişsel işlevlerin aracı rolünün incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmanın bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

Kanser hastalığı teşhisi konmuş kişilerde sağlamlığın incelendiği çalışmalarda, psikolojik sağlamlığın çeşitli faktörlerle olan ilişkisi açıklanmaya çalışılsa da, az çalışma psikolojik sağlamlık mekanizmasının altında yatanları anlamaya çalışmıştır. Mevcut çalışmalara paralel olarak, bu çalışmada psikolojik sağlamlığın depresif belirtilerin düzeyi üzerindeki etkisi incelenmiş, bu araştırmalara ek olarak ise üstbilişlerin rolü açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, psikolojik sağlamlık alt boyutları ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde; psikolojik sağlamlığın alt boyutlarından olan kendilik algısı faktörünün cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık sergilediği, diğer alt boyutlar için cinsiyetin anlamlı bir farklılık unsuru olmadığı görülmektedir. Bu ilişkinin mahiyeti psikolojik sağlamlık faktörü için irdelendiğinde, erkek katılımcıların ortalamalarının kadınlardan daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre araştırmamızda, erkeklerin kendi farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve kim olduklarına dair kadınlara nazaran daha bilinçli oldukları söylenebilir. Bu sonuçlarla benzer olarak, Sürücü ve Bacanlı (2010), öğrencilerinin uyumlarının psikolojik sağlamlık düzeylerine ve cinsiyete göre fark gösterip göstermediğini araştırdıkları çalışmalarında, erkek öğrencilerin üniversiteye uyumları kız öğrencilerinkinden yüksektir. Dayıoğlu'nun üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise; yine bizim sonuçlarımızla tutarlı şekilde erkeklerin psikolojik sağlamlıklarını yüksek bulgulamıştır. Akova ve Beyazıt'ın yaptığı araştırmaya göre ise; bu araştırmanın sonuçlarının tersine, kadınların kendilik algısı, erkeklerinkinden daha yüksektir. Bunun yanında, kadınların aile uyumu puanları, erkeklerin bu boyutlardaki puanlarından yüksek çıkmışken; erkeklerin yapısal stil puanları, kadınların yapısal stil puanlarından yüksek bulunmuştur (2015).

Bir diğer değişken olan yaş değişkeninin psikolojik sağlamlık alt boyutları ile ilişkisi değerlendirildiğinde ailesel kaynaklar faktörü dışındaki diğer faktörlerde herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Ailesel kaynaklar faktörü için çoklu

karşılaştırmalar irdelendiğinde; 41-50 yaş grubu ile 61+ yaş grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın var olduğu görülmektedir. Bu farklılığa ilişkin grup ortalamaları doğrultusunda 61+ yaş düzeyinin aile uyumunun daha yüksek olduğu görülmektedir. 61 yaş üstü kişilerin hastalık ve yaşlılıkla beraber ailelerine ihtiyaçlarının artması ve genellikle kişilerin aileden destek alarak hayatlarını idame ettirmeleri, ailesel kaynaklara bağlı olarak psikolojik sağlamlıklarının artmasında etkili olabileceği düşünülmüştür. Yalçın (2013), öğretmenler üzerine yaptığı çalışmada, deneyim ile değiştiği düşünülen “Gelecek Algısı”, “Sosyal Yeterlilik” ve “Aile Uyumunun”, kendi araştırmasında en yüksek yaş grubu olan 42-47 aralığında en yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir. Aile uyumu değişkeninin demografik değişkenlerden olan yaş ile ilişkisi, bizim araştırmamızla tutarlıdır.

Gelir durumu ile psikolojik sağlamlık ilişkisi incelendiğinde; aile uyumu dışındaki alt boyutların gelir düzeyi ile ilişki içinde olduğu görülmektedir. Kişinin kendi farkındalığıyla ilgili olan kendilik algısı, kişinin geleceğe yönelik bakış açısını gösteren gelecek algısı; kendine güven, güçlü yönler gibi özelliklerini değerlendiren yapısal stil; dışarıdan aldığı desteği değerlendiren sosyal yeterliliği; kişinin gelir seviyesi yükseldikçe beklenen şekilde yükselmiştir. Kişinin gelir seviyesinin psikolojik sağlamlık için bir risk faktörü oluşturduğundan bir çok araştırmacı bahsetmektedir (Werner ve Smith, 2001; Buckner; Schoon, Parsons ve Sacker, 2004). Düşük sosyo-ekonomik seviye ve ekonomik zorluklar, kişinin geleceğe olumsuz bakmasına, kendine güveninin azalmasına ve bunlarla ilişkili olarak sosyal yeterliliğinin bozulmasına sebep olmaktadır. Özellikle araştırma grubumuzun kanser hastaları olduğu düşünüldüğünde, bu ilişkinin anlamı daha açık şekilde anlaşılabilir.

Psikolojik sağlamlık boyutları ile depresyon ilişkisine bakıldığında, beklenen şekilde psikolojik sağlamlık ile depresyonun tüm boyutları ilişkili olarak bulgulanmıştır. Litertürde benzer bir sonuç olarak; Li ve arkadaşlarının çalışmasında, psikolojik sağlamlığın felakete karşı verieln tepkilerde uyumu arttırdığı bulgulanmıştır. Bu kişilerdeki depresyonun da yeni duruma verilen uyumsuz tepkilerden kaynaklandığı düşünüldüğünde, psikolojik sağlamlığın yüksek olmasını depresyonu azalttığını söyleyebiliriz. Bu konuyla ilgili kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda; psikolojik sağlamlık düzeyinin hastalığa uyumda etkili olduğu

savunulmuşken (Markowitz ve ark., 2015); yine psikolojik sağlamlığın düşük duygusal stresle ilişkisi bulgulanmıştır (Min ve ark., 2012). Psikolojik sağlamlık alt boyutlarından kendilik algısı seviyesi düştüğünde depresyon düzeyi artmaktadır. Bu sonucu destekler nitelikte olan, Erarsan'ın 2004 yılında üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma sonuçlarına göre; pozitif benlik algısı, psikolojik sağlamlık ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide aracı olarak bulgulanmıştır. Araştırmacı, kişilerin geliştirdikleri psikolojik sağlamlık düzeyinin depresif belirtiler ve yaşam memnuniyeti üzerindeki etkisini pozitif benlik algısı üzerinden yürütmekte olduğunu çikarsamıştır. Başka bir araştırmada, psikolojik sağlamlığın benlik hakkındaki pozitif bilişler aracılığı ile yaşam memnuniyetini arttırdığı ve depresif belirtileri azalttığı bulunmuştur (Mak, Ng ve Wong, 2011). Diğer bir ifadeyle, kişinin farkındalığını yordayan kendilik algısı ne kadar artarsa, depresyon düzeyi beklendiği üzere azalmaktadır. Depresyonun farklı tedavi yöntemlerinden olan farkındalık temelli terapiler de, bu olguya dayanarak işlemektedir.

Psikolojik sağlamlığın diğer alt boyutu olan gelecek algısı arttıkça, depresyon seviyesi azalmıştır. Bu bulguyla paralel olarak Güngörmüş'ün çalışmasında da, psikolojik sağlamlık, pozitif dünya görüşü, depresif belirtiler ve yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir şekilde ilişki olduğu bulgulanmış; bu bulgu, psikolojik sağlamlık sonucu oluşan pozitif dünya görüşünün, depresif belirti ve yaşam memnuniyeti düzeylerinde kısmen belirleyici olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (2015). Mak, Ng ve Wong adlı araştırmacıların 2011 yılındaki araştırmasında da, psikolojik sağlamlığın dünya hakkındaki pozitif bilişler aracılığı ile yaşam memnuniyetini arttırdığı ve depresif belirtileri azalttığı bulgulanmıştır. Parr, Montgomery ve DeBell, psikolojik olarak sağlam bireylerin, zorluklar karşısında toparlanmalarını sağlayan olumlu gelecek algısına sahip olduklarını söylemişlerdir (1998).

Kişinin güçlü yönlerini değerlendirdiği ve kendine güvenine dayanan, psikolojik sağlamlığın yapısal stil boyutu puanı arttıkça, depresyon düzeyi azalmaktadır. Depresyondaki kişi kendine güvenmez, içe kapanıktır ve daha çok olumsuz yönlerine odaklanmaktadır. Ayrıca bu kişilede olumsuz düşünceleri abartılı şekilde yorumlamanın da görüldüğü bilinmektedir. Kanser hastaları örnekleme düşünüldüğünde ise, kişilerin hastalığı daha çok kendilerinin bir kusuru, eksikliği

gibi algılandıkları görülmektedir. Dolayısıyla kendine güven ile tanımlanan yapısal stil ile depresyonun ters orantılı olması, beklenen şekilde gerçekleşmiştir.

Psikolojik sağlık boyutlarından, kişinin sosyal yeterliliği, aile uyumu ve sosyal kaynakları arttıkça da depresyon seviyesi düşmektedir. Sosyal destek, bir çok araştırmacıya göre, kişiyi psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara karşı koruyarak bir tampon görevi görmektedir (Patterson, 1992; Pengilly ve Dowd, 2000). Sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklardan oluşan sosyal destek arttıkça, kanser gibi stres verici yaşam olaylardan ve süregelen yaşam güçlüklerinden oluşan sıkıntılar azalmakta, dolayısıyla depresyon seviyesi düşmektedir. Aynı zamanda kişinin aile uyumu arttıkça aile desteğinin de artacağı düşüncesinden hareketle, aile uyumunu da sosyal desteğin içinde yorumlayabiliriz. Bizim araştırmamızla tutarlı şekilde, Ganellen ve Blaney adlı araştırmacılar, sosyal destek ile psikolojik dayanıklılık arasında önemli ve pozitif bir ilişki olduğunu; daha çok sosyal destek kaynağına sahip kişilerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu ifade etmişlerdir (1982). Costa ve arkadaşlarının kolorektal kanserli hastada yaptıkları araştırmada ise, psikolojik sağlamlığın yordayıcıları olarak sosyal desteğin, düşük stres ve yüksek yaşam kalitesi ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine güçlü ve doğrudan etkiye sahip olduğu, psikolojik sağlamlığın stres algısı ile negatif ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bu ilişkinin kaynağı araştırıldığında ise, kişilerin başa çıkma stratejileri aracılığıyla yürüdüğünü, başka bir deyişle psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin sosyal destek aracılığıyla aktif başa çıkma stratejilerini kullandıkları düşünülmüştür (Kobasa ve Puccetti, 1983). Bu araştırmanın bulgularıyla birlikte yorumlandığında, kişilerin sosyal destek ile aktif başa çıkma stratejileri kullanarak depresyon düzeyini azalttıkları söylenebilir. Sorias'ın araştırmasına göre ise, kişinin stresli yaşam olayları ile karşılaştığında sevgi, şefkat, zihinsel, maddi ve duygusal teselli etme gibi temel sosyal gereksinimlerinin giderilmesi de ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir.

Üstbilişsel işlevler ile ilgili analizlere bakıldığında; demografik değişkenlerden ekonomik seviyeleri arasında bir ilişki bulgulanmıştır. Gelir durumuna göre üstbilişsel işlevlerin boyutları incelendiğinde; gelir arttıkça olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünce kontrolü ve bilişsel farkındalık boyutlarından alınan puanın da arttığı görülmüştür. Başka bir deyişle,

gelir durumu yüksek olan kişilerin üstbilişsel işlevleri daha iyi durumdadır. Kanser hastalığı düşünüldüğünde, bu kişilerin hastalıkla beraber yaşadığı fiziksel zorluklara ek olarak karşılaştıkları zorlu olaylarla baş etmeleri kolaylaştığı için, endişe hakkında olumlu düşünme ve kontrol edilemezlik ve tehlike puanlarının azalması beklenen bir durumdur. Yüksek ekonomik seviye, -özellikle kanser hastalığı gibi yüksek tedavi masrafı olan bir hastalık için- endişelenmeyi azaltabilir. Ekonomik durumu kötü olan kişilerin, hastalık boyunca temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabileceklerini düşünerek endişelenmeleri kaçınılmazdır. Yine bununla ilgili olarak, bu kişilerin düşünceleri kontrol ihtiyaçlarının az olması eklenen bir durumdur. Bu sonuçlarla tutarlı olarak; Nazik, Sönmez ve Güneş'in 2014 yılında hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, ekonomik düzey ve üstbilişin kontrol edilemezlik alt boyutu ters şekilde ilişkili bulunmuştur. Ekonomik durumunu iyi olarak öğrencilerin kontrol edilemezlik alt boyut puan ortalamaları ekonomik durumunu orta ve kötü olarak değerlendiren öğrencilerden daha düşüktür. Gelir seviyesi yüksek kişilerin bilişsel güven boyutu puanlarının azalması, başka bir deyişle belleklerine ve bildiklerine inançlarının daha fazla olması, kendilerine bir çok konuda güveniyor olmalarından kaynaklanabilir.

Psikolojik sağlamlık ve üstbilişsel işlevler ilişkisine bakıldığında; psikolojik sağlamlık arttıkça, üstbilişsel işlevlerin alt boyutlarından olan endişe hakkında olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünce kontrolü ve bilişsel farkındalık boyutu puanları azalmıştır. Başka bir deyişle; kişinin bilişsel olarak kendine güvenmesi ve buna bağlı olarak da düşünceleri kontrol ihtiyacı ile kontrol edilemezlik ve tehlike hissinin azalıyor olması, psikolojik sağlamlığın alt boyutu olan kişinin farkındalığını sağlayan kendilik algısını yüksekliğiyle ilişkilidir. Kendilik algısı yüksek kişi, olayları daha gerçekçi yorumlayan ve kendi bilişlerine güvenli olan kişidir. Bu sebeple de düşüncelerine karşı kontrol edilemezlik ve tehlike hissetmeyecek, onları kontrol etmeye çalışmayacaktır. Psikolojik sağlamlığın diğer alt boyutu olan gelecek algısı iyi kişilerin, endişe hakkındaki olumlu inançlarının, düşüncelerin kontrol ihtiyaçlarının ve kontrolsüzlük/tehlike hissinin az olduğu, bilişlerine güvenlerinin iyi olduğu bulunmuştur. Bilişlerine güvenen kişilerin, düşünceleri hakkında tehlike hissetmemesi ve düşünceleri kontrol ihtiyacı olmamasının, gelecek algılarını olumlu yaptığı düşünülmüştür. Bunun yanında, psikolojik sağlamlık ile ilgili yayınların birçoğunda, sağlamlık özelliği gösteren

bireylerin belli bir riske maruz kaldıklarında, uyuma yönelik davranışlar içine girebilmelerinin bilişsel farkındalıklarıyla, diğer bir deyişle üstbilişsel işlevleriyle ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

Buraya kısma kadar, değişkenlerin birbiriyle ilişkilerini yorumladık. Şimdi araştırmamızın ana konusu olan psikolojik sağlamlık ve depresyon ilişkisinde üstbilişsel işlevlerin aracı rolüne baktığımızda; ilk olarak psikolojik sağlamlığın depresyon değişkenini %40.6 oranında yordadığını ve psikolojik sağlamlık arttığında depresyon düzeyinin azaldığını görmekteyiz. Üstbilişsel işlevlerin dahil edildiği durumda ise, psikolojik sağlamlığın depresyonu yordama düzeyi %70.8' yükselmektedir. Burdan anlaşılacağı gibi, psikolojik sağlamlık ve depresyon ilişkisinde, üstbilişsel işlevlerin rolü bulunmaktadır.

Üstbilişsel işlevlerin alt boyutlarına baktığımızda; olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünce kontrolü ve bilişsel farkındalık alt boyutlarının da psikolojik sağlamlık ve depresyon ilişkisinde etkili olduğu görülmektedir. Benzer araştırmalara baktığımızda; Jamshidifar ve arkadaşlarının 2014 yılında üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışma, bu sonuçlarla tutarlılık göstermektedir. Depresif öğrenciler ile normal öğrenciler arasındaki endişe hakkında olumlu inanışlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, genel olumsuz inanışlar, bilişsel farkındalık ve bütün üstbiliş ortalamaları arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı farkın yönüne bakıldığında ise; depresif öğrencilerin endişe hakkındaki olumlu inanışlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, genel negatif inanışlar, bilişsel güven, bilişsel farkındalık alt grubunda, normal öğrencilerden daha kötü sonuçlar verdiler. Tajrishi ve arkadaşlarının 2011 yılında 300 üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırma da, bu çalışma ile paralel sonuçlar elde edilmiştir. Üstbilişlerin alt boyutları olan olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve düşünce kontrolü, anksiyete ve depresyon gibi negatif duygularla ilişkili olarak bulgulanmıştır. Buna ek olarak, toplam üstbilişsel işlevler puanı, kontrol edilemezlik ve tehlike puanı ile bilişsel güven puanı depresyonla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Ak ve arkadaşlarının 2013 yılında major depresyon hastalarıyla yaptıkları başka bir araştırmada ise, bu hastalardaki üstbiliş süreçlerine bakılmış ve iki grup arasında, bilişsel güven ve düşünceleri

kontrol ihtiyacı alt boyutlarında farklılaştığı görülmüştür. İntihar girişimi olan grubun bilişsel güveni düşük, düşünceleri kontrol ihtiyacı fazladır.

Psikolojik sağlamlık depresyon ilişkisinde olumlu inançların da etkili olduğu bulgulanmıştır. Kişinin bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmesine atıf yapan olumlu inançların psikolojik sağlamlıkla ilişkisi bulgulanmış ve bu inançların psikolojik sağlamlıkla beraber de depresyonu yordadığı bulgulanmıştır. Literatürde dünya hakkında olumsuz genel inançların daha yüksek travma sonrası stress bozukluğu semptomlarıyla ilişkili olduğu (Dunmore, Clark ve Ehlers, 1999); olumlu inançların ise, duygusal durum ve iyi oluş hali gibi psikolojik uyum göstergeleriyle ilişkili olduğu bulgusu, sonuçlarımızla tutarlılık göstermektedir (Frank, 1977). Bunun yanında bulgularımızla tutarlı olarak, Yılmaz ve arkadaşları 2011 yılında yaptıkları çalışmada; depresyonun düzeyi arttıkça, hastaların endişelenmeyi bir kaçış olarak gördükleri, bu yüzden de endişelenmek hakkındaki olumlu inanışlarının yükseldiği savunulmuştur.

Psikolojik sağlamlık ve depresyon ilişkisinde, kontrol edilemezlik ve tehlike değişkeninin de rolü olduğu görülmüştür. Kontrol edilemezlik ve tehlike hissinin, psikolojik sağlamlıkla birlikte, depresyonu azalttığı bulgusu beklenen bir durumdur. Yılmaz ve arkadaşları, major depresyon hastalarında, kontrol edilemezlik ve tehlike hissinin arttığını bulgulamışlardır (2011). Bizim araştırmamızda, örneklem grubunun kanser hastaları olduğu düşünüldüğünde; hastalığın gidişatının bilinmemesi ve tedavi sonucunun tahmin edilememesi dolayısıyla, kişilerin kontrol edilemezlik ve tehlike hissetmeleri, psikolojik sağlamlıklarının az olması ve bunlara bağlı olarak depresif belirtilerinin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Depresif insanların negatif düşünceleri gözden geçirmeleri sonucu istek dışı olarak endişe düşüncesinin akıllarına otomatik olarak gelmesi de bu bulguyla örtüşmektedir (Wells, 2009). Bunun yanında, endişe düşüncelerinin depresif ve normal insanlarda farklı oranlarda görüldüğü bulgulanmıştır (Wells, 2000; Yosefi 2008).

Düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutuna gelindiğinde, psikolojik sağlamlığın aile uyumu haricindeki tüm alt boyutlarıyla ilişkili olarak depresyonu yordamaktadır. Düşüncelerin sorumluluğunu aşırı derecede hissetmesine, bu sonuçlardan korkmasına atıf yapan bu üstbilişsel işlev, kişinin kendilik ve gelecek algısını düşürür, yapısal stilini yani kendine güvenini düşürerek sosyal çekilmesine sebep

olabilir. Böylece depresyon ortaya çıkacaktır. Buna ek olarak; bilişsel farkındalık ne kadar yüksek olursa da psikolojik dayanıklılık o kadar artar ve depresyon seviyesi de azalır.

Psikolojik sağlık ve depresyon ilişkisinde, bilişsel güven alt boyutunun aracı rolüne baktığımızda; depresyonun bir belirtisi olan unutkanlık, bir başka deyişle hafızanın kötü olması, bu kişilerin bilişsel güven puanlarının düşük olması ile örtüşür. Bu bulgu depresif kişilerin organize olmayan çok fazla bilgiye sahip olması, bu sebeple bilgiyi kodlamada, geri çağırma, saklamada zorluk çekmeleri ile ilgili olabilir. Bunun yanı sıra, depresyonda kişilerin kendilerine güvenlerinin azalması, olumsuz olayları aşırı algılamaları ve bunları genellemeleri, kendi bilişleri hakkında en ufak olumsuz durumda dahi, bunu büyütüp algılayabileceklerini göstermektedir. Çünkü depresyonda kişilerin nöropsikolojik süreçlerinde bozulmalar görülmektedir (Ottowitz ve ark., 2002) ve hasta kişiler de beklenen şekilde bunu bilişsel süreçlerinin tümüne genelliyor olabilirler. Yılmaz ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışma da bu bulguları destekle nitelikte olup; major depresyon hastalarında bilişsel işlevlerin bozulduğunu ve üstbilişsel güvenlerinin azadığı bulunmuştur.

Araştırmamızın bulgularıyla tutarlı olarak; Cook ve arkadaşlarının 2015 yılında meme ve prostat kanseri hastalarıyla yaptıkları çalışmada, üstbilişsel ölçeğin alt boyutlarından olan kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel güven, anksiyete depresyon ve travma için anlamlı derecede etkili bulunmuştur. Araştırmacılar yaptıkları yorumda, üstbilişlerin değişerek strese bağlı kanserin de azalabileceğini savunmuşlardır.

Araştırma bulgularına bakıldığında, anlamlı sonuçlar psikolojik sağlamlığın pozitif üstbilişler aracılığı ile depresif belirtileri azalttığını göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları, klinik uygulama pratikleri ile değerlendirildiğinde; depresyon ve diğer temel ruhsal sağlık sorunlarının kanser tanısıyla beraber çok artması, tedavi gören kişilerin streslerinin her geçen gün farklılaşması, kanser hastalarına müdahale yöntemleri geliştirmenin önemini göstermektedir. Bu sebeple yapılan mevcut çalışma, psikolojik sağlamlığın olumlu sonuçlarla ilişkisinde rol oynayan değişkenleri bilerek, bu grupta psikolojik sağlamlığı arttırmak için terapi yöntemleri geliştirilmesine öncü olabilir. Bunun yanında araştırmacılar da, bilişsel davranışçı

tedavi yöntemlerine üstbiliş farkındalığının da eklenmesinin daha etkili sonuçlar yaratacağı görüşündedir (Wells, 2000). Sonuç olarak, kanser hastalarında üst düzey düşünme becerilerinin gelişmesi, onların günlük hayata uyum sağlamalarında, yaşamsal becerilerinin artırılmasında, kendilerini iyi hissetmelerinde ve dolayısıyla hastalıklarının prognozunda oldukça önem taşımaktadır.



6. ÖNERİLER

Araştırmamızda, çeşitli kanser hastalığı tanısı alan katılımcılar değerlendirilmiştir. Farklı kanser türlerinin, kişinin hayati tehlikesini etkilediği ve dolayısıyla da depresyonu etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kanser türüne bağlı olarak depresyon gelişiminin daha iyi anlaşılması, etkileyen demografik, farklı değişkenlerin neler olduğunun ortaya çıkarılmasını gerektirmektedir. Tek bir kanser türü hakkında yapılacak gelecek araştırma, bu fenomenin anlaşılmasına ışık tutacaktır. Bunun yanında, araştırmada aktif kanser tedavisi gören hastalar ele alınmıştır. Kemoterapi gören kişilerde, ilaçların depresyon yapıcı etkisine bağlı olarak da kişilerde depresyon sıklığı artmış olabilir. Bu hastaların tedavi sonrasındaki süreçte de ele alınarak karşılaştırmalar yapılabilir.

Aynı zamanda araştırmamızda kişinin kanser tanısı aldıktan sonra ne kadar zaman geçtiği değerlendirilmemiştir. Bu süreç de kişilerin hastalığa dair yaşadıkları şeyler (operasyon vb.) de depresyonlarında etkili olabilir. Yada bunun tam tersi şekilde kişi hastalık tanısını ilk aldığı zaman depresyona girmişken, zamanla bu sürece ve tedaviye alışarak, uyum sağlamış olabilirler. Bu açıdan bakıldığında, hastalık tanısı sonrası geçen sürenin gelecek araştırmalarda kontrol edilmesi önerilmektedir.

Yapılan çalışmada örneklemin belli bir bölgeden seçilmiş olması, katılımcı sayısının sınırlı olması sonuçların genellenebilirliği konusunda probleme yaratabilir. Bu nedenle yapılacak olan araştırmaların daha fazla örneklem grubu ve farklı bölgelerden olması, araştırmaların güvenilirliğini sağlamlaştıracaktır.

7. KAYNAKÇA

Akin, A., Abaci, R., & Çetin, B. (2007). The validity and reliability of the Turkish version of the metacognitive awareness inventory. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7(2), 671-678.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı. Çev. Köroğlu E. *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 1994

Anuk D, Özkan M, Alçalar N (1999) İ. Ü. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı psikoonkoloji çalışmalarının 2 yıllık dökümü. 5. *Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı*, İstanbul, 174-181.

Arslan, G. (2015). Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (ÇGPSÖ-12) Psikometrik Özellikleri: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 16(1): 1-12 .

Aslan ve ark. (2005). Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*.

Aspinwall LG, Clark A. Taking positive changes seriously: toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer* 2005.

Ataoğlu, A., Özkan, M., Sır, A., Altındağ, A., & Özbulut, Ö. (1998). Depresif hastalarda serum kolestrol, trigliserid seviyeleri ile intihar girişimi ve depresyon arasındaki ilişki. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 11, 33-37.

Blazer D. (1995). Mood Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. *Williams & Wilkins*, Baltimore.

Bouman, T. K., & Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 96-101.

Brandes, K., Linn, A. J., Butow, P. N., & Weert, J. (2015). The characteristics and effectiveness of Question Prompt List interventions in oncology: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 24(3), 245-252.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*, 284(22), 2907-2911.

Buckner, J. C., Mezzacappa, E. ve Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of the resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139-162.

Butler, G., & McManus, F. (2000). *Psychology: A very short introduction*. Oxford Paperbacks.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.

Charney E, Weissman M. Epidemiology of Depressive and Manic Syndromes. In Depression and Mania, ed(s) Georgotas A, Cancro R. *Elsevier*, New York, 1988.

Clak, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.

Cook, S. A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P., & Fisher, P. (2015). A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cognitive therapy and research*, 39(1), 51-60.

Costa, A. L., Heitkemper, M. M., Alencar, G. P., Damiani, L. P., Silva, R. M., & Jarrett, M. E. (2016). Social Support Is a Predictor of Lower Stress and Higher Quality of Life and Resilience in Brazilian Patients With Colorectal Cancer. *Cancer nursing*.

Crick F. (2000). Şaşkırtan varsayım (Çev. Sabit Say). Ankara, *TÜBİTAK Yayınları*.

Dayıoğlu, B. (2008). Resilience in university entrance examination applicants: The role of learned resourcefulness, perceived social support and gender. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249:751- 757.

Dunlosky, J., & Metcalfe, J. (2008). *Metacognition*. Sage Publications.

Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.

Earvolino-Ramirez, M. (2007, April). Resilience: A concept analysis. *In Nursing forum* (Vol. 42, No. 2, pp. 73-82). Blackwell Publishing Inc.

Eminağaoğlu, N. (2006). Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık (Sağlamlık). E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Erarslan, Ö. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Sağlamlık ile Depresif Belirtiler ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişkide Benlik Saygısı, Pozitif Dünya Görüşü ve Umudun Aracı Rolünün İncelenmesi.

Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. (2007). Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:241- 247. 52.

Ertufan, H. (2000). Bir grup tıp öğrencisi üzerinde ölüm kaygısı ve korkusu ölçeklerinin geçerlik güvenilirlik çalışması, Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.

Fann J.R., Thomas-Rich A.M., Katon W.J., Cowley D., Pepping M., McGregor B.A., et al. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 30:112-126.

Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American psychologist*, 34(10), 906-911.

Ganellen, R. ve Blaney, P. H. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (1), 156-163.

Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*, 20(9), 459-466.

Garner, R., & Alexander, P. A. (1989). Metacognition: Answered and unanswered questions. *Educational psychologist*, 24(2), 143-158.

Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Carson K, Star P, Donahy J, Cordova MJ, et al.(2006). The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psycho-Oncol*, 15:1014- 1022.

Giese-Davis J., Collie K., Rancourt K.M., Neri E., Kraemer H.C., and Spiegel D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J Clin Oncol*, 29: pp. 413-420

Gizir, C.A. (2004). Academic resilience: An investigation of protective factors contributing to the academic achievement of eight grade students in poverty. Unpublished doctoral dissertation. Middle East Technical University, Ankara.

Gizir CA (2007) Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk PDR Dergisi*, 28:113-128.

Greene, R. R. (2002). Holocaust survivors: A study in resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(1), 3-18.

Griffith, P. L., & Ruan, J. (2005). What is metacognition and what should be its role in literacy instruction. *Metacognition in literacy learning: Theory, assessment, instruction, and professional development*, 3-18.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2006). *Multivariate Data Analysis (6th Ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prectice-Hall, Inc.

Hardman, N., Gill, L. L., de Winter, R. F., Wagner, K., Hollis, M., Businger, F., & Heusser, C. (1989). Generation of a recombinant mouse-human chimaeric monoclonal antibody directed against human carcinoembryonic antigen. *International journal of cancer*, 44(3), 424-433.

Hart, J. T. (1965). Memory and the feeling-of-knowing experience. *Journal of educational psychology*, 56(4), 208.

Hauser, S. T., Golden, E., & Allen, J. P. (2006). Narrative in the study of resilience. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 61(1), 205-227.

Holeva, V., & Tarrier, N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *Journal of psychosomatic research*, 51(5), 687-692.

Jamshidifar, Z., Mohammadzadeh, S., & Moghadam, N. S. (2014). Effective Metacognitive Factors in Students' Depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 16-19.

Kararırmak, Ö. (2007). Deprem Yaşamış Bireylerde Psikolojik Sağlamlığa Etki Eden Kişisel Faktörlerin İncelenmesi. Bir Model Test Etme Çalışması. Eğitim Bilimleri Bölümü Doktora tezi.

Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Löwe, B., Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: A multi-method approach. *Annals of Oncology*, 15, 1243–1249.

Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1–11.

Kosaka, M. (1996). Relations between hardiness and psychological stress response. *Journal of Performance Studies*, 3, 35-40.

Laird, B. J., Boyd, A. C., Colvin, L. A., & Fallon, M. T. (2009). Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 18(5), 459-464.

Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: a meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269-279.

Levin, T., & Kissane, D. W. (2006). Psychooncology: The state of its development in 2006. *The European journal of psychiatry*, 20(3), 183-197.

- Li, M. H. (2008). Relationships among Stress Coping, Secure Attachment, and the Trait of Resilience among Taiwanese College Students. *College Student Journal*, 42(2).
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141, 343–351.
- Luthar, S., Cicchetti, D. Ve Becker, B. (2000) The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 105-115.
- Lutgendorf, S. K., & Andersen, B. L. (2015). Biobehavioral approaches to cancer progression and survival: Mechanisms and interventions. *American Psychologist*, 70(2), 186.
- Masten, C. L., Eisenberger, N. I., Borofsky, L. A., McNealy, K., Pfeifer, J. H., & Dapretto, M. (2011). Subgenual anterior cingulate responses to peer rejection: a marker of adolescents' risk for depression. *Development and psychopathology*, 23(01), 283-292.
- Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(02), 493-506.
- Matthews, G. E. R. A. L. D., & Wells, A. (2004). Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*, 125-151.
- Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., & Kim, T. S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 21(9), 2469-2476.

Morrison, A.P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.

Nazik, F., Sönmez, M., & Güneş, G. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin üstbiliş düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(3).

Nelson, T. O. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. *Psychology of learning and motivation*, 26, 125-173.

Noushad, P. P. (2008). Cognitions about cognitions: The theory of metacognition. *Online Submission*.

Öz, F., Yılmaz B.E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 82-89.

Özsoy, G. (2008). Metacognition. *Turkish Educational Magazine*, 6(4), 713-740.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27: 261-273.

Patterson, J. M. (1992). Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinics of North America*, 42, 47-63.

Pelletier, G., Verhoef, M. J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *Journal of Neuro-oncology*, 57(1), 41-49.

Pengilly, J. W. (1997). Hardiness and social support as moderators of stress in college students. Doctor of Philosophy, Kent State University, Ohio.

Pengilly, J. W. ve Dowd, E. T. (2000). Hardiness and social support as moderators of stress. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (6), 813-820.

Pilten, P. (2008). Üstbiliş stratejileri öğretiminin ilköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin matematiksel muhakeme becerilerine etkisi. *Unpublished doctoral dissertation Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.

Pollard, J. A., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social work research, 23*(3), 145-158.

Earvolino-Ramirez, M. (2007, April). Resilience: A concept analysis. In *Nursing forum*, Vol. 42, No. 2, pp. 73-82. Blackwell Publishing Inc.

Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences, 40*(1), 111-122.

Rowland, J. H., & Baker, F. (2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer, 104*(S11), 2543-2548.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry, 57*(3), 316.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family therapy, 21*(2), 119-144.

Satin J.R., Linden W., and Phillips M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer, 115*:5349-5361

Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., & Ireson, J. (2006). Metacognition as a mediator of the effect of test anxiety on surface approach to studying. *Educational Psychology, 26*, 1-10.

Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., & Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive Behaviors, 32*, 2120-2129.

Spada, M.M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences, 45*, 238-242.

Spada, M. M., Zandvoort, M., & Wells, A. (2007). Metacognitions in problem drinkers. *Cognitive Therapy and Research, 31*(5), 709-716.

Sorias, O. (1988). Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27 (1), 353-357.

Tajrishi, K. Z., Mohammadkhani, S., & Jadidi, F. (2011). Metacognitive beliefs and negative emotions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 530-533.

Terzi, L. (2005). Beyond the dilemma of difference: The capability approach to disability and special educational needs. *Journal of philosophy of education*, 39(3), 443-459.

Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (HU Journal of Education), 35, 297-306.

Terzi, Ş. (2013). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1-11.

Tosun A, Irak M, Türk. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Psikiyatri Dergisi*, 19(1):67-80.

Tulving, E., & Madigan, S. A. (1970). Memory and verbal learning. *Annual review of psychology*, 21(1), 437-484.

Wachs, T. D. (2000). Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences on individual development. *American Psychological Association*.

Wallace, K.A, Bisconti, T. L. ve Bergeman, C. S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4).

Weissman M, Klerman G. Depression: Recent Research and Clinical Advances. In *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, ed(s) Klerman G, Weissman M. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993.

Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.

- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationship between worry and obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Werner, E. E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *Journal of studies on alcohol*, 47(1), 34-40.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Werner, E.E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 492.
- Werner, E. E. ve Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press
- Werner, E. E. ve Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Winawer, S. J., Zauber, A. G., Fletcher, R. H., Stillman, J. S., O'Brien, M. J., Levin, B., ... & Bond, J. H. (2006). Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society*. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(3), 143-159.
- Windle, M., (1999). 'Critical Conceptual and Measurement Issues in the Study of Resilience', in M. D. Glantz and J. L. Johnson. Resilience and Development: Positive Life Adaptations, 161–78. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Yalım, D. (2007). First year college adjustment: The role of coping, ego-resiliency, optimism and gender. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

Yazıcı H, Ak İ. (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler, kişisel sağlık davranışları ve sigara içme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 224- 231.

Yıldız, E., Akpınar, E., Tatar, N., & Ergin, O. (2009). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of the Metacognition Scale for Primary School Students. *Educational Sciences: theory and practice*, 9(3), 1591-1604.

Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. (2006). Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının Güncelenmesi. The Analysis of the General Psychological Conditions of Nurses 15(6):93.

Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O., & Atmaca, M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma.

Yılmaz, E. D., Gençer, G., Ünal, Ö, Örek, A., Aydemir, Ö, Deveci, E., & Kırpınar, İ. (2015). Dokuz tip mizaç modeli ile psikobiyolojik kişilik modeli ve affektif mizaç modeli arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2).

8. EKLER

EK-1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim:

İlkokul

İlköğretim

Lise

Üniversite

Medeni Hal:

Evli

Bekar

Dul/Boşanmış

Çalışma Durumu:

Çalışıyor

Çalışmıyor

Hastalık sebebiyle çalışmıyor

Emekli

Gelir Seviyesi:

1500 TL ve altı

500-3000 TL arası

3000 TL üstü

Sigara:

Var Yok

Alkol:

Var Yok

Madde:

Var Yok

Psikiyatrik Hastalık/Tedavi Öyküsü:

Var Yok

Başka Tıbbi Hastalık:

Onkolojik Hastalık Süresi:

Onkolojik Hastalığın Türü:

EK-2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-3: YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği			
1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum		Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması		Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda		Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle		Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden		Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam		Arkadaşlarımla/Aile-üleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Çözemem		Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı		Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım		Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli		Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	Çok mutlu		Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir		Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok		Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici		Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama		Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca		Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...			

	Birbirinden					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18.	Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...					
	Zayıftır					Güçlüdür
19.	Yargılarıma ve kararlarıma ...					
	Çok fazla					Tamamen güvenirim
20.	Geleceğe dönük amaçlarım ...					
	Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21.	Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
	Günlük yaşamımda					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22.	Yeni insanlarla tanışmak ...					
	Benim için					Benim iyi olduğum bir konudur
23.	Zor zamanlarda, ailem ...					
	Geleceğe pozitif					Geleceği umutsuz görür
24.	Ailemden birisi acil bir durumla					
	Bana hemen haber					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25.	Diğerleriyle beraberken					
	Kolayca					Nadiren gülerim
26.	Başka kişiler söz konusu olduğunda,					
	Birbirlerini desteklemez					Birbirlerine bağlı biçimde
27.	Destek alırım					
	Arkadaşlarımdan/aile					Hiç kimseden
28.	Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
	Her şeyi umutsuzca					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey
29.	Karşılıklı konuşma için güzel konuların					
	Zordur					Kolaydır
30.	İhtiyacım olduğunda ...					
	Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi
31.	Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
	Başa çıkmaya					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32.	Ailemde şunu severiz ...					
	İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33.	Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...					
	Yeteneklerimi					Yeteneklerimi beğenmezler

EK-4: ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	1	2	3	4
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.				
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.				
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.				
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.				
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.				
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.				
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.				
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.				
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.				
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.				
12. Düşüncelerimi izlerim.				

13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.				
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.				
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım				
16. Endişelerim beni delirtebilir.				
17. Düşündüğümün her an farkındayım.				
18. Zayıf bir belleğim vardır.				
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.				
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeye yardımcı eder.				
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.				
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.				
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.				
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür				
26. Belleğime güvenmem.				
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.				
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.				
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.				
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.				



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 20

KONU: Etik Kurul İzni

29.12.2016

Sayın; Buket YILMAZ

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN'nin danışmanlığında araştırmayı planladığınız "**Kanser Hastalarında Depresyon ile Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Üstbilişsel İşlevlerin Aracı Rolü**" isimli araştırma kurulumuzun 29.12.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Abdurrahman EREN
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

9. ÖZGEÇMİŞ

Buket Yılmaz, 01.06.1989 tarihinde İstanbul'da doğdu. Bizimkent İlköğretim Okulu'nu bitirdikten sonra, Pertevniyal Anadolu Lisesi'nde okudu. 2007 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümüne girdi ve 2011 yılında mezun oldu. Ardından 2011 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans programına başladı ve 2016 yılında mezun oldu. 2014 yılında Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına başladı. 2012-2014 yılları arasında Mavi Martı Psikolojik Danışmanlık Merkezi'nde Psikolog olarak çalışmıştır. 2014 yılından beri Sağlık Bakanlığı'na bağlı Şişli Etfal Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde psikolog olarak görev yapmaya devam etmektedir.

